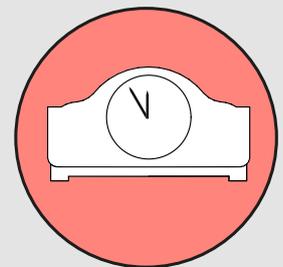
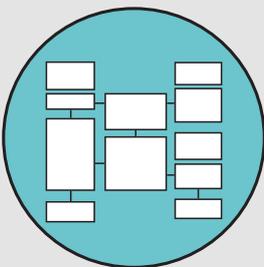


Stefanie Kreiser

## **Bauliche Voraussetzungen für die Behandlung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus**





TECHNISCHE UNIVERSITÄT DRESDEN  
Fakultät Architektur  
Institut für Gebäudelehre und Entwerfen  
Emmy Noether-Nachwuchsgruppe "Architektur im demografischen Wandel"  
Dr.-Ing. Gesine Marquardt

**Diplomarbeit**  
**Sommersemester 2014**

Verfasser:  
Kreiser, Stefanie, 2008, 3491495

Thema  
**Bauliche Voraussetzungen für die Behandlung  
von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus**

1. Gutachter:  
**Dr.-Ing. Gesine Marquardt**

2. Gutachter:  
**Prof. Dipl.-Ing. Irene Lohaus**



---

## Danksagung

Mein besonderer Dank gilt an erster Stelle Dr.-Ing. Gesine Marquardt für ihre umfangreiche Betreuung zu jeder Zeit. Vom Beginn der Recherche über fachliche Ratschläge bis hin zum Layout motivierte mich ihre konstruktive Kritik und machte die Arbeit in dieser Form möglich. Außerdem bedanke ich mich herzlich bei meiner Zweitgutachterin Prof. Dipl.-Ing. Irene Lohaus des Lehr- und Forschungsgebiets Landschaftsbau der TU Dresden für ihre Hilfestellung und Anregungen aus einem anderen Blickwinkel.

Kathrin Büter, Mitarbeiterin der Emmy-Noether-Nachwuchsgruppe, möchte ich für die Betreuung, die gestalterische Hilfestellung und die anregenden Informationen zum Thema demenzsensible Architektur im Akutkrankenhaus danken. Ebenso Tom Motzek, Mitarbeiter derselben Nachwuchsgruppe, der mir wichtige Daten des Diakonissenkrankenhauses zur Verfügung stellte und mir bezüglich ökonomischer Fragestellungen weiterhalf.

Herrn Junge, Pflegedirektor des Diakonissenkrankenhauses Dresden danke ich für seine Koordinationsarbeit und die Ermöglichung innenräumlicher Aufnahmen, die mir bei der Analyse und Entwurfsfindung weiterhalfen, sowie für die Beantwortung meiner Fragen zum Pflegemanagement. Bedanken möchte ich mich bei Frau Kaden, Stationsleiterin am Diakonissenkrankenhaus Dresden, die mir mit dem Interview wichtige Ansatzpunkte lieferte und für Rückfragen jederzeit zur Verfügung stand. Genauso möchte ich mich bei allen nicht genannten Mitarbeitern des Diakonissenkrankenhauses für ihre Zeit und Offenheit bedanken.

Weiterhin gilt großer Dank meiner Freundin Hannah Fisch, die immer Zeit und ein offenes Ohr für mich hatte und die mich sowohl inhaltlich als auch gestalterisch weitergebracht hat.

Besonders möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die immer an mich geglaubt hat und für mich während der ganzen Zeit meines Studiums eine wichtige Unterstützung war.

Nicht zuletzt danke ich allen ungenannten Helfern und Freunden, die mir immer eine willkommene Abwechslung waren und zum erfolgreichen Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Dresden, im Juli 2014

Stefanie Kreiser



---

## Inhaltliche Kurzfassung

Die Zahl demenzerkrankter Patienten in Akutkrankenhäusern wird zukünftig ansteigen. Ein Aufenthalt in einer fremden Krankenhausumgebung bedeutet für diese Patientengruppe psychisch eine extrem belastende Situation. Die Folgen sind für die Betroffenen, das Personal und die Kliniken schwerwiegend. Seitens der Patienten sind besonders die Einbußen des kognitiven und physischen Status sowie ein Verlust an Selbstständigkeit zu nennen. Für das Pflegepersonal ist vor allem die hohe Arbeitsbelastung aufzuführen. Lösungsansätze einer besseren Versorgung schenken einer demenzsensiblen Gestaltung der gebauten Umwelt in Deutschland bislang zu wenig Beachtung. Das Ziel dieser Arbeit besteht daher in der Entwicklung eines Katalogs demenzfreundlicher Planungskriterien für Akutkrankenhäuser.

Die Zusammenfassung der bisherigen, wissenschaftlich belegten positiven Auswirkungen einer demenzsensiblen Architektur in Altenpflegeeinrichtungen dient als Basis für die Überlegungen zu einer Übertragbarkeit dieser Planungskriterien. Hier beeinflussen beispielsweise eine segregative Betreuung, klare Grundrissstrukturen mit einprägsamen Referenzpunkten oder eine milieuthérapeutische, wohnlich gestaltete Umwelt mit Gemeinschaftsräumen die Bewohner positiv. Kriterien, die speziell die Einbußen der kognitiven und funktionellen Fähigkeiten von demenziell erkrankten Menschen berücksichtigen, sind das Kaschieren von Türen und die Umsetzung visueller Barrieren. Auch ein durchgehend gleichmäßig gestalteter Bodenbelag, der dem Wahrnehmen von Stufen oder Abgründen und damit Stürzen vorbeugt, ist bei der Planung von demenzsensiblen Gebäuden wichtig. Weiterhin liefert neben der Analyse international bereits realisierter Konzepte, wie die Einrichtung von Spezialstationen oder Tagesbetreuungsräumen, ein Interview mit dem Pflegepersonal des Diakonissenkrankenhauses Dresden wichtige Ansatzpunkte für den erarbeiteten Kriterienkatalog.

Viele der evidenzbasierten Handlungsanweisungen zur Planung von stationären Altenpflegeeinrichtungen sind auf die Architektur von Akutkrankenhäusern anwendbar wie zum Beispiel Maßnahmen, die die Orientierung erleichtern. Diese führen dort im Sinne eines Design for all bzw. Universal Designs für alle Menschen zu einer leichteren Nutzbarkeit. Gemeinschaftsräume für die Einnahme der Mahlzeiten oder tagesstrukturierende Angebote sind in der Planung von Akutkrankenhäusern nicht vorgesehen. Dies stellt einen wesentlichen Unterschied zum Raumprogramm stationärer Altenpflegeeinrichtungen dar. Für demenzerkrankte Patienten könnte jedoch so dem Verlust der Selbstständigkeit und kognitiver Fähigkeiten vorgebeugt werden. Die Übertragung einer wohnlichen Atmosphäre muss in Bezug auf Machbarkeit und Sinnhaftigkeit kritisch diskutiert werden.

Die demenzsensible Anpassung des Eingangsbereichs und der Notaufnahme am konkreten Beispiel des Diakonissenkrankenhauses Dresden zeigt die Anwendbarkeit des Kriterienkatalogs. Dieser gliedert sich in die Punkte Orientierung, räumliche Organisation, Sicherheit und milieuthérapeutische Gestaltung. Weiterhin wird hier die Einrichtung einer Spezialstation als Anbau an das Bestandsgebäude vorgeschlagen.



# Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	III
Inhaltliche Kurzfassung .....	V
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Demenz im Akutkrankenhaus.....</b>	<b>3</b>
2.1 Definition und Symptome einer Demenz .....	3
2.2 Prävalenz von Demenzen im Krankenhaus .....	6
2.3 Herausforderungen an die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus .....	8
2.3.1 Problemfelder in der medizinischen Versorgung und Pflege .....	8
2.3.2 Ökonomische Aspekte .....	11
2.4 Anforderungen an die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus .....	15
2.5 Zusammenfassung .....	16
<b>3 Zielstellung und Methodik.....</b>	<b>17</b>
<b>4 Demenz und Architektur .....</b>	<b>19</b>
4.1 Stand der Forschung .....	19
4.2 Gestaltungsprinzipien für Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen.....	21
4.2.1 Räumliche Aspekte .....	22
4.2.1.1 Grundrissstruktur und Erschließung .....	22
4.2.1.2 Segregative Betreuung .....	22
4.2.1.3 Kleine Einheiten .....	23
4.2.1.4 Bewohnerzahl .....	23
4.2.1.5 Gemeinschaftsbereiche .....	24
4.2.2 Orientierungshilfen .....	24
4.2.2.1 Visuelle Information .....	24
4.2.2.2 Farbe und Licht .....	25
4.2.2.3 Auffindbarkeit.....	26
4.2.3 Sicherheitskriterien.....	26
4.2.3.1 Kaschierte Türen .....	27
4.2.3.2 Visuelle Barrieren .....	27
4.2.4 Anforderungen an die Gestaltung und Ausstattung .....	28
4.2.4.1 Ablesbarkeit .....	28
4.2.4.2 Multisensorik.....	28
4.2.4.3 Milieuthapie– Wohnlichkeit und Personalisierung .....	29
4.2.4.4 Akustik .....	29
4.2.4.5 Freibereiche.....	30
4.3 Diskussion zur Übertragbarkeit der Prinzipien .....	30

---

4.3.1	Direkt übertragbare Aspekte.....	31
4.3.2	Begrenzt übertragbare Aspekte.....	32
4.3.3	Offene Punkte.....	33
4.4	Zusammenfassung .....	35
<b>5</b>	<b>Kriterienkatalog - Demenzsensible Gestaltung von Akutkrankenhäusern..</b>	<b>37</b>
5.1	Räumliche Organisation .....	38
5.2	Orientierung .....	42
5.3	Sicherheit.....	46
5.4	Milieutherapeutische Gestaltung .....	48
5.5	Zusammenfassung .....	51
<b>6</b>	<b>Fallbeispiel – Anwendung der Kriterien am Diakonissenkrankenhaus</b>	
	<b>Dresden.....</b>	<b>53</b>
6.1	Problemfelder und erste Lösungsansätze .....	56
6.1.1	Beispielhafte Maßnahmen in Ebene 0.....	56
6.1.2	Beispielhafte Maßnahmen in Ebene 1.....	58
6.1.3	Überlegungen zur Stationsgestaltung am Beispiel Ebene 2 .....	60
6.1.4	Überlegungen zur Gestaltung des Patientenzimmers am Beispiel Ebene 3.....	62
6.1.5	Beispielhafte Maßnahmen in Ebene 4.....	64
6.2	Beispiele zur konkreten Umsetzung der Anforderungen .....	66
6.2.1	Anpassung des Eingangsbereichs .....	66
6.2.2	Anpassung der Notaufnahme.....	70
6.2.3	Einrichtung einer Spezialstation .....	74
6.3	Zusammenfassung .....	76
<b>7</b>	<b>Schlussbetrachtung .....</b>	<b>77</b>
	Abbildungsverzeichnis.....	78
	Literaturverzeichnis .....	79
	Anhang 1: Demenzsensible Konzepte im Akutkrankenhaus.....	95
	Anhang 2: Interview.....	108

# 1 Einleitung

Alle vier Sekunden erkrankt ein weiterer Mensch an Demenz. Schätzungen der World Health Organization (WHO) und der Alzheimer's Disease International (ADI) benannten für das Jahr 2010 weltweit 35,6 Millionen Betroffene. Diese Zahl wird sich alle 20 Jahre nahezu verdoppeln.<sup>1</sup> In Deutschland geht man derzeit von mehr als 1,4 Millionen demenziell erkrankten Personen aus. Jährlich wird mit ca. 300.000 Neuerkrankungen gerechnet, sodass hierzulande im Jahr 2050 ca. 3 Millionen Menschen mit Demenz leben werden.<sup>2</sup>

Viele von Demenz Betroffene werden aufgrund der umfassend benötigten Pflegeleistungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen betreut.<sup>3</sup> Daher haben sich Architekten und Planer in den letzten Jahren besonders in diesem Bereich intensiv mit der Frage nach der Ausgestaltung einer therapeutischen Umwelt für Menschen mit Demenz beschäftigt.<sup>4</sup> Eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien hat deren positive Auswirkungen bestätigt.

Doch nicht nur die Themen der Pflegebedürftigkeit und stationären Langzeitversorgung von Menschen, die an einer Demenz leiden, sind im höheren Lebensalter bezüglich einer demenzsensiblen Architektur relevant. Die Anzahl und Intensität vieler Erkrankungen nimmt mit steigendem Alter zu. Daher erhöht sich auch das Risiko für ältere Personen stationär im Krankenhaus behandelt werden zu müssen.<sup>5</sup>

Demenziell erkrankte Patienten<sup>6</sup> stellen Akutkrankenhäuser derzeit vor große Herausforderungen, denn die medizinische Versorgung und Pflege sind bisher zu wenig auf die Bedürfnisse dieser besonders sensiblen Patientengruppe abgestimmt.<sup>7</sup> Durch die krankheitsbedingten Einbußen der höheren Hirnfunktionen und die daraus entstehenden veränderten Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz ergeben sich neue Anforderungen an die Versorgung und auch die architektonische Raumgestaltung von Akutkrankenhäusern. Im Krankenhausbau werden organisatorische und medizinische Abläufe in Architektur übersetzt, sodass Behandlungsschritte möglichst optimiert erfolgen können. Dieser Aspekt steht jedoch für Patienten mit Demenz nicht im Vordergrund. Durch die Erkrankung können sie die Aufnahme nicht einordnen, werden noch dazu in einer für sie völlig fremden Umgebung festgehalten und befinden sich daher in einer psychisch extrem belastenden Situation.

Das Thema der Entwicklung neuer Versorgungsstrategien rückt zwar immer mehr in den Fokus, dabei geben die publizierten Leitlinien aber oftmals nur wenige Empfehlungen oder Hinweise zur architektonischen Gestaltung, zur Ausstattung oder zum Raumprogramm der Stationen. Methoden für eine bes-

---

<sup>1</sup> Vgl. WHO, ADI (2012)

<sup>2</sup> Vgl. DAIZG (2012)

<sup>3</sup> Vgl. BICKEL (2012)

<sup>4</sup> Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2007), BRAWLEY (2001); HEEG, BÄUERLE (2012); HEEG (2003); MARQUARDT, SCHMIEG (2009); KDA (2004)

<sup>5</sup> Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010)

<sup>6</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen. Dies gilt auch bei der Formulierung zu Bewohnerinnen und Bewohnern von Altenpflegeeinrichtungen.

<sup>7</sup> Vgl. HOFMANN et al. (2014)

sere medizinische Pflege und mögliche Veränderungen der Organisationsstrukturen werden hingegen ausführlich analysiert und beschrieben.<sup>8</sup>

Die förderliche Wirkung von demenzfreundlicher Architektur und deren Verwirklichung im Krankenhauskomplex stehen in Deutschland folglich noch am Anfang. Konkrete und einheitliche architektonische Konzepte oder Handlungsanweisungen gibt es derzeit nicht.<sup>9</sup> Weiterhin liegen bisher nur vereinzelte wissenschaftliche Studien zu den Auswirkungen einer demenzfreundlich gebauten Umwelt in Akutkrankenhäusern vor. Diese Umstände machen die Unausweichlichkeit der Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz im Krankenhaus hinsichtlich einer angepassten Architektur deutlich. Daher widmet sich diese Arbeit der Erstellung eines Katalogs demenzsensibler Planungskriterien für Akutkrankenhäuser.

---

<sup>8</sup> Vgl. KLEINA; WINGENFELD (2007); PINKERT (2013); ANGERHAUSEN (2008b); KIRCHEN-PETERS (2012); KDA (2007)  
<sup>9</sup> Vgl. HOFMANN et al. (2014); DIETZ, LBA Krankenhausbau (o.J.)

## 2 Demenz im Akutkrankenhaus

### 2.1 Definition und Symptome einer Demenz

Die World Health Organization (WHO) definiert eine Demenz gemäß der aktuellen Ausgabe der Internationalen Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen, ICD-10 wie folgt:

„Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. [...]“<sup>10</sup>

Diese Störungen müssen sich über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten abzeichnen.

Das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM-5) gibt die folgende Definition einer Demenz. Eine Entwicklung vielfältiger, geistiger Einbußen ist Hauptmerkmal der Krankheit. Die Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung sowie mindestens eine der folgenden kognitiven Störungen müssen vorliegen:

- Aphasie: Störungen der Sprache
- Apraxie: Unfähigkeit gelernte motorische Fähigkeiten bzw. Handlungen auszuführen
- Agnosie: Unvermögen Dinge oder Personen wiederzuerkennen
- Beeinträchtigungen der Exekutivfunktionen (Planen, Problemlösung, Urteilsfähigkeit, etc.)

Zusammen führen diese Defizite zu einem starken Einschnitt in der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) und stellen eine wesentliche Verschlechterung der Funktionalität im Vergleich zum vorherigen Leistungsniveau dar.<sup>11</sup>

Man unterscheidet Demenz in zwei Formen. Die primäre Form, zu der auch die Alzheimerdemenz zählt<sup>12</sup>, ist die häufigste Art der Demenzerkrankungen und wird durch Schädigungen der Nervenzellen im Gehirn verursacht. Der Verlauf primärer Demenzen ist meist chronisch-progredient, d.h. fortschreitend und irreversibel. Diese Demenzform ist nicht heilbar.<sup>13</sup> Sekundäre Demenzen entstehen als Begleit- oder Folgeerscheinungen anderer Erkrankungen, wie zum Beispiel des Stoffwechsels.<sup>14</sup> Durch deren Behandlung ist es möglich, die demenziellen Auswirkungen zu verbessern, zu stabilisieren oder

---

<sup>10</sup> <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F01> (Zugriff am 26.04.2014)

<sup>11</sup> Vgl. American Psychiatric Association (2013)

<sup>12</sup> Vgl. ENGEL (2006)

<sup>13</sup> Vgl. BICKEL (2012)

<sup>14</sup> Vgl. GASSER, MAETZLER (2012)

manchmal auch zu heilen.<sup>15</sup> 50-80% der Menschen mit Demenz leiden jedoch an der Alzheimerdemenz,<sup>16</sup> die sich sehr langsam entwickelt, aber über mehrere Jahre erstrecken kann.<sup>17</sup>

Als größtes Risiko an Demenz zu erkranken zeichnet sich neben genetischen Einflüssen vor allem das Alter ab. Die Lebenszeit von demenziell erkrankten Menschen ist stark verkürzt, wobei die Mortalität mit zunehmender Schwere der Funktionseinschränkungen ansteigt.<sup>18</sup> Die generelle Krankheitsdauer kann nur schwer bestimmt werden, da aufgrund der schleichend eintretenden Symptomatik eine frühe Diagnose erschwert wird.<sup>19</sup>

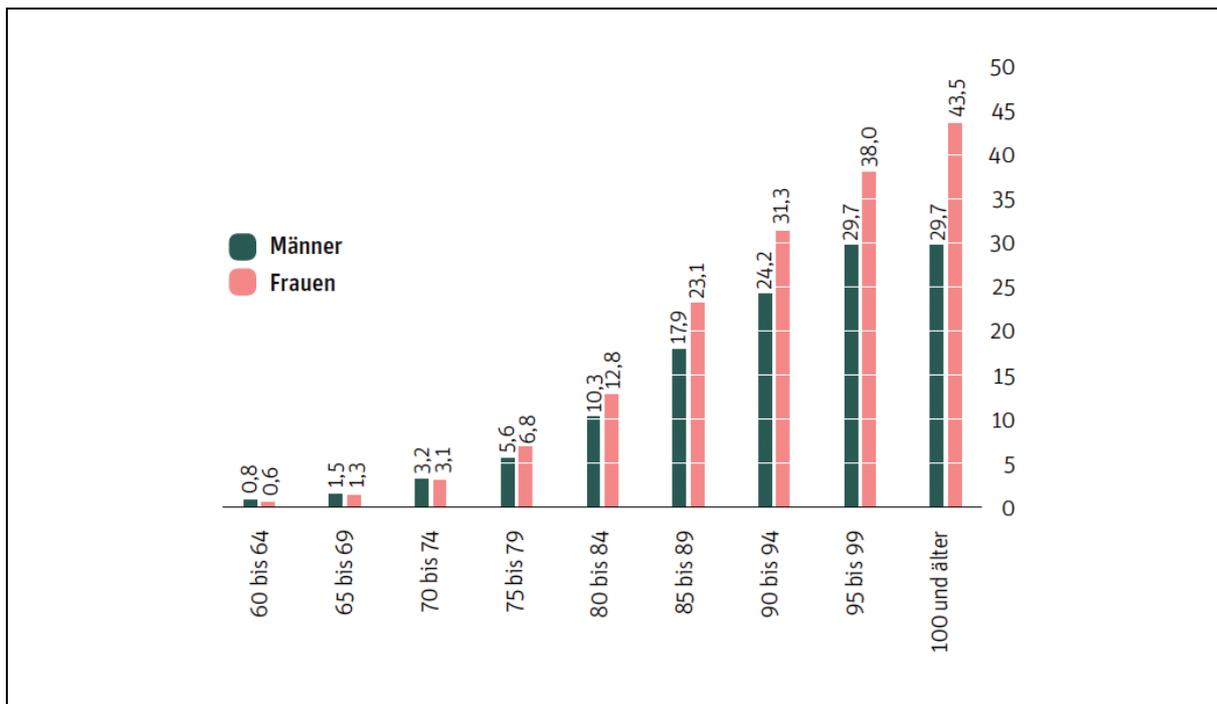


Abbildung 1. Altersspezifische Prävalenzraten in Prozent nach Geschlecht<sup>20</sup>

Mit einer Demenz gehen zahlreiche psychische, kognitive und körperliche Symptome einher, die von Person zu Person variieren. Das Langzeitgedächtnis bleibt noch relativ lange erhalten. Die Persönlichkeit und die Verhaltensweisen der Betroffenen verändern sich je nach Schweregrad der Krankheit.

Im Stadium der *leichten Demenz* ist ein selbstständiges Leben noch möglich, komplexe Aufgaben und Aktivitäten, wie zum Beispiel die Regelung finanzieller Angelegenheiten bedürfen aber der Hilfe Anderer. Die Betroffenen wirken oft niedergeschlagen und depressiv. Antriebslosigkeit, Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen sind weitere Merkmale.

Eine *mittelschwere Demenz* ist gekennzeichnet von unruhigem oder aggressivem Verhalten, auch mit überschießenden Reaktionen. Neues kann nicht mehr behalten werden und kürzlich Erlebtes wird schnell wieder vergessen. Nur noch das Ausführen einfacher Tätigkeiten bleibt aufrechterhalten. Fort-

<sup>15</sup> Vgl. ENGEL (2006)

<sup>16</sup> Vgl. BICKEL (2012)

<sup>17</sup> Vgl. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F01> (Zugriff am 26.04.2014)

<sup>18</sup> Vgl. GUEHNE, RIEDL-HELLER, ANGERMEYER (2005)

<sup>19</sup> Vgl. BICKEL (2012)

<sup>20</sup> Vgl. SÜTTERLIN, HOSSMANN, KLINGHOLZ (2011)

schreitende zeitliche und örtliche Desorientiertheit trägt zu einer von Dritten abhängigen Lebensführung bei. Weiterhin benötigen die Erkrankten Hilfe bei der Körperhygiene und beim Ankleiden.

*Schwere Demenzen* heben eine eigenständige Lebensführung völlig auf. Unruhe, Schreien und Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus sind auftretende Störungen. Das Altgedächtnis kann jetzt nur noch auf Bruchstücke der Erinnerungen zugreifen und Gedankengänge können nicht mehr verständlich kommuniziert werden. Weiterhin sind die Betroffenen nicht mehr in der Lage Alltagshandlungen auszuführen und bedürfen großer Unterstützung bei der Körperpflege. Meist kommt es zu Urin- und Stuhlinkontinenz.

Das *finale Krankheitsstadium* führt zu völliger Bettlägerigkeit und damit zu gänzlicher Abhängigkeit von anderen Personen. Schlucken, Sprechen und sich Bewegen ist den Erkrankten nicht mehr möglich. Ein erhöhtes Dekubitus- und Dehydratationsrisiko besteht. Die entstehenden Komplikationen führen zum Tod. Liebevolle Pflege und Begleitung stehen jetzt im Mittelpunkt.

Neben den genannten Krankheitszeichen kommt es auch zu weiteren, *nicht-kognitiven Begleitsymptomen*, welche die Lebensqualität zusätzlich beeinträchtigen. Dazu zählen Konzentrations- und Reaktionsschwächen, zielloses Wandern und Bewegungsdrang, Angststörungen, Traurigkeit, Verzweiflung, Nervosität, Halluzinationen, Depressionen, Kontrollverlust über Gefühle, sozialer Rückzug und Tagesmüdigkeit. Schwierigkeiten beim Gehen, motorische Koordinationsprobleme und Gewichtsabnahme schränken die Betroffenen zusätzlich ein.<sup>21</sup>

Bislang existieren keine Behandlungsformen oder Therapien, die zur Heilung primärer demenzieller Erkrankungen führen. Eine vorübergehende Linderung bzw. Verzögerung der Begleit- und Folgeerscheinungen des Krankheitsverlaufs ist durch die Einnahme von Medikamenten, sogenannter Antidementiva aber erreichbar.<sup>22</sup> Entscheidend für den Erfolg der Behandlung ist eine frühzeitige Diagnose. Das Wissen über die Möglichkeiten der Behandlung mittels Medikamente ist zwar in den letzten Jahren deutlich angewachsen, mit einem medikamentösen therapeutischen Durchbruch ist jedoch in naher Zukunft nicht zu rechnen.<sup>23</sup>

Die Ziele nicht-medikamentöser Therapien belaufen sich hingegen auf die Anregung und Aktivierung der eingeschränkten körperlichen und kognitiven Funktionen, die Aufrechterhaltung der Alltagskompetenzen, die Vermeidung oder Reduktion von Verhaltens- und Wahrnehmungsstörungen und auf eine Stabilisierung oder Verbesserung des Wohlbefindens der Betroffenen.<sup>24</sup> Die Anpassung der Umwelt nimmt eine bedeutende Position innerhalb der nicht-medikamentösen Therapien ein. Besonders wichtig ist hierbei die Gestaltung einer auf physischer sowie emotionaler Ebene sicheren Umgebung, die Stress und Überstimulation vermeidet und neben den Kompetenzen auch die Selbstständigkeit der Betroffenen unterstützt.<sup>25</sup>

Pharmakologische, verhaltens- und umwelttherapeutische Ansätze, die gut aufeinander abgestimmt sind, scheinen die effektivste Art der Behandlung zur Verbesserung der Gesundheit, des Verhaltens und der Lebensqualität von demenzkranken Menschen darzustellen.<sup>26</sup>

---

<sup>21</sup> Vgl. ENGEL (2006); SIFTON (2004); GUTZMANN, ZANK (2005);  
[http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz\\_Start/DemenzText/demenztext.html](http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/DemenzText/demenztext.html) (Zugriff am 26.04.2014)

<sup>22</sup> Vgl. ENGEL (2006); PAYK (2010)

<sup>23</sup> Vgl. HAMPEL et al. (2012)

<sup>24</sup> Vgl. ENGEL (2006); GUTZMANN, ZANK (2005); ROMERO, FÖRSTL (2012)

<sup>25</sup> Vgl. ROMERO, FÖRSTL (2012)

<sup>26</sup> Vgl. ZEISEL (2003)

## 2.2 Prävalenz von Demenzen im Krankenhaus

Schon heute ist nahezu jeder zweite Patient im Krankenhaus älter als 60 Jahre. Ab diesem Lebensalter zeichnet sich ein deutlicher Anstieg der Krankenhausfälle ab. In höheren Altersgruppen lässt sich eine weitere Zunahme verzeichnen. Menschen zwischen 60 und 80 Jahren machen 35% aller Krankenhausfälle aus. 14% entfallen auf über 80-Jährige.<sup>27</sup>

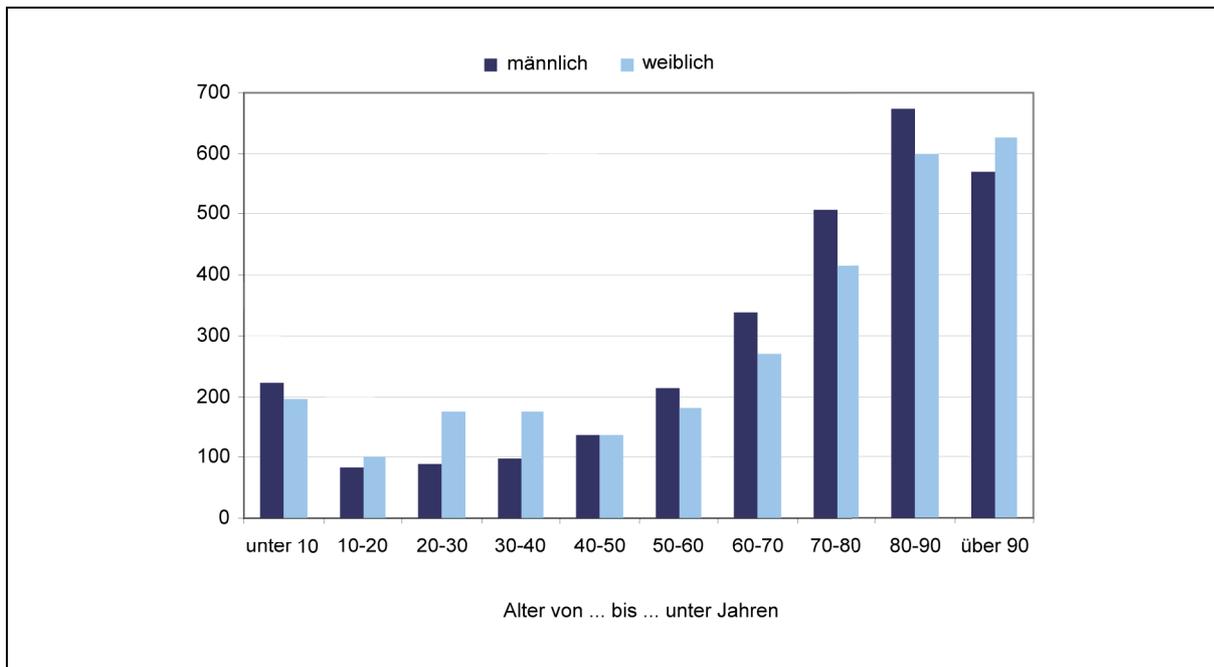


Abbildung 2. Krankenhausfälle je 1 000 Einwohner nach Alter und Geschlecht im Jahr 2008<sup>28</sup>

Der *geriatrische Patient* weist nach der Definition des Bundesverbandes Geriatrie e. V. ein höheres Lebensalter, überwiegend von 70 Jahren oder älter sowie eine bestehende Multimorbidität auf. Über 80-jährige, also hochbetagte Menschen stellen im Krankenhaus eine besonders vulnerable Patientengruppe aufgrund mehrerer Faktoren dar. Dazu zählt neben auftretende Komplikationen und Folgeerkrankungen auch das Risiko einer Chronifizierung. Besonders durch die erhöhte Gefahr eines Autonomieverlustes, welcher mit einem verschlechterten Selbsthilfestatus einhergeht, zeigt die Notwendigkeit eines speziellen medizinischen Versorgungsangebots.<sup>29</sup>

<sup>27</sup> Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010)

<sup>28</sup> Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010)

<sup>29</sup> Vgl. Bundesverband Geriatrie e. V. (2010)

Ältere Menschen werden nicht nur in geriatrischen Fachabteilungen behandelt, ein großer Anteil wird in der Kardiologie, Augenheilkunde, Herzchirurgie und Inneren Medizin medizinisch versorgt.<sup>30</sup>

Die steigende Wahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter an Demenz zu erkranken<sup>31</sup> lässt vermuten, dass vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Zukunft nicht nur ältere, sondern auch häufig demenziell erkrankte Menschen einen wesentlichen Anteil der Krankenhauspatienten stellen.

Dass zur Prävalenzrate<sup>32</sup> von Demenz in Krankenhäusern bisher aber keine zuverlässigen Angaben vorliegen ist kein Zufall, denn die demenzielle Erkrankung bleibt oftmals nur eine *Nebendiagnose*. Das Krankheitsbild wird bei der Aufnahme häufig übersehen und nicht erfasst.<sup>33</sup> Weiterhin werden auch während des Klinikaufenthaltes demenzielle Symptome oft nicht genauer diagnostisch abgeklärt.<sup>34</sup> Für das Krankenhaus ist die Dokumentation jener Nebendiagnosen, die keinen erhöhten Pflege- oder Überwachungsaufwand verursachen, meist nicht erlösrelevant und aus ökonomischer Sicht daher nicht zwingend notwendig.<sup>35</sup>

Ein großes Problem liegt in der je nach Land und Kommune stark abweichenden Zahl der tatsächlich gestellten Demenzdiagnosen. Die Alzheimer's Society UK schätzt, dass weniger als die Hälfte der Menschen, die demenziell erkrankt sind, auch eine Diagnose erhalten. In Krankenhäusern zeigt die Anzahl der durchgeführten Assessments zur Erfassung demenzieller Symptome große Abweichungen. In der Patientengruppe der kognitiv gesunden Personen befindet sich demnach eine Vielzahl an Menschen mit ungesicherter Demenzdiagnose.<sup>36</sup>

Zwei deutsche Studien erfassten Prävalenzraten von 11% bzw. 28,2%.<sup>37</sup> PINKERT und HOLLE vermuten nach einer Analyse 25 internationaler Studien ab dem Jahr 2000, dass bei ausschließlicher Berücksichtigung jener Studien, in denen die Demenz durch ausführliche Diagnostik oder Screeningverfahren festgestellt wurde, bei jedem fünften Krankenhauspatient höheren Alters demenzielle Veränderungen vorliegen. Die große Heterogenität der Methodik und Untersuchungskriterien hat allerdings zur Folge, dass die Prävalenzraten von 3,4% in Spanien bis zu 43,3% in der Schweiz reichen. Häufig wurden Patienten mit einer fortgeschrittenen Demenz oder erhöhtem Demenzrisiko von den Studien ausgeschlossen, sodass die Ergebnisse möglicherweise höher ausfallen müssten. Weiterhin kommen sie zu dem Schluss, dass „zurückhaltend geschätzt [...] ungefähr ein Drittel der von Demenz Betroffenen mindestens einmal pro Jahr im Krankenhaus behandelt [wird].“<sup>38</sup>

Der eigentliche Grund für die Notwendigkeit einer akuten stationären Behandlung ist meist ein anderer.<sup>39</sup> Die Hauptursachen für eine stationäre Aufnahme sind vielfältig: Kreislaufzusammenbrüche, Stürze, Herzinfarkte, Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts, Lungenentzündungen, Infektionen, Schlafstörungen, eine gestörte Ernährungssituation, Erregungszustände und Delire<sup>40</sup> werden ermit-

<sup>30</sup> Vgl. STBA (2013)

<sup>31</sup> Vgl. BICKEL (2012)

<sup>32</sup> Prävalenz bezeichnet die Anzahl der an einer bestimmten Erkrankung leidenden Personen. Die Prävalenzrate gibt den prozentualen Anteil Erkrankter innerhalb einer definierten Gruppe an.

<sup>33</sup> Vgl. JORAY, WIETLISBACH, BÜLA (2004)

<sup>34</sup> Vgl. KLEINA, WINGENFELD (2007)

<sup>35</sup> Vgl. PINKERT, HOLLE (2012); <http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=3265> (Zugriff am 14.04.2014)

<sup>36</sup> Vgl. [http://alzheimers.org.uk/site/scripts/documents\\_info.php?documentID=2165](http://alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2165) (Zugriff am 08.06.2014);

<http://dementiachallenge.dh.gov.uk/map/?map=2> (Zugriff am 08.06.2014)

<sup>37</sup> Vgl. AROLT (1997); TRAUSCHKE, WERNER, GERLINGER (2009)

<sup>38</sup> Vgl. PINKERT, HOLLE (2012)

<sup>39</sup> Vgl. NATALWALA et al. (2008); KLEINA, WINGENFELD (2007)

<sup>40</sup> Ein Delir ist eine zeitweise akute Verwirrtheit, die durch Funktionsstörungen im Gehirn verursacht wird. Die Symptome können leicht mit denen einer Demenz verwechselt werden, daher ist die Diagnose eines Deliriums bei demenziell erkrankten Patienten besonders schwierig; Vgl. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/139436/Delir-Wenn-man-zeitweise-verwirrt-ist> (Zugriff am 10.06.2014)

telt.<sup>41</sup> Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die demenzielle Erkrankung der Auslöser für das akute medizinisch zu versorgende Gesundheitsproblem war.<sup>42</sup>

Hinzu kommt, dass demenzerkrankte Menschen häufiger in ein Krankenhaus eingewiesen werden<sup>43</sup> und dort signifikant länger verweilen als nicht demenziell Erkrankte.<sup>44</sup> 2012 betrug die durchschnittliche Liegezeit von über 65-jährigen Patienten 8,9 Tage.<sup>45</sup> Weiterhin werden Menschen mit Demenz öfter notfallmäßig stationär behandelt.<sup>46</sup>

## 2.3 Herausforderungen an die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

Die in der Krankenhausumgebung standardisierten Versorgungsabläufe schaffen Voraussetzungen, die nur wenig Spielraum für die Erfüllung der Bedürfnisse nach Orientierung und Vertrautheit dieser Patientengruppe zulassen.<sup>47</sup> Ein lediglich medizinisch-somatisch orientiertes Pflegeverständnis scheint daher in der Versorgung demenziell erkrankter Patienten nicht auszureichen.<sup>48</sup>

Die folgenden Kapitel erläutern die Gründe der Notwendigkeit neuer Strategien zur Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus.

### 2.3.1 Problemfelder in der medizinischen Versorgung und Pflege

Der Fokus der Kliniken liegt auf der Behandlung des akuten somatischen Gesundheitsproblems. Versorgungsalltag, Behandlungserfolg, Krankheitsbewältigung und das Verhältnis zwischen Personal und Patient werden jedoch maßgeblich von den Folgen einer Demenz geprägt.<sup>49</sup> Es werden daher mehrere Problemfelder für Patienten mit Demenz sowie für die Krankenhausmitarbeiter identifiziert:

#### *Seitens der Patienten:*

Die unweigerlich mit einem Ortswechsel verbundene Aufnahme in ein Krankenhaus bedeutet für Demenzerkrankte eine enorme *psychische Belastung*, da sie nicht mehr in der Lage sind, sich an die

<sup>41</sup> Vgl. RUDOLPH et al. (2010); ANDRIEU et al. (2002)

<sup>42</sup> Vgl. KLEINA, WINGENFELD (2007)

<sup>43</sup> Vgl. BYNUM (2011a); BYNUM (2011b)

<sup>44</sup> Vgl. ERKINJUNTTI, AUTIO, WIKSTRÖM (1988); FULOP et al. (1998); FRIEDERICH et al. (2002)

<sup>45</sup> Vgl. [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_FORMPROC?TARGET=&PAGE=\\_XWD\\_108&OPINDEX=1&HANDLER=\\_XWD\\_CUBE.SETPGS&DATACUBE=\\_XWD\\_136&D.000=3734&D.001=1000001&D.002=1337&D.003=1000004&D.972=1000619&D.011=2963](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_108&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_136&D.000=3734&D.001=1000001&D.002=1337&D.003=1000004&D.972=1000619&D.011=2963) (Zugriff am 10.06.2014)

<sup>46</sup> Vgl. NATALWALA et al. (2008)

<sup>47</sup> Vgl. PINKERT, HOLLE (2012)

<sup>48</sup> Vgl. PINKERT, HOLLE, BARTHOLOMEYCZIK (2011)

<sup>49</sup> Vgl. KLEINA, WINGENFELD (2007)

neue Situation und die unbekannte Umwelt anzupassen.<sup>50</sup> Genau wie viele kognitiv gesunde Patienten begegnen Menschen mit Demenz der neuen und fremden Umgebung im Krankenhaus mit Angst und Aufregung. Sie reagieren aufgrund ihrer verminderten Umweltkompetenz und Möglichkeit zur Selbstberuhigung in solch einer Situation mit Verhaltensauffälligkeiten und möglicherweise aggressiv.<sup>51</sup> Demenzerkrankte Menschen erleben einen stationären Aufenthalt häufig als existenziell bedrohliche Situation.<sup>52</sup>

Unbekannte, unüberschaubare Gebäudestrukturen mit einer chaotischen Geräuschkulisse und schlecht beleuchteten Bereichen resultieren in großer *Verunsicherung*. Zusätzlich irritieren veränderte Tagesabläufe, Umgangs- und Betreuungsformen die demenziellen Patienten. Allgemeine Hektik und die Abwesenheit vertrauter Personen beeinflussen die ohnehin entkräftete persönliche Situation negativ.<sup>53</sup>

Als Reaktion auf die Verhaltensauffälligkeiten, die das Personal nicht bewältigen kann, werden vermehrt *Psychopharmaka*<sup>54</sup> verabreicht, die Betroffenen *sediert oder fixiert*.<sup>55</sup> Die Entschärfung der Problematik ist damit aber nicht zwingend erreichbar, da diese Maßnahmen Unruhezustände und sekundäre Demenzsymptome noch steigern und weitere Einbußen der kognitiven Funktionen hervorrufen können.<sup>56</sup> Ferner kann die so erzeugte Beruhigung der Patienten mit einer starken Passivität einhergehen, sodass sich die gesundheitliche Situation eher verschlechtert.<sup>57</sup>

Demenzielle Veränderungen führen dazu, dass der Patient den Umgang mit medizinischen Maßnahmen nicht versteht und die Notwendigkeit, bzw. den Sinn der Behandlungen nicht nachvollziehen kann. Durch das Unverständnis, das entstehende Fremdkörpergefühl und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit aufgrund medizinischer Interventionen wie Nahrungspumpen oder Dauerkatheter, besteht die Gefahr, dass die Patienten sich durch das Entfernen dieser Maßnahmen selbst *körperlichen Schaden* zufügen. Die Wahrnehmungsstörungen Demenzerkrankter beeinflussen auch das Schmerzempfinden, sodass verbale oder mimische Schmerzreaktionen ausbleiben und eine Behandlung des akuten somatischen Problems möglicherweise vorschnell abgebrochen wird.<sup>58</sup> Weiterhin ist die Einbindung in individuelle und gruppentherapeutische Angebote im Vergleich zu nicht demenziell erkrankten Patienten geringer.<sup>59</sup>

Krankenhauspatienten mit Demenz sind besonders gefährdet, während eines Klinikaufenthaltes ein *Delir* zu entwickeln.<sup>60</sup> Dieser Umstand findet aber oftmals keine Berücksichtigung.<sup>61</sup> Als Ursachen gelten bereits geringfügige Veränderungen wie Umgebungswechsel (äußere Faktoren) oder negative Auswirkungen von Medikamenten (innere Faktoren).<sup>62</sup> Demenzerkrankte Patienten sind zudem häufiger von nosokomialen Infektionen (Krankenhausinfektionen) betroffen als nicht kognitiv beeinträchtigte Patienten.<sup>63</sup>

<sup>50</sup> Vgl. WOJNAR (2003); KRIETENSTEIN (2002)

<sup>51</sup> Vgl. ZEISEL (2001)

<sup>52</sup> Vgl. MÜLLER et al. (2008)

<sup>53</sup> Vgl. WOJNAR (2003)

<sup>54</sup> Vgl. PITKALA et al. (2004); SOURIAL et al. (2001)

<sup>55</sup> Vgl. HIRSCH (1992); WOJNAR (2003); SCHÜTZ, FÜSGEN (2013)

<sup>56</sup> Vgl. PINKERT (2013); KLEINA, WINGENFELD (2007)

<sup>57</sup> Vgl. KLEINA, WINGENFELD (2007)

<sup>58</sup> Vgl. WOJNAR (2003)

<sup>59</sup> Vgl. RÖSLER et al. (2008)

<sup>60</sup> Vgl. MARGIOTTA et al. (2006); HAFNER, MEIER (2005)

<sup>61</sup> Vgl. ANGERHAUSEN (2008)

<sup>62</sup> Vgl. HAFNER, MEIER (2005)

<sup>63</sup> Vgl. DINKEL, LEBOK (1997)

Ein weiteres Gefahrenrisiko bergen fehlende Schutzmaßnahmen, welche die Patienten am Verlassen des Krankenhauses hindern,<sup>64</sup> denn häufig begeben sich die Patienten auf die Suche nach ihrem Zuhause. Neben den Hauptgefahren wie Unfällen, *Stürzen* oder Unterkühlung sind auch indirekte Gefahren wie beispielsweise Selbstverletzungen infolge von Fixierungen zu nennen.<sup>65</sup> Menschen mit Demenz stürzen im Vergleich zu nicht demenzerkrankten Patienten häufiger während eines Krankenhausaufenthaltes.<sup>66</sup>

Die *Ernährungssituation* dementer Patienten verschlechtert sich nicht selten während eines Stationsaufenthaltes. Ursachen sind verstärkte Appetitlosigkeit und fehlende nonverbale Signale wie Geschirrkloppern, Gerüche oder ein gedeckter Tisch, die auf die Einnahme einer Mahlzeit hindeuten. Außerdem erkennen viele Betroffene das üblicherweise in Krankenhäusern verwendete Tablett mit Deckelsystemen nicht als zubereitete Speise.<sup>67</sup> Menschen mit Demenz können vergessen wie man isst und trinkt, verstehen möglicherweise die Anweisungen des Personals nicht oder vermögen nicht mehr Hunger oder Durst klar mitzuteilen.<sup>68</sup>

Die erzwungene Untätigkeit, das Ausbleiben anregender Aktivitäten und Stimulation resultiert in einem Verlust alltagspraktischer Fähigkeiten.<sup>69</sup> Während eines Krankenhausaufenthaltes kommt es so häufig zu *Einbußen der physischen und kognitiven Situation*, die einen dauerhaften *Selbstständigkeitsverlust* bewirken.<sup>70</sup> Ein Mangel an aktivierenden Sozialkontakten fördert diesen zusätzlich.<sup>71</sup> Im Vergleich zu nicht demenziell Erkrankten werden Patienten mit Demenz nach einem Krankenhausaufenthalt häufiger in eine Pflegeeinrichtung überwiesen.<sup>72</sup>

Die Verlegung innerhalb des Krankenhauses aufgrund auftretender Konfliktsituationen mit kognitiv gesunden Mitpatienten<sup>73</sup> bewirkt eine weitere Abnahme der *Orientierungsfähigkeit*.<sup>74</sup>

#### *Seitens des Pflegepersonals und der behandelnden Ärzte:*

In der Versorgung von Menschen mit Demenz ist eine *zeitintensive pflegerische Unterstützung* notwendig, da die Fähigkeiten zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) eingeschränkt sind. Dem Pflegepersonal steht für diesen überdurchschnittlichen Betreuungsaufwand aber oftmals nicht die nötige Zeit zur Verfügung.<sup>75</sup>

Agitiertheit<sup>76</sup>, apathisches, aggressives und herausforderndes Verhalten der demenzerkrankten Patienten tritt auf Krankenhausstationen häufig auf<sup>77</sup> und *belastet das Personal*.<sup>78</sup> Widerstand bei thera-

<sup>64</sup> Vgl. ANGERHAUSEN (2008a)

<sup>65</sup> Vgl. HAFNER, MEIER (2005)

<sup>66</sup> Vgl. RÖSLER et al. (2008); MOTZEK (2014)

<sup>67</sup> Vgl. PLENTER, ANGERHAUSEN (2012)

<sup>68</sup> Vgl. HEATH, STURDY, WILCOCK (2010)

<sup>69</sup> Vgl. PEDONE et al. (2005)

<sup>70</sup> Vgl. ANGERHAUSEN (2008a)

<sup>71</sup> Vgl. KRIETENSTEIN (2002)

<sup>72</sup> Vgl. RÖSLER et al. (2008)

<sup>73</sup> Vgl. KIRCHEN-PETERS (2012); Anhang 2

<sup>74</sup> Vgl. PINKERT (2013)

<sup>75</sup> Vgl. PINKERT (2013)

<sup>76</sup> Agitiertheit ist eine psychomotorische Erregung. Diese übermäßige, sich wiederholende, unproduktive Aktivität geht häufig mit Schreien oder lautem Jammern einher; Vgl. HÖWLER (2007)

<sup>77</sup> Vgl. WANCATA, BENDA, MEISE (2004); PITKALA et al. (2004)

<sup>78</sup> Vgl. SOURIAL et al. (2001)

peutischer Mitarbeit trägt weiterhin dazu bei.<sup>79</sup> Auch nächtlicher Unruhe, verirrten Patienten und Nahrungsverweigerung kommt eine hohe Bedeutung im Stationsalltag zu.<sup>80</sup>

Die Beschäftigungslosigkeit am Tage führt zu einem *gestörten Tag-Nacht-Rhythmus*. Aufgrund der nachts reduzierten Personalanzahl kann für die Sicherheit der nachtaktiven, umherwandernden Patienten nicht garantiert werden.<sup>81</sup> Eine nicht gegebene Sicherheit oder mangelhafte Versorgung können für die Angestellten *haftungsrechtliche Konsequenzen* nach sich ziehen.<sup>82</sup>

Demenziell Erkrankte können meist *keine ausreichende Auskunft* zu Informationen über den bisherigen Krankheitsverlauf oder die aufgetretenen Symptome des akuten medizinischen Problems geben und stellen Ärzte und Pflegekräfte damit vor große Herausforderungen.<sup>83</sup>

Im Klinikalltag *fehlt es an Kenntnissen* über die Krankheit Demenz, ihre Symptome und Auswirkungen. Möglichkeiten zu einem angemessenen Umgang mit veränderten Verhaltensweisen und zur Umsetzung der Ansätze einer verbesserten Kommunikation sind bisher im Krankenhaus eher unbekannt.<sup>84</sup> Die in stationären Pflegeeinrichtungen entwickelten und erprobten vielfältigen Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz, wie biografieorientiertes Arbeiten oder sensorische Stimulation sind bislang auf akutstationären Bereichen erst teilweise angekommen.<sup>85</sup>

Fixierungs- oder Sedierungsmaßnahmen sind nicht nur für den Patienten die ungünstigsten Lösungen, sondern stellen auch das Personal vor *ethisch problematische Situationen*.<sup>86</sup>

Die Folgen von Defiziten in der Versorgung sind für die Betroffenen sowie für das Personal und Mitpatienten schwerwiegend. Diese nehmen Patienten mit Demenz nicht selten als Störfaktor wahr. Weiterhin beeinflussen das unangepasste Verhalten und der hohe Pflegeaufwand den reibungslosen Klinikalltag und das Bild der Fachabteilungen negativ.<sup>87</sup>

### 2.3.2 Ökonomische Aspekte

Ab dem Jahr 2020 geht die Anzahl jüngerer Menschen im Erwerbsalter zurück. 2060 werden 27% weniger als derzeit, also nur noch 36 Millionen Menschen zwischen 20 und 65 Jahre alt sein. Hinzu kommt ein Rückgang der Geburtenzahl. Gleichzeitig steht dieser schrumpfenden Bevölkerung im Erwerbsalter in Zukunft ein großer Anteil Senioren gegenüber.<sup>88</sup>

---

<sup>79</sup> Vgl. KRIETENSTEIN (2002)  
<sup>80</sup> Vgl. SCHÜTZ, FÜSGEN (2013)  
<sup>81</sup> Vgl. PINKERT (2013)  
<sup>82</sup> Vgl. PINKERT (2013)  
<sup>83</sup> Vgl. KLEINA, WINGENFELD (2007); WOJNAR (2003)  
<sup>84</sup> Vgl. KLEINA, WINGENFELD (2007); PINKERT (2013)  
<sup>85</sup> Vgl. PINKERT, HOLLE (2012)  
<sup>86</sup> Vgl. PINKERT (2013)  
<sup>87</sup> Vgl. WOJNAR (2003)  
<sup>88</sup> Vgl. STBA (2009)

Diese gravierenden Veränderungen sind nicht nur für die Krankenhäuser selbst, die einen immer größer werdenden Anteil älterer Menschen zu versorgen haben werden, sondern auch auf gesellschaftlicher Ebene von Bedeutung.

Bereits heute fließt mehr als ein Viertel der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen (2008: 67 Milliarden Euro) in den Krankenhaussektor. Dieser stellt damit im Gesundheitssystem einen der kostenintensivsten Bereiche dar.<sup>89</sup> Fast die Hälfte der Behandlungskosten entfällt auf Menschen über 65 Jahre. Die durchschnittlichen Ausgaben für die medizinische Versorgung steigen mit dem Alter der Patienten an. 2030 ist für die Behandlung von über 65-Jährigen Menschen mit einem Zuwachs der Aufwendungen von nahezu einem Drittel zu rechnen.<sup>90</sup>

Immer weniger junge, erwerbstätige Menschen werden zukünftig in die Sozialversicherungssysteme einzahlen und können die Kosten im Gesundheitssektor vermutlich nur teilweise kompensieren. Um den wachsenden ökonomischen Herausforderungen zu begegnen sind daher dringend Lösungen erforderlich.

#### *Das System der Diagnosis Related Groups (DRGs)*

Seit 2004 werden in Deutschland Krankenhausleistungen nach dem System der Diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) abgerechnet.<sup>91</sup> „[Ihr] Hauptziel ist es, alle stationären Behandlungen in Akutkrankenhäusern auf der Basis von routinemäßig erhobenen Falldaten nach klinischen Kriterien in Gruppen mit ähnlichen Kosten zusammenzufassen.“<sup>92</sup> Dabei beziehen sich die DRGs in erster Linie auf die Hauptdiagnose sowie die wichtigste Operation.<sup>93</sup> Entsteht ein höherer Behandlungsaufwand durch die Nebendiagnosen des Patienten, werden diese mit erfasst, da dem Krankenhaus dann größere finanzielle Mittel und mehr Verweiltage zur Behandlung zur Verfügung stehen.<sup>94</sup> Der DRG-Erlös lässt sich aus der Multiplikation des relativen Kostengewichts mit dem Basisfallwert ermitteln. Das relative Kostengewicht ist ein Maß dafür, wie viel durchschnittlich für eine Behandlung aufgewendet werden muss.<sup>95</sup>

Die Einführung des pauschalisierten Abrechnungsprinzips stellt ökonomische Anreize für das Finanzierungssystem der Krankenhäuser dar. Vorher bestand für die Krankenhäuser wirtschaftlich gesehen nur wenig Anlass zu möglichst effizienten Behandlungsabläufen. Erzielte Kostenvorteile verbleiben der Einrichtung. Vorrangig wurde eine Kostenreduktion bei einer Stabilisierung oder gar Verbesserung der Versorgungsqualität verfolgt. Möglich machen soll dies die Vermeidung unnötiger Leistungen sowie eine effizientere Ausführung der benötigten medizinischen Versorgung und Pflege.<sup>96</sup> Weiterhin wird ein minimierter, bedarfsgerechterer Ressourcenverbrauch pro Fall angestrebt.<sup>97</sup> Die Umsetzung verfolgt insbesondere die Verkürzung der Liegezeiten bei gleichbleibender medizinischer Qualität.<sup>98</sup>

---

<sup>89</sup> Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010)

<sup>90</sup> Vgl. NÖTHEN (2011)

<sup>91</sup> Vgl. <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/f/fallpauschalen.html> (Zugriff am 14.04.2014)

<sup>92</sup> FISCHER (2001) S.15

<sup>93</sup> Vgl. FISCHER (2001)

<sup>94</sup> Vgl. Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg (2009)

<sup>95</sup> Vgl. <http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=3265> (Zugriff am 14.04.2014)

<sup>96</sup> Vgl. BRAUN, KLINKE, MÜLLER (2010)

<sup>97</sup> Vgl. MARCKMANN (2006); GRESS et al. (2004)

<sup>98</sup> Vgl. GRESS et al. (2004)

### *Auswirkungen einer Demenz auf die Vergütung der Krankenhäuser*

Aus den vorgehenden Erläuterungen wird deutlich, dass der „Fallwert“ eines Patienten mit den angegebenen Haupt- und Nebendiagnosen steigt. Bei nicht erkannter oder nicht dokumentierter Demenzdiagnose ergeben sich trotz erhöhtem Pflegeaufwand und erschwertem Behandlungsprozess geringere Mittel für das Krankenhaus.<sup>99</sup> Ferner stellt Verweildauer bezüglich Kosteneinsparungen und Optimierungsprozessen einen wesentlichen Faktor dar.<sup>100</sup>

2008 sind die für psychische und Verhaltensstörungen aufgewandten Krankheitskosten von insgesamt 28,7 Milliarden Euro, darunter allein 9,4 Milliarden Euro für demenzielle Erkrankungen, im Vergleich zu 2002 enorm gestiegen. Kosten für Depressionen und Demenzerkrankungen stiegen zusammen um mehr als ein Drittel.<sup>101</sup>

Abbildung 3 wird in dieser Version nicht dargestellt.

Abbildung 3. DRG; Inanspruchnahmen und Ereignisse im Diakonissenkrankenhaus Dresden<sup>102</sup>

<sup>99</sup>

Vgl. Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg (2009)

<sup>100</sup>

Vgl. FRIEDERICH et al. (2002)

<sup>101</sup>

Vgl. [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2010/08/PD10\\_280\\_23631.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2010/08/PD10_280_23631.html) (Zugriff am 20.04.2014)

<sup>102</sup>

MOTZEK (2014)

Abbildung 3 zeigt, dass auf einer Station der Inneren Medizin im Diakonissenkrankenhaus Dresden nicht demenziell erkrankte Patienten die Verweildauer bereits um 0,4 Tage überschreiten. Menschen mit Demenz bleiben sogar 1,8 Tage länger in stationärer Behandlung als die für sie anhand der DRG kalkulierten 7,5 Tage. Weiterhin zeigt sich durch die längere Liegezeit und das Zusatzentgelt der erhöhte Pflegeaufwand, bei nahezu gleichem Erlös (Effektivgewicht). Obwohl diese Stichprobenerhebung nur das Bild für ein Krankenhaus zeichnet, stützt sie die Ergebnisse bereits durchgeführter Studien zur Verweildauerüberschreitung von Menschen mit Demenz.<sup>103</sup> Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass Menschen mit Demenz genauso lange oder kürzere Liegezeiten beanspruchen, wie nicht demenziell erkrankte Patienten.

Die Intentionen des DRG-Systems gehen mit einem steigenden ökonomischen Druck und damit auch mit einer gestrafften und rationalisierten Organisation der Versorgungsabläufe einher.<sup>104</sup> Dieser Umstand korreliert besonders für ältere Patienten mit schlechteren Rahmenbedingungen integrativer pflegerischer, medizinischer und rehabilitativer Betreuungskonzepte.<sup>105</sup> Die Bedürfnisse und Möglichkeiten einer an Demenz erkrankten Patientenklientel lassen sich nur schwer mit dieser betriebswirtschaftlich-funktionalen Handlungsorientierung vereinbaren.<sup>106</sup>

Eine weitere Folge der DRGs sind verfrühte Entlassungen zu einem für den Heilungsprozess ungünstigen Zeitpunkt.<sup>107</sup> Es entsteht ein Kreislauf, der hohe Kosten verursacht. Wiedereinweisungen oder Übersiedlungen in ein Pflegeheim sind die schwerwiegenden Folgen, denn pflegerische und psychosoziale Betreuungsprozesse<sup>108</sup> sowie individuelle Patientenbedürfnisse<sup>109</sup> treten hinter ein intensiviertes Leistungsgeschehen, bei dem der reibungslose medizinische Versorgungsablauf im Vordergrund steht.<sup>110</sup> Es besteht die Gefahr, dass sich diagnostische und therapeutische Leistungen rein auf die Versorgung der akuten somatischen Erkrankung begrenzen.

Bei der ohnehin großen Arbeitsbelastung nimmt das Personal psychosoziale Unterstützung als zusätzliche Anstrengung wahr. Doch gerade Menschen mit Demenz bedürfen dieser Hilfe und können nach einem Krankenhausaufenthalt die nötige Nachsorge eines noch bestehenden Gesundheitsproblems zuhause nicht bewältigen.<sup>111</sup> Poststationäre Betreuungsangebote wie stationäre Altenpflegeeinrichtungen oder rehabilitative und psychiatrische Einrichtungen werden daher vermutlich an Bedeutung gewinnen.<sup>112</sup>

Die bauliche Umgebung für demenziell erkrankte Menschen im Akutkrankenhaus so zu gestalten, dass der Abbau kognitiver und funktionaler Fähigkeiten während und durch den stationären Aufenthalt verhindert und kompensiert werden kann, ist also auch in Anbetracht ökonomischer Konsequenzen für die Krankenhäuser von großer Wichtigkeit.

<sup>103</sup> Vgl. ERKINJUNTTI, AUTIO, WIKSTRÖM (1988); FULOP et al. (1998); FRIEDERICH et al. (2002)

<sup>104</sup> Vgl. MARCKMANN (2006); KLEINA, WINGENFELD (2007)

<sup>105</sup> Vgl. MARCKMANN (2006)

<sup>106</sup> Vgl. KLEINA, WINGENFELD (2007)

<sup>107</sup> Vgl. BRAUN, KLINKE, MÜLLER (2010); MARCKMANN (2006)

<sup>108</sup> Vgl. MARCKMANN (2006)

<sup>109</sup> Vgl. KLEINA, WINGENFELD (2007)

<sup>110</sup> Vgl. MARCKMANN (2006)

<sup>111</sup> Vgl. KLEINA, WINGENFELD (2007)

<sup>112</sup> Vgl. MARCKMANN (2006)

## 2.4 Anforderungen an die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

Aus Abschnitt 2.3 *Herausforderungen an die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus* geht hervor, dass bereits heute und vor allem im Hinblick auf die zukünftig große Anzahl von Krankenhauspatienten mit demenziellen Symptomen neue, bedürfnisorientierte Versorgungsansätze Eingang in die Krankenhausstruktur finden müssen.

Aus Veröffentlichungen des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Projekt „Blickwechsel. Nebendiagnose Demenz“ des Paritätischen NRW lassen sich folgende Anforderungen an die Pflege von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus formulieren:

- Frühzeitige und abgestufte Diagnostik
- Erweiterte Dokumentation versorgungsrelevanter Informationen (Verhaltensauffälligkeiten, Biografie, Gewohnheiten, etc.)
- Flexibilität der Arbeitsroutinen
- Qualifizierung und Wissenserweiterung der Mitarbeiter (Krankheitsbild und Umgang)
- Ausbildung und Einsatz von Fachpflegekräften
- Identifikation und Berücksichtigung individueller Bedürfnisse
- Anpassung der Versorgungsleistungen an diese Bedürfnisse
- Psychosoziale Unterstützung (Kommunikation, konstante vertrauensvolle Beziehung)
- Empathische Grundhaltung
- Einbettung therapeutischer Methoden (biografieorientiertes Arbeiten, Validation, etc.)
- Orientierung und Sicherheit durch personelle Kontinuität (Bezugspersonen)
- Schaffung vertrauter Tagesstrukturen
- Förderung der physischen und kognitiven Ressourcen
- Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten
- Einsatz technischer Hilfsmittel
- Bildung von Schwerpunktstationen
- Kooperationen und Netzwerke innerhalb (beteiligte Berufsgruppen, Interprofessionalität) und außerhalb des Krankenhauses (lokale Pflegeeinrichtungen, Beratungseinrichtungen)
- Stärkere Einbindung Angehöriger (Rooming-In)
- Verbesserung des Entlassungsmanagements

In der vor allem auf die Behandlung des somatischen Problems ausgerichteten Pflege muss ein Umdenken stattfinden. Eine empathische Grundhaltung, welche die krankheitsbedingten veränderten Verhaltensweisen und Umweltwahrnehmungen der Patienten akzeptiert, ist Voraussetzung für eine wertschätzende, vertrauensvolle und bedürfnisgerechte Kommunikationsebene. Die für die Pflege von Menschen mit Demenz entwickelten therapeutische Methoden unterstützen dies.<sup>113</sup>

<sup>113</sup> Vgl. KLEINA, WINGENFELD (2007); PINKERT (2013); ANGERHAUSEN (2008b)

Neben den pflegerisch-versorgerischen Lösungsansätzen darf eine Anpassung der gebauten Umwelt jedoch nicht vernachlässigt werden. Demenzsensible Gebäude sollten eine wichtige Komponente in der Entwicklung neuer Strategien darstellen, da sie zur Optimierung der Versorgung beitragen.

## 2.5 Zusammenfassung

Hauptmerkmale einer Demenz sind Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und der höheren Hirnfunktionen, die mit dem Fortschreiten der Erkrankung eine unabhängige Lebensführung nicht mehr möglich machen. Vermutlich werden in Zukunft immer mehr demenziell erkrankte Menschen in Akutkrankenhäusern stationär versorgt. Besonders die große Anzahl der Patienten ohne gesicherte Diagnose oder mit der Nebendiagnose Demenz stellt Krankenhäuser hinsichtlich neuer Versorgungsstrategien und ökonomischer Auswirkungen vor große Herausforderungen. Die hohe Vulnerabilität und das krankheitsbedingte Unvermögen Bedürfnisse zu erfüllen machen deutlich, dass die bisherigen Versorgungsansätze für kognitiv eingeschränkte Patienten nicht mehr ausreichen. Insbesondere die durch den Klinikaufenthalt hervorgerufenen Einbußen der kognitiven und funktionalen Fähigkeiten und der Verlust der Selbstständigkeit machen dies deutlich. Neben den Betroffenen sind die Konsequenzen einer Demenzerkrankung besonders für das Pflegepersonal belastend. Veröffentlichte Konzepte zu einer besseren Pflege und medizinischen Behandlung gehen bislang nur am Rande auf eine demenzsensible Architektur in Akutkrankenhäusern ein. Dieser Aspekt sollte aber aufgrund seiner Wirksamkeit mehr in die Erarbeitung neuer Versorgungsansätze einfließen.

### 3 Zielstellung und Methodik

Eine demenzfreundliche Architektur hat nachweislich viele positive Effekte für Menschen mit Demenz.<sup>114</sup> In Deutschland mangelt es jedoch derzeit an anwendbaren Handlungsanweisungen und Informationen für Planer, Architekten und Akutkrankenhäuser zur Umsetzung einer demenzsensiblen Architektur in Kliniken. Es fehlt an baulichen Konzepten für Akutkrankenhäuser, die vor der Herausforderung stehen, eine Brücke zwischen einem auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angepasstem Charakter und den räumlichen-funktionalen Anforderungen der verschiedenen Funktionsbereiche zu schlagen.<sup>115</sup>

Daher ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit einen Katalog demenzsensibler Planungskriterien für *drei Bereiche* eines Akutkrankenhauses zu entwickeln. Damit sollen für Menschen mit Demenz optimale Bedingungen während eines stationären Aufenthaltes geschaffen werden. Ausgewählt wurden der *Eingangsbereich*, die *Notaufnahme* und die *Station*, da sie für Patienten mit Demenz besondere Herausforderungen bergen.

Die Reiz- und Informationsüberflutung stellt im *Eingangsbereich* für demenziell erkrankte Menschen eine besondere Schwierigkeit dar. Demzufolge ist es wichtig hier die Orientierung im Krankenhaus von Beginn an zu unterstützen. In Akutkrankenhäusern findet der erste Kontakt häufig in der *Notaufnahme* statt. In diesem Bereich führen die Hektik, die Fremdheit der Umgebung und der Geräusche besonders zu einer für demenzerkrankte Menschen ungeeigneten Umwelt. Die *Station* ist während einer stationären Aufnahme der temporäre Aufenthaltsort für die Patienten. Unbekannte Geräusche und die nicht selten hektische Atmosphäre überfordern auch dort demenziell erkrankte Menschen. Ein Verlust der verbliebenen Alltagsfähigkeiten und Selbstständigkeit muss in jedem Fall vermeiden werden. Da die meiste Interaktion zwischen Patienten und Akutkrankenhäuser in diesen drei Bereichen stattfindet, ist ihre bedürfnisgerechte und demenzfreundliche Gestaltung von großer Wichtigkeit.

Nach der Darstellung der Herausforderungen, pflegerischer und ökonomischer Problemfelder sowie der Anforderungen an die Versorgung demenziell erkrankter Menschen im Akutkrankenhaus gibt *Kapitel 4* eine Übersicht zu bereits vorliegenden, wissenschaftlich evaluierten Gestaltungsempfehlungen demenzfreundlicher Architektur in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Grundlage hierfür ist eine umfassende Literaturanalyse englisch- und deutschsprachiger wissenschaftlicher Publikationen und Studien zum Thema Demenz und Architektur. Weiterhin enthält Kapitel 4 eine Diskussion zur Übertragbarkeit und Modifizierung dieser Planungskriterien auf die Anwendung in der Krankenhausarchitektur.

Aus der vorhergehenden Diskussion und der Analyse bereits umgesetzter internationaler Projekte in *Anhang 1* bezüglich durchgeführter Maßnahmen und deren Auswirkungen wird in *Kapitel 5* ein Katalog mit demenzfreundlichen Planungskriterien für Akutkrankenhäuser entwickelt. Ferner liefert ein mit dem Pflegepersonal im Diakonissenkrankenhaus Dresden geführtes Interview im *Anhang 2* zu Prob-

<sup>114</sup> Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2007); HEEG, BÄUERLE (2012); REIMER et al. (2004); REED et al (2005); VAN ZADELHOFF et al. (2011)

<sup>115</sup> Vgl. DIETZ, LBA Krankenhausbau (o.J.)

lemen, Bedürfnissen und Zielen wichtige Ansatzpunkte. *Kapitel 6* zeigt die Anwendbarkeit des Kriterienkatalogs am Beispiel des Diakonissenkrankenhauses Dresden. Besonders in den Kapiteln *6.1 Problemfelder und erste Lösungsansätze* und *6.2 Beispiele zur konkreten Anwendung der Anforderungen* fließen die Erkenntnisse aus dem Interview und aus persönlichen Gesprächen mit den Mitarbeitern ein.

## 4 Demenz und Architektur

Neben den körperlichen Einschränkungen, die das Alter oftmals mit sich bringt, beispielsweise eine nachlassende Sehschärfe, eine veränderte Wahrnehmung der Farben oder eine reduzierte Mobilität muss beim Bauen für Menschen mit Demenz beachtet werden, dass zusätzlich deren räumliche Wahrnehmung erheblich gestört sein kann.<sup>116</sup>

Wichtige Erkenntnisse zu einer demenzfreundlichen Architektur stammen vor allem aus Studien im Bereich stationärer Altenpflegeeinrichtungen. Seit mehr als 30 Jahren wird international zu demenzsensiblen Konzepten und deren Auswirkungen auf die Bewohner im Pflegeheimbereich geforscht. Dabei ist sich die Fachwelt einig, dass in der Ausstattung und Architektursprache durch einen möglichst wohnlichen und nicht institutionell wirkenden Charakter milieuthérapeutisch die beste Umgebung für Menschen mit Demenz geschaffen werden kann.<sup>117</sup> Dies bedeutet gleichzeitig, dass eine für demenziell erkrankte Menschen ungünstig geplante Umwelt negative Folgen hat.<sup>118</sup>

Diesbezüglich fasst HEEG zusammen: „Lebensqualität im Heim für dementiell Betroffene zu schaffen bedeutet, ein bauliches und soziales Milieu zu bieten, das - soweit möglich - kognitive Defizite kompensiert und deren Folgen therapeutisch auffängt, so dass in einem beschützenden Rahmen eine weitgehend ‚normale‘ Lebensgestaltung möglich wird.“<sup>119</sup>

Die größten Probleme für das Personal in Pflegeheimen bestehen im Umgang mit der gestörten Orientierung und dem Bewegungsdrang von demenziellen Bewohnern.<sup>120</sup> Daher sind für bauliche Parameter als Ansatzpunkte besonders diese räumliche, zeitliche und situative Desorientiertheit sowie das Wanderverhalten von Bedeutung.

### 4.1 Stand der Forschung

International wurden bereits demenzfreundliche Modelle in Akutkrankenhäusern verwirklicht. Wissenschaftlich fundierte Ergebnisse zu positiven Auswirkungen dieser Entwürfe liegen jedoch nur sehr vereinzelt vor.

In Amerika und England wird bereits eine Vielzahl demenzsensibler Konzepte im Krankenhaus umgesetzt. Beispielhaft ist die Etablierung sogenannter ACE-Units (Acute Care for the Elderly) in Amerika und die Arbeit einiger Organisationen und Universitäten zur Verbesserung der Versorgungssituation älterer, demenziell erkrankter Patienten im Akutkrankenhaus. Hierbei liegen Empfehlungen für die

<sup>116</sup> Vgl. HEEG, BÄUERLE (2008)

<sup>117</sup> Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2007); HEEG, BÄUERLE (2012); REIMER et al. (2004); REED et al (2005); VAN ZADELHOFF et al. (2011)

<sup>118</sup> Vgl. ZEISEL (2001); BRAWLEY (2001)

<sup>119</sup> HEEG (2003) S.106

<sup>120</sup> Vgl. RÜSING et al. (2008)

räumliche Ausgestaltung vor.<sup>121</sup> Das Dementia Services Development Center (DSDC) in Stirling, Schottland entwickelte das Virtual Hospital. Auf der Internetseite des DSDC findet man Visualisierungen demenzfreundlich gestalteter Orte eines virtuellen Krankenhauses. In Flurbereichen, im Café, im Kiosk oder in Einzel- und Mehrbettzimmern zeigen interaktive Informationsfelder, wie architektonische Interventionen eine verständliche und ablesbare Umgebung für Patienten mit Demenz und damit auch für alle Nutzer schaffen.<sup>122</sup>

Oftmals sind es aufgrund des intensiven Kontakts vorrangig Initiativen des Pflegepersonals, die Atmosphäre und therapeutische Umgebung der Stationen zu verbessern.<sup>123</sup>

Nach der Eröffnung der ersten Spezialstation für demenzerkrankte Patienten einer geriatrischen Klinikabteilung in Essen 1990, lassen sich in Deutschland Ende 2013 - mit steigender Tendenz zur Einrichtung dieser spezialisierten Stationen – 22 Spezialstationen verzeichnen. Die leitenden Ärzte nennen in einem Erfahrungsaustausch

- eine Gruppengröße von 8-12 Bettplätzen (maximal jedoch 20 Betten),
- eine offen zugängliche, räumliche Abtrennung zur Schaffung einer geschützten Rahmens,
- die Einrichtung eines eigenen Aufenthalts- sowie Therapiebereichs,
- die Berücksichtigung der Biografie und sozialen Situation des Patienten sowie
- eine auf die Bedürfnisse Demenzerkrankter abgestimmte Tagesstruktur

als Mindestanforderungen im Bezug auf architektonische Merkmale. Weiterhin wird empfohlen Angehörige stärker miteinzubeziehen, therapeutische Angebote wie musik- oder tiergestützte Therapie anzubieten, Beleuchtungskonzepte zu erarbeiten und Erkenntnisse zur milieutherapeutischen Umweltgestaltung vermehrt auszuschöpfen. Die Intention, eine wohnliche Atmosphäre zu erzeugen, muss mit Vorschriften zu Hygiene, Brandschutz und Sicherheit vereinbar sein.<sup>124</sup> Einige Spezialstationen setzen bereits optische Barrieren, kaschierte Türen und Sensormatten ein, um Weg- bzw. Hinlauftendenzen zu hemmen. Raum für die Übernachtung von Familienmitgliedern wird überwiegend angeboten, teilweise bewusst vermieden. Zu Lichtstärken und Beleuchtung gibt es keine Maßnahmen. Auch fehlt bislang ein einheitliches Konzept bezüglich struktureller Merkmale.<sup>125</sup> Erste Studien belegen, dass sich spezialisierte Stationen für Menschen mit Demenz in Akutkrankenhäusern positiv auf Mobilität, Funktionalität und Verhaltensstörungen der Patienten auswirken.<sup>126</sup>

Eine Reihe von Krankenhäusern hat Tagesbetreuungsräume eingerichtet, in denen die von Demenz betroffenen Patienten tagesstrukturierende Angebote, wie die gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten oder Gesellschaftsspiele wahrnehmen können. Eine wissenschaftliche Auswertung liegt hier für eine Tagesbetreuung vor und stellt Verbesserungen hinsichtlich der Selbstständigkeit, geistiger und motorischer Fähigkeiten, der Mobilität und des Tag-Nacht-Rhythmus fest.<sup>127</sup> Ferner gibt es lediglich Erfahrungsberichte, die günstige Effekte durch die Teilnahme an der Tagesbetreuung beschreiben.<sup>128</sup>

<sup>121</sup> Vgl. LANDEFELD et al. (1995); MARQUARDT (2011); WALLER, MASTERSON, FINN (2013)

<sup>122</sup> Vgl. PARKER, FADAYEVATAN, LEE (2006); The King's Fund (2013), YATES-BOLTON et al. (2012); <http://de.dementia.stir.ac.uk/design> (Zugriff am 20.03.2014)

<sup>123</sup> Vgl. <http://www.nicheprogram.org> (Zugriff am 20.03.2014); BIGALKE, DETERT, ANGERHAUSEN (2006); WALLER (2012)

<sup>124</sup> Vgl. HOFMANN et al. (2014)

<sup>125</sup> Vgl. RÖSLER, HOFMANN, VON RENTELN-KRUSE (2010)

<sup>126</sup> Vgl. RÖSLER et al. (2012); ZIESCHANG et al. 2010

<sup>127</sup> Vgl. WINGENFELD et al. (2013)

<sup>128</sup> Vgl. BIGALKE, DETERT, ANGERHAUSEN (2006)

---

Durch Zusammenarbeiten von Architekturfakultäten verschiedener Universitäten und Krankenhäusern gibt es dort erste Untersuchungen zur Realisierung demenzfreundlicher Konzepte und deren Wirksamkeit. Die *Robert-Bosch-Stiftung* unterstützt mit einem Förderprogramm zur Umsetzung demenzsensibler Projekte fünf deutsche Krankenhäuser. In Zusammenarbeit mit dem ausgewählten Diakonissenkrankenhaus Dresden erarbeitet die Emmy Noether-Nachwuchsgruppe "Architektur im demografischen Wandel" der Fakultät Architektur der Technischen Universität Dresden bauliche Lösungen zur besseren stationären Versorgung der Menschen mit Demenz.<sup>129</sup>

Dr. Ing. B. Dietz, Architektin und Lehrbeauftragte für Krankenhausbau und Bauten des Gesundheitswesens der Fakultät für Architektur an der *Technischen Universität München* hat die Einsatzpotenziale innovativer Licht-, Kommunikations- und Planungstechnologien für eine alters- und demenzsensible Architektur untersucht. Ziel dieses Forschungsprojekts war, auf innovative Art und Weise durch Feldversuche Möglichkeiten zur Verwirklichung einer demenzfreundlichen Architektur im Akutkrankenhaus zu entwickeln. Die Maßnahmen erzielten unter anderem eine verbesserte Orientierung, einen stabileren Tag-Nacht-Rhythmus, die Reduktion störender Verhaltensweisen und eine erhöhte Aktivität.<sup>130</sup>

## 4.2 Gestaltungsprinzipien für Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen

In den folgenden Kapiteln werden Entwurfskriterien vorgestellt, die aufgrund ihrer wissenschaftlich belegten positiven Auswirkungen auf Verhalten, Kognition, Wohlbefinden, Funktionalität, soziale Fähigkeiten, pflegerische Ergebnisse und Orientierung von demenziell erkrankten Bewohnern bei der Planung von Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Demenz beachtet werden sollten. Die erzielten Ergebnisse sind jeweils neben der Beschreibung des Kriteriums angegeben.

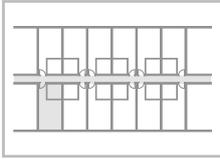
---

<sup>129</sup>  
<sup>130</sup>

Vgl. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/37166.asp> (Zugriff am 20.03.2014)  
Vgl. DIETZ, LBA Krankenhausbau (o.J.)

## 4.2.1 Räumliche Aspekte

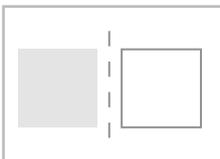
### 4.2.1.1 Grundrissstruktur und Erschließung



- ✓ Verhalten
- ✓ Kognition
- ✓ Wohlbefinden
- ✓ Funktionalität
- ✓ Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse
- ✓ Orientierung

Einfache Grundrissstrukturen sind wirksame Orientierungshilfen. Direkte Sichtbeziehungen zu Orten und Bereichen, die für die Bewohner wichtig sind, wie beispielsweise Gemeinschaftsräume, erleichtern den Vorgang der Wegfindung.<sup>131</sup> Die Größe und Form der Flure der Wohnbereiche hat erheblichen Einfluss auf die Orientierung. Kurze, gerade Flure mit eindeutiger Ausrichtung und gut sichtbaren, sorgfältig geplanten Anfangs- und Endpunkten haben sich als günstig erwiesen. Weiterhin sollten die Erschließungsflächen, bewohnerrelevante Bereiche und das Ziel gut überblickbar sein. Richtungswechsel können den Orientierungsprozess erschweren. Markante Referenzpunkte, wie architektonische oder Ausstattungselemente leiten die Bewohner dann sequenziell von Punkt zu Punkt.<sup>132</sup> Beobachtungen zeigen, dass in langen Gängen vermehrt Unruhe und Angstzustände auftreten.<sup>133</sup> Eine monotone Gestaltung der Flure und zu wenige Referenzpunkte beeinträchtigen die Wegfindung.<sup>134</sup> Um Desorientierung und Weglaufgefahren zu minimieren ist eine geringe Anzahl an Türen und Ausgangssituationen günstig.<sup>135</sup>

### 4.2.1.2 Segregative Betreuung

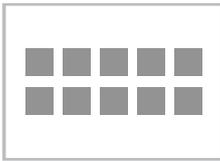


- ✓ Verhalten
- ✓ Kognition
- ✓ Wohlbefinden
- ✓ Funktionalität
- ✓ Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse
- ✓ Orientierung

Ein segregatives Betreuungskonzept zeichnet sich durch eine räumliche und pflegeorganisatorische Abtrennung innerhalb einer stationären Altenpflegeeinrichtung aus. Es reagiert somit auf die durch Verhaltensauffälligkeiten der demenziellen Menschen herbeigeführten Belastungen der Mitbewohner und des Pflegepersonals und hat sich als vorteilhaft für alle zu betreuenden Personen erwiesen. Im englischsprachigen Raum sind sogenannte Special Care Units fachlich und pflegerisch-therapeutisch orientiert.<sup>136</sup> Positive Effekte sind ein Rückgang der Verhaltensstörungen und Agitationen,<sup>137</sup> eine verbesserte Funktionalität<sup>138</sup> sowie eine höhere Lebensqualität.<sup>139</sup> Des Weiteren kommt es zu erhöhten sozialen Kontakten, weniger Fixierungen und einer verringerten Verabreichung von Psychopharmaka.<sup>140</sup>

<sup>131</sup> Vgl. PASSINI et al. (2000); MARQUARDT, SCHMIEG (2009)  
<sup>132</sup> Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2007)  
<sup>133</sup> Vgl. ELMSTAHL, ANNERSTEDT, AHLUND (1997)  
<sup>134</sup> Vgl. PASSINI et al. (2000)  
<sup>135</sup> Vgl. NETTEN (1989)  
<sup>136</sup> Vgl. REGGENTIN, DETTBARN-REGGENTIN (2006)  
<sup>137</sup> Vgl. BELLELLI et al. (1998)  
<sup>138</sup> Vgl. BENSON et al. (1987)  
<sup>139</sup> Vgl. ABRAHAMSON et al. (2012)  
<sup>140</sup> Vgl. WEYERER, SCHÄUFELE, HENDLMEIER (2010)

#### 4.2.1.3 Kleine Einheiten



- ✓ Verhalten
- ✓ Kognition
- ✓ Wohlbefinden
- ✓ Funktionalität
- ✓ Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse
- ✓ Orientierung

Kleine Wohneinheiten umfassen im internationalen Vergleich zwischen 5 und 15 Bewohner. Ein häuslicher Charakter und eine Vielzahl sozialer Kontakte durch die Einbindung der Bewohner in Aktivitäten wie etwa Kochen sind gemeinsame Merkmale dieser kleinteiligen Wohnformen. Häuslichkeit entsteht durch ein Raumangebot, welches beispielsweise eine Küche oder ein Wohnzimmer vorhält.<sup>141</sup> Familienähnliche Strukturen richten die Versorgung am „Normalitätsprinzip“, das heißt an einem nicht-institutionalisierten, am Alltag angelehnten Pflegekonzept aus. Bezugspersonen unterstützen die Bewohner. Kognitive und körperliche Fähigkeiten bleiben in Wohngruppen länger erhalten und das Sozialverhalten wird gestärkt.<sup>142</sup> Weiterhin ist die Stimmung der Bewohner in einer kleinen Wohngruppe verbessert<sup>143</sup> und sie zeigen größeres Interesse an ihrer Umwelt.<sup>144</sup> Ferner erfasst das Personal die persönlichen Bedürfnisse aufmerksamer und setzt dadurch eine individuellere Pflege um.<sup>145</sup> Demenziell erkrankte Bewohner können sich außerdem besser orientieren.<sup>146</sup> Die Einschränkung störender Verhaltensweisen ist ein weiterer positiver Effekt dieser Wohnform.<sup>147</sup>

#### 4.2.1.4 Bewohnerzahl



- ✓ Verhalten
- ✓ Kognition
- ✓ Wohlbefinden
- ✓ Funktionalität
- ✓ Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse
- ✓ Orientierung

Orientierung und Wegfindung werden in Wohneinheiten mit geringer Bewohneranzahl besser bewältigt.<sup>148</sup> In kleinen Gruppen reduziert sich unruhiges Verhalten der demenziell Erkrankten<sup>149</sup> und sie sind wesentlich sozial aktiver.<sup>150</sup> Auch die Unterbringung in Doppel- statt in Mehrbettzimmern wirkt sich förderlich auf die Aktivität der Bewohner aus.<sup>151</sup> In Einzelzimmern schlafen die Bewohner besser und benötigen somit weniger schlaffördernde Interventionen, wie beispielsweise in Form von Medikamenten.<sup>152</sup>

<sup>141</sup> Vgl. VEERBEK et al. (2009)  
<sup>142</sup> Vgl. REGGENTIN, DETTBARN-REGGENTIN (2006)  
<sup>143</sup> Vgl. DETTBARN-REGGENTIN (2005)  
<sup>144</sup> Vgl. REIMER et al. (2004)  
<sup>145</sup> Vgl. VAN ZADELHOFF et al. (2011)  
<sup>146</sup> Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2009)  
<sup>147</sup> Vgl. MALMBERG, ZARIT (1993)  
<sup>148</sup> Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2009)  
<sup>149</sup> Vgl. MORGAN, STEWART (1998a)  
<sup>150</sup> Vgl. COHEN-MANSFIELD et al. (2010)  
<sup>151</sup> Vgl. HSIEH (2010)  
<sup>152</sup> Vgl. MORGAN, STEWART (1998b)

#### 4.2.1.5 Gemeinschaftsbereiche

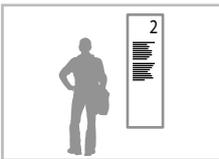


- ✓ Verhalten
- ✓ Kognition
- ✓ Wohlbefinden
- ✓ Funktionalität
- ✓ Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse
- ✓ Orientierung

Durch das geänderte Sozialverhalten tritt das Bedürfnis nach Gemeinschaft und Zugehörigkeit zu einer Gruppe vor den Wunsch nach Individualität.<sup>153</sup> Gemeinschaftsräumen, den Orten zum Aufenthalt und für gemeinsame Mahlzeiten kommt ein hoher Stellenwert zu. Eine zentrale Lage von gemeinschaftlich genutzten Bereichen fördert die Orientierungsfähigkeit der Bewohner,<sup>154</sup> denn sie stellen einprägsame Referenzpunkte dar.<sup>155</sup> Eine Vielzahl verschiedener Gemeinschaftsräume wirkt dem sozialen Rückzug entgegen.<sup>156</sup> Überblickbare, gemeinschaftlich genutzte Wohnbereiche verbessern zudem die sozialen Fähigkeiten von Menschen mit Demenz.<sup>157</sup>

### 4.2.2 Orientierungshilfen

#### 4.2.2.1 Visuelle Information



- Verhalten
- Kognition
- Wohlbefinden
- ✓ Funktionalität
- ✓ Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse
- ✓ Orientierung

Beim Anbringen von Beschilderungen und visuellen Informationsträgern muss darauf geachtet werden, dass das Blickfeld von älteren und besonders das von demenziell erkrankten Menschen häufig nach unten gerichtet ist.<sup>158</sup> Laut DIN 18040-1 zum barrierefreien Bauen für öffentliche Gebäude sollte die einer Tür zugeordnete Beschilderung in einer Höhe von 120-140cm über dem Fußboden angebracht werden.<sup>159</sup> Das Dementia Services Development Centre (DSDC) empfiehlt eine Anbringhöhe von 120cm für alle Hinweistträger.<sup>160</sup> Pläne können von Menschen mit Demenz oftmals nicht mehr gelesen werden. Beschilderungen dagegen unterstützen die zielgerichtete Wegfindung.<sup>161</sup> Demenziell Erkrankte können Hinweise, die nur grafische Informationen und Symbole beinhalten kaum noch interpretieren, wohingegen das Hinzufügen von Schriftzügen ihnen die Orientierung erleichtert.<sup>162</sup> Etiketten auf Schubladen und Schränken, das Platzieren wichtiger Gegenstände im Sichtfeld und das Entziehen von ablenkenden Objekten aus deren Blickfeld hilft demenziell erkrankten Pflegeheimbewohnern bei der Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs).<sup>163</sup>

<sup>153</sup>

Vgl. DÜRRMANN (2010)

<sup>154</sup>

Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2007)

<sup>155</sup>

Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2009)

<sup>156</sup>

Vgl. ZEISEL et al. (2003)

<sup>157</sup>

Vgl. KIHLOGREN et al. (1992)

<sup>158</sup>

Vgl. PASSINI et al. (2000)

<sup>159</sup>

Vgl. DIN 18040-1

<sup>160</sup>

Vgl. <http://dementia.stir.ac.uk> (Zugriff am 20.03.2014)

<sup>161</sup>

Vgl. PASSINI et al. (2000)

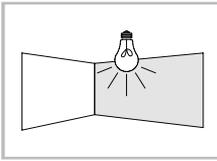
<sup>162</sup>

Vgl. SCIALFA et al. (2008)

<sup>163</sup>

Vgl. CHARD, LIU, MULHOLLAND (2009)

#### 4.2.2.2 Farbe und Licht



- ✓ Verhalten
- ✓ Kognition
- ✓ Wohlbefinden
- ✓ Funktionalität
- ✓ Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse
- ✓ Orientierung

Farbe kann zur Unterstützung der Orientierung und Wahrnehmung eingesetzt werden. Stark gesättigte Farbtöne und deutliche Kontraste sind dabei zu bevorzugen.<sup>164</sup> Menschen mit Demenz nehmen Farbcodierungen zur besseren Unterscheidung verschiedener Geschosse allerdings nicht mehr wahr.<sup>165</sup>

Die *Lichttherapie* nutzt den positiven Effekt von hellem Licht, um unter anderem Depressionen zu vermeiden.<sup>166</sup> Bei dieser nicht-pharmakologischen Maßnahme werden beispielsweise Deckenbeleuchtungen, die hochintensives, helles Licht abgeben, installiert.<sup>167</sup> Der Einsatz der Lichttherapie bewirkt bei Menschen mit Demenz höhere kognitive und funktionale Leistungen. Die Bewohner sind wacher und besser in der Lage, sich in ihrer Umgebung sowie situativ zu orientieren und integrieren sich stärker in soziale Aktivitäten. Weiterhin lässt sich eine verbesserte Stimmung wahrnehmen. In pflegerischer Hinsicht entstehen eine größere Kooperationsbereitschaft und weniger Verärgerung bei der Durchführung der Pflegemaßnahmen.<sup>168</sup> Das nächtliche Schlafverhalten und der biologische Rhythmus werden unterstützt,<sup>169</sup> Ruhelosigkeit nimmt ab.<sup>170</sup>

*Circadiane, dynamische Beleuchtungssysteme* simulieren den Tageslichtverlauf. Diese ahmen die Veränderungen des natürlichen Lichts durch variierende Beleuchtungsstärken und Farbspektren nach.<sup>171</sup> Der biologische Tag-Nacht-Rhythmus stabilisiert sich. Auch das Wohlbefinden erhöht sich.<sup>172</sup> Ferner nehmen störende Verhaltensweisen durch den Einsatz von dynamischen Lichtquellen ab.<sup>173</sup>

Höhere *Lichtstärken* und ein ausgeprägter Kontrast zwischen Tisch und Geschirr resultieren in verbessertem Essverhalten und funktionalen Fähigkeiten, fördern so die Teilhabe an gemeinsamen Mahlzeiten und damit auch die Eigenständigkeit der Pflegeheimbewohner.<sup>174</sup> Weiterhin steigert sich die Lebensqualität und Aufmerksamkeit in hellen Räumen.<sup>175</sup> Bei einer allgemein verbesserten Lichtsituation sind die Bewohner zudem eher in der Lage, sich zu orientieren.<sup>176</sup> Eine in Übergangsbereichen gestaffelte Beleuchtung unterstützt die beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit der Augen älterer Menschen an stark unterschiedliche Lichtverhältnisse.<sup>177</sup>

<sup>164</sup> Vgl. HEEG, BÄUERLE (2006)  
<sup>165</sup> Vgl. PASSINI et al. (2000)  
<sup>166</sup> Vgl. <http://www.gesundheitslexikon.uniklinikum-dresden.de/klinikrelevante-Schlagworte/L/Lichttherapie.html> (Zugriff am 01.06.2014)  
<sup>167</sup> Vgl. VAN HOOF et al. (2009)  
<sup>168</sup> Vgl. NOWAK, DAVIS (2011)  
<sup>169</sup> Vgl. SLOANE et al. (2007); VAN HOOF et al. (2009)  
<sup>170</sup> Vgl. VAN HOOF et al. (2009)  
<sup>171</sup> Vgl. HEEG, STRIFFLER (2010)  
<sup>172</sup> Vgl. DIETZ, LBA Krankenhausbau (o.J.)  
<sup>173</sup> Vgl. LA GARCE (2004)  
<sup>174</sup> Vgl. BRUSH (2001)  
<sup>175</sup> Vgl. MÜNCH, MÜHLEGG (2014)  
<sup>176</sup> Vgl. NETTEN (1989)  
<sup>177</sup> Vgl. BREUER (2009)

#### 4.2.2.3 Auffindbarkeit



- Verhalten
- Kognition
- Wohlbefinden
- Funktionalität
- Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse
- ✓ Orientierung

Das Auffinden des eigenen Zimmers ist für viele demenziell erkrankte Bewohner eine schwierige Aufgabe. Hinweise mit persönlichem Bezug stellen dabei eine wirksame Methode dar. Das Anbringen einer großen gut sichtbaren Zimmernummer, des eigenen Namens, Portraitfotos oder persönlicher Gegenstände erleichtern das Finden des Raumes. Die Bewohner erkennen besonders fotografische Aufnahmen aus ihrer Vergangenheit gut wieder.<sup>178</sup> Weiterhin kann eine farbliche Gestaltung dabei helfen, das richtige Zimmer zu finden.<sup>179</sup> Persönliche Gegenstände innerhalb des Zimmers sind hilfreich zur Identifikation des Raumes.<sup>180</sup> Förderlich für die selbstständige Nutzung und Auffindbarkeit der Toilette ist eine Lage im direkten Blickfeld kombiniert mit einer grafischen, symbolhaften Beschilderung.<sup>181</sup> Günstig ist auch eine zentral gelegene Toilette nahe dem Aufenthalts- oder Essbereich.<sup>182</sup>

#### 4.2.3 Sicherheitskriterien

Besonders im mittleren oder späten Krankheitsstadium kann Demenz mit motorischer Unruhe und einem hohen Bewegungsdrang einhergehen. Dieses Wanderverhalten stellt stationäre Pflegeeinrichtungen vor Herausforderungen, da die Bewohner immer wieder ihre Wohneinheit oder die Einrichtung verlassen. Die Pflegekräfte stehen vor der Schwierigkeit, wie die Bewohnersicherheit und damit deren körperliche Unversehrtheit gewährleistet werden kann. Ein Einschließen ist hinsichtlich ethischer und rechtlicher Aspekte kritisch zu sehen. Überwachung, Kontrolle und freiheitseinschränkende Maßnahmen gefährden die Würde eines jeden Menschen und Stigmatisierung ist in jedem Fall zu vermeiden. Jeder Mensch sollte sich innerhalb seines Lebensraumes frei bewegen können.

<sup>178</sup> Vgl. PASSINI et al. (2000); GROSS et al. (2004)

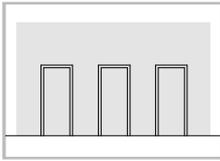
<sup>179</sup> Vgl. GIBSON et al. (2004)

<sup>180</sup> Vgl. PASSINI et al. (2000)

<sup>181</sup> Vgl. NAMAZI (1993)

<sup>182</sup> Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2007)

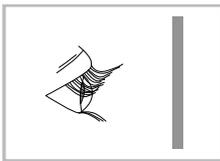
#### 4.2.3.1 Kaschierte Türen



- ✓ Verhalten  
Kognition
- ✓ Wohlbefinden  
Funktionalität  
Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse  
Orientierung

Da getarnte Ausgangstüren sich der Aufmerksamkeit entziehen, stellen sie eine gute Möglichkeit dar, das unbeaufsichtigte Verlassen der Einrichtung oder Wohnbereiche zu reduzieren. Die Bewohner versuchen seltener kaschierte Türen zu öffnen<sup>183</sup> und sich weniger oft vom Wohnbereich zu entfernen.<sup>184</sup> Möglichkeiten Türen zu verstecken sind das Anbringen von Spiegelflächen oder Vorhängen,<sup>185</sup> ein Aufgreifen des Farbtons der Wand,<sup>186</sup> Wandgemälde<sup>187</sup> oder eine Anordnung seitlich zur Laufrichtung.<sup>188</sup> Weiterhin erzielt ein an die Farbe des Türblatts angepasster Türknauf gute Ergebnisse.<sup>189</sup> Getarnte Ausgänge und leise elektronische Türschlösser erweisen sich außerdem als vorteilhaft im Bezug auf depressive Symptome der Bewohner. Möglicherweise verhält sich das Pflegepersonal aufgrund der gegebenen Sicherheit beruhigter und die zu Pflegenden genießen somit mehr Freiheit. Verschlossene, sich im Sichtfeld befindende Ausgangstüren fördern hingegen depressive Symptome.<sup>190</sup>

#### 4.2.3.2 Visuelle Barrieren



- ✓ Verhalten  
Kognition  
Wohlbefinden  
Funktionalität  
Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse  
Orientierung

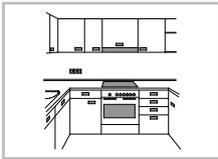
Die Wirkung, die ein kontrastreicher und gemusterter Bodenbelag auf Menschen mit Demenz infolge der veränderten Tiefenwahrnehmung ausübt, kann auch als visuelle Barriere eingesetzt werden, um die Bewohner vom Betreten oder Verlassen bestimmter Bereiche abzuhalten. Nebeneinanderliegende, stark kontrastierende Flächen werden als Abgründe oder Stufen wahrgenommen. Vor den Türen platzierte schwarze Streifen oder Streifen aus Klebeband haben gute Ergebnisse erzielt.<sup>191</sup> Handläufe, die auch an Türen von Nebenräumen oder Ausgängen angebracht werden und somit an möglichen Weglaufstellen vorbeileiten, funktionieren ebenfalls als Barrieren.<sup>192</sup>

<sup>183</sup> Vgl. KINCAID, PEACOCK (2003)  
<sup>184</sup> Vgl. FELICIANO et al. (2004)  
<sup>185</sup> Vgl. FELICIANO et al.; ROBERTS (1999)  
<sup>186</sup> Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2007)  
<sup>187</sup> Vgl. KINCAID, PEACOCK (2003)  
<sup>188</sup> Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2007)  
<sup>189</sup> Vgl. NAMAZI, ROSNER, CALKINS (1989)  
<sup>190</sup> Vgl. ZEISEL et al. (2003)  
<sup>191</sup> Vgl. PASSINI et al. (2000); ROBERTS (1999)  
<sup>192</sup> Vgl. MARQUARDT, G.; SCHMIEG, P. (2007)

## 4.2.4 Anforderungen an die Gestaltung und Ausstattung

Eine gute Versorgung von Menschen mit Demenz zeichnet sich durch einen personenzentrierten Pflegeansatz und eine milieuthérapeutisch gestaltete Architektursprache aus. Ein milieuthérapeutisches Wohnumfeld strahlt Wohnlichkeit und Vertrautheit aus und bietet gleichzeitig Raum für therapeutische Aktivitäten, wie zum Beispiel gemeinsames Kochen oder Waschen. Dieses Konzept geht außerdem auf die Lebensgeschichte der Bewohner ein.<sup>193</sup>

### 4.2.4.1 Ablesbarkeit



- Verhalten
- Kognition
- Wohlbefinden
- Funktionalität
- Soziale Fähigkeiten
- Pflegerische Ergebnisse
- ✓ Orientierung

Räume, deren Funktion durch ihre Materialität, Ausstattung, Größe, Proportion klar erkennbar ist, sind für die Bewohner einprägsame und somit die Orientierung fördernde Orte. Eine logische Raumsyntax stellt hierbei ein wichtiges Kriterium dar. Ebenso helfen Geräusche und Gerüche, die Funktion eines Raumes richtig zu interpretieren.<sup>194</sup> Unterschiedliche Bereiche mit einem charakteristischen, eigenen Erscheinungsbild werden gut wiedererkannt und unterstützen weiterhin die Orientierung.<sup>195</sup>

### 4.2.4.2 Multisensorik



- ✓ Verhalten
- Kognition
- Wohlbefinden
- Funktionalität
- Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse
- ✓ Orientierung

Unter einer multisensorischen Umgebung ist eine die verschiedenen Sinne ansprechende Umwelt zu verstehen. Gezielt eingesetzte Stimuli machen die Umwelt taktil, haptisch, olfaktorisch und auditiv erfahrbar. Reizvolle Materialien, Gerüche, Gartenbereiche, Blickbeziehungen zum Außenraum oder Musik beeinflussen Menschen mit Demenz positiv.<sup>196</sup> Agitiertes Verhalten und auch der Wanderdrang reduzieren sich durch ein vielschichtiges Angebot sensorischer Reize.<sup>197</sup> In diesem Zusammenhang ist unbedingt der sorgfältige und regulierbare Einsatz der Stimuli zu beachten, um gegenteilige Effekte,<sup>198</sup> Überstimulation und Überforderung zu vermeiden.<sup>199</sup> In einer Studie wurde festgestellt, dass wenige Ablenkungsmöglichkeiten die Aufmerksamkeit der Bewohner verbessern.<sup>200</sup> Genauso kann sich eine vollkommen reizarme Umgebung negativ auf sie auswirken.<sup>201</sup>

<sup>193</sup> Vgl. WELTER, HÜRLIMANN, HÜRLIMANN-SIEBKE (2006)

<sup>194</sup> Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2007)

<sup>195</sup> Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2009)

<sup>196</sup> Vgl. HEEG (2003)

<sup>197</sup> Vgl. COHEN-MANSFIELD, WERNER (1998); YAO, ALGASE (2006)

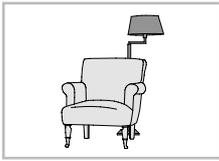
<sup>198</sup> Vgl. ALGASE et al. (2010)

<sup>199</sup> Vgl. BRAWLEY (1997); HEEG (2003)

<sup>200</sup> Vgl. NAMAZI, JOHNSON (1992a)

<sup>201</sup> Vgl. BRAWLEY (1997)

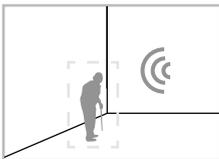
#### 4.2.4.3 Milieutherapie– Wohnlichkeit und Personalisierung



- ✓ Verhalten
- ✓ Kognition
- ✓ Wohlbefinden
- ✓ Funktionalität
- ✓ Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse
- ✓ Orientierung

Pflegeheimbewohner in einer nicht-institutionellen, wohnlich gestalteten Umgebung mit Einzelzimmern, die Privatsphäre und Personalisierung ermöglichen, zeigen weniger aggressive und unruhige Verhaltensweisen sowie psychische Probleme.<sup>202</sup> Ein nicht-institutioneller Charakter schafft Vertrautheit und wird beispielsweise durch eine personalisierte Ausstattung der Wohnumgebung mit individuellen Möbeln oder Zugang zu einem sicheren Gartenbereich erreicht.<sup>203</sup> Weiterhin lassen sich in einer Wohnatmosphäre weniger Einbußen in der Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) und ein gesteigertes Interesse an der Umgebung verzeichnen.<sup>204</sup> Die Ernährungssituation verbessert sich durch die Einnahme von Mahlzeiten in einer gemeinschaftlichen, nicht-institutionell gestalteten Umgebung.<sup>205</sup> Ein kleiner, häuslich gestalteter Essbereich fördert zudem die Kommunikation unter den Bewohnern.<sup>206</sup> Weniger agitierte Verhaltensweisen treten auf, wenn die Einrichtung Zugang zu einem sicheren Freibereich durch eine unverschlossene Tür gewährleistet.<sup>207</sup>

#### 4.2.4.4 Akustik

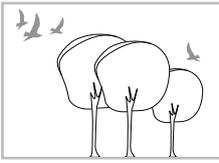


- ✓ Verhalten
- ✓ Kognition
- ✓ Wohlbefinden
- ✓ Funktionalität
- ✓ Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse
- ✓ Orientierung

Akustische Überstimulation überfordert Menschen mit Demenz.<sup>208</sup> Ein leiser Geräuschpegel beeinflusst hingegen das Verhalten und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz maßgeblich positiv.<sup>209</sup> Auch die soziale Aktivität steigt durch eine ruhigere Umgebung.<sup>210</sup> Eine erhöhte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme in einer Atmosphäre mit moderatem Geräuschpegel verbessert die Ernährungssituation.<sup>211</sup>

<sup>202</sup> Vgl. ZEISEL et al. (2003); REIMER et al. (2004)  
<sup>203</sup> Vgl. MARQUARDT, SCHMIEG (2007); PASSINI et al. (2000)  
<sup>204</sup> Vgl. REIMER et al. (2004)  
<sup>205</sup> Vgl. REED et al. (2005)  
<sup>206</sup> Vgl. ROBERTS (2011)  
<sup>207</sup> Vgl. NAMAZI, JOHNSON (1992b)  
<sup>208</sup> Vgl. HEEG, BÄUERLE (2006)  
<sup>209</sup> Vgl. ALGASE et al. (2010); GARCIA et al. (2012)  
<sup>210</sup> Vgl. COHEN-MANSFIELD et al. (2010)  
<sup>211</sup> Vgl. MC DANIEL et al. (2001)

#### 4.2.4.5 Freibereiche



- ✓ Verhalten
- Kognition
- ✓ Wohlbefinden
- Funktionalität
- ✓ Soziale Fähigkeiten
- ✓ Pflegerische Ergebnisse
- Orientierung

In Pflegeeinrichtungen, die die Möglichkeit zur Nutzung von Gartenbereichen anbieten, treten weniger aggressive Verhaltensweisen auf. Außerdem steigt die Lebensqualität der Bewohner und Belastungen des Personals gehen zurück.<sup>212</sup> Weiterhin tritt weniger antisoziales Verhalten auf, was wiederum zu einer verminderten Medikamentenverabreichung führt.<sup>213</sup> Menschen mit Demenz, die in Tagesbetreuungseinrichtungen in gartentherapeutische Tätigkeiten eingebunden waren, zeigten sich länger und aktiver engagiert.<sup>214</sup> Auf Pflegeheimbewohner mit Wanderverhaltensweisen, die zwei Mal täglich zu einem Aufenthalt in einen Gartenbereich begleitet wurden, wirkte sich diese Maßnahme positiv auf den Bewegungsdrang und die Stimmung aus.<sup>215</sup>

### 4.3 Diskussion zur Übertragbarkeit der Prinzipien

Die im vorhergehenden Abschnitt geschilderten Erkenntnisse zu positiven Effekten einer demenzsensiblen Architektur aus dem Pflegesektor sind zukünftig auch im Krankenhaus erforderlich. Dies zeigen die in Kapitel 2.3 geschilderten zahlreichen Problemfelder und die derzeit nicht ausreichende Einbindung des baulichen Milieus in Lösungskonzepte. Ziel ist die Aktivierung der demenziell erkrankten Menschen, um die Alltagsfähigkeiten zu fördern und so einem Verlust an Selbstständigkeit und Funktionalität entgegenzuwirken. Weiterhin sind neben einer Reduktion problematischer Verhaltensweisen auch die Steigerung des Wohlbefindens seitens der Patienten sowie die Entlastung des Personals und der Mitpatienten anzustreben.

Eine direkte Übertragbarkeit aller demenzsensiblen Planungskriterien ist nur eingeschränkt durchführbar, da sich die spezifischen medizinischen Abläufe und Organisationsstrukturen in einem Krankenhaus von Strukturen in einer stationären Pflegeeinrichtung unterscheiden. Hinzu kommen spezielle Anforderungen an Hygiene und Brandschutz. Die existierenden Handlungsanweisungen zum Bau von Altenpflegeeinrichtungen müssen also im Sinne der Machbarkeit überprüft und gegebenenfalls modifiziert werden. Weiterhin ist hinsichtlich der Sinnhaftigkeit zu untersuchen, ob die Kriterien direkt in der Krankenhausarchitektur anwendbar sind. Dies kann derzeit nur kritisch diskutiert werden, da zu dieser Fragestellung kaum Studien vorliegen. Die Umsetzbarkeit einer demenzsensiblen Architektur auf die Krankenhausarchitektur und deren Grenzen sollen im Folgenden erörtert werden.

<sup>212</sup> Vgl. MOONEY, NICELL (1992)

<sup>213</sup> Vgl. THOMAS (1994)

<sup>214</sup> Vgl. GIGLIOTTI, JARROTT (2005)

<sup>215</sup> Vgl. COHEN-MANSFIELD, WERNER (1998)

### 4.3.1 Direkt übertragbare Aspekte

#### *Visuelle Information*

##### *Farbe und Licht*

Alle Aspekte, welche die Orientierung demenzerkrankter Menschen fördern, sind auf die Krankenhausarchitektur übertragbar. Bei der Planung der visuellen Informationen und dem Einsatz von Farbe und Licht ist auf die Anwendbarkeit auf größere bauliche Strukturen zu achten.

Vor allem in Doppel- oder Mehrbettzimmern ist es zur Vermeidung von Konfliktsituationen von Bedeutung, dass sich persönliche Bereiche klar zuordnen lassen. Beschilderungen, Farbgestaltung oder Gegenstände können dabei helfen. Weiterhin sind die Badezimmer hinsichtlich dieser demenzsensiblen Gestaltungsaspekte miteinzubeziehen.

#### *Segregative Betreuung*

Spezielle Stationen für demenziell erkrankte Krankenhauspatienten orientieren sich am Vorbild des Konzepts der segregativen Betreuung. Sie stellen eine wichtige erste Maßnahme einer verbesserten Versorgung von demenziell erkrankten Patienten dar. Im Anhang 1 *Demenzsensible Konzepte im Akutkrankenhaus* wird hierzu das Modell der ACE-Units (Acute Care for the Elderly) näher vorgestellt, das sich in den USA schon lange etabliert hat. Auch in Deutschland ist seit den 90er Jahren eine zunehmende Tendenz zur Einrichtung spezialisierter Versorgungseinheiten in Akutkrankenhäusern zu verzeichnen.<sup>216</sup> Erste nationale Studien zeigen, dass in einer spezialisierten Station behandelte Patienten mit Demenz deutlich weniger Einbußen in alltagsverrichtenden Tätigkeiten erleiden. Es treten weniger Verhaltensstörungen wie Aggressionen, Agitation oder ruheloses Umherwandern auf und die Verweildauer unterscheidet sich kaum im Vergleich zu anderen Patienten.<sup>217</sup>

Es sind jedoch nicht nur eigens für Patienten mit einer Demenzerkrankung entworfene Stationen von Bedeutung. Um eine angemessene Versorgung aller stationär zu behandelnden Menschen mit Demenz zu gewährleisten, sollten demenzsensible Gestaltungskriterien auch auf normalen Fachabteilungen Anwendung finden.

#### *Multisensorik*

##### *Gemeinschaftsbereiche*

Der Ansatz der Multisensorik ist auf das Krankenhaus übertragbar. Besonders das gemeinsame Einnehmen der Mahlzeiten hat in Pflegeeinrichtungen einen hohen Stellenwert, da die Bewohner dabei ein besseres Ess- und Sozialverhalten aufweisen. Die typischen Gerüche und Geräusche fehlen im Krankenhaus, weil die Patienten das Essen üblicherweise am Bett einnehmen. Die Einrichtung eines kleineren Gemeinschaftsbereiches für gemeinsame Mahlzeiten umgeht diese ungewohnte Situation und schafft mehr Normalität. Pflegekräfte hätten so zudem die Option mehreren Patienten bei der Nahrungsaufnahme zu helfen und die Interaktion zwischen Personal und Patient zu steigern. Ange-

<sup>216</sup> Vgl. HOFMANN et al. (2014)  
<sup>217</sup> Vgl. ZIESCHANG et al. (2010)

messen dimensionierte, gemeinschaftlich genutzte Essbereiche reduzieren das institutionelle Erscheinungsbild, erhöhen die Anzahl der Sozialkontakte und aktivieren Menschen mit Demenz besser zur Einnahme der Mahlzeiten.

Im Gegensatz zu Pflegeeinrichtungen sind im Krankenhaus Gemeinschaftsbereiche, welche die Voraussetzungen für Begegnungen und Beschäftigung schaffen, nicht vorgesehen. Demenziell erkrankte Menschen suchen jedoch eher den Kontakt zu Gruppen und zu belebten Orten. Auch diesem Bedürfnis kommen Gemeinschaftsräume nach.

#### 4.3.2 Begrenzt übertragbare Aspekte

##### *Kleine Einheiten*

Um kleinteilige Gebäudestrukturen baulich auch im Akutkrankenhaus umzusetzen, ist bei der Planung oder Anpassung von großen Stationseinheiten zu überlegen, wie deren Gliederung erreicht werden kann. Vermutlich muss hierbei mehr Personal eingesetzt werden und vor allem im Nachtdienst könnten durch den geringeren Personalschlüssel Probleme und größere Arbeitsbelastungen entstehen. Somit ist die Wirtschaftlichkeit kleiner Stationseinheiten abzuwägen. International wurde jedoch schon belegt, dass die Unterteilung großer Stationen ein effektiveres Arbeiten ermöglicht.<sup>218</sup>

Eine Reihe amerikanischer Krankenhäuser löst bereits zentrale Schwesternstationen in Untereinheiten, sogenannte nursing pods, auf. Ein Arbeitsplatz versorgt dabei mehrere Patientenzimmer.<sup>219</sup> Dieser ist mit einem Telefon, Computern<sup>220</sup> sowie einem Handwaschbecken und weiterer zur Versorgung benötigter Utensilien ausgestattet.<sup>221</sup> Bezugspflegekräfte arbeiten so in Patientennähe, sind besser sichtbar und schnell erreichbar. Die räumliche Nähe reduziert lange Laufwege für das Personal und resultiert in längeren Aufenthalten bei den Patienten. Diese profitieren von der direkten, personenbezogenen Pflege, was sich in einer erhöhten Patientenzufriedenheit widerspiegelt.<sup>222</sup> Diese kleinteiligen Strukturen beeinflussen auch Verhalten und Wohlbefinden der demenziell erkrankten Menschen.<sup>223</sup> Zudem gestaltet sich das Arbeiten durch die nursing pods insgesamt effizienter und die Anzahl der Schwesternrufe und Stürze kann verringert werden. Auch die Zufriedenheit der Pflegekräfte steigert sich.<sup>224</sup>

##### *Milieutherapie*

Die Einbindung in alltägliche, häusliche Aufgaben, wie es stationären Altenpflegeeinrichtungen vielfach praktiziert wird, ist in einem Akutkrankenhaus kaum realisierbar. Um Untätigkeit und Langeweile im Stationsalltag zu vermeiden, müssen andere Möglichkeiten für Beschäftigungsangebote entstehen. Ein Lösungsansatz ist die Einrichtung von Therapiebereichen, welche Raum für aktivierende und tagesstrukturierende Angebote bieten. Die positive Wirkung von Tagesbetreuungsräumen, in denen eine stundenweise Betreuung und Beschäftigung von mobilen, demenziell erkrankten Patienten statt-

<sup>218</sup> Vgl. DONAHUE (2009)

<sup>219</sup> Vgl. DONAHUE (2009)

<sup>220</sup> Vgl. FRIESE et al. (2014)

<sup>221</sup> Vgl. MARQUARDT (2011)

<sup>222</sup> Vgl. DONAHUE (2009)

<sup>223</sup> Vgl. MARQUARDT (2011)

<sup>224</sup> Vgl. FRIESE et al. (2014)

findet, wurde schon in mehreren Krankenhäusern festgestellt.<sup>225</sup> Eine aktuelle Evaluationsstudie zeigt außerdem, dass diese Maßnahme in wirtschaftlicher Hinsicht, im Verhältnis zu den erzielten positiven Effekten gesehen, relativ kostengünstig ist.<sup>226</sup>

### 4.3.3 Offene Punkte

#### *Visuelle Information*

Es stellt sich die Frage, wie eine auch für nicht an Demenz erkrankte Menschen angemessene Ästhetik des Orientierungssystems im ganzen Gebäude sowie innerhalb der Patientenzimmer geschaffen wird. Es ist außerdem zu bedenken, welche Konsequenzen die formalästhetische Gestaltung der Informationsträger für das Image der Klinik hat. Deren Design muss aufgrund der breiten Nutzergruppe neu gedacht werden.

#### *Multisensorik*

Für bettlägerige Patienten mit Demenz, die nicht zu einem gemeinsamen Mittagessen oder zu tagesstrukturierenden Angeboten mobilisiert werden können und deren Umwelterfahrung sich im Krankenhaus rein auf das Patientenzimmer begrenzt, werden Überlegungen zu anregenden und aktivierenden Gestaltungselementen sowie zur situativen Orientierung notwendig.

#### *Milieuthérapie – Wohnlichkeit und Personalisierung*

Für die Architektur ist zu klären, wie eine milieuthérapeutische Gestaltung Eingang in die Krankenhausarchitektur finden kann. Ob die durchgängige Umsetzung eines wohnlichen Charakters in einem Akutkrankenhaus, auch in Bezug auf die Vielfalt der Nutzergruppen, sinnvoll ist, ist kritisch zu hinterfragen. Das Ziel der Altenpflegeeinrichtungen den Bewohnern ein Gefühl von Geborgenheit und Häuslichkeit zu geben, korreliert nicht mit den Bestreben eines Akutkrankenhauses, medizinische Probleme der Patienten möglichst schnell zu lösen. Die Fragestellung, ob Menschen mit Demenz der Eindruck zu vermitteln ist, das Krankenhaus sei ein Zuhause und ob sich somit die aktuelle Problemsituation entschärfen lässt, ist aufgrund der spärlichen Studienlage derzeit nicht zu beantworten. Trotzdem sollte dem Bedürfnis von Menschen mit Demenz nach emotionaler Sicherheit und Vertrautheit auch oder besonders gerade in einer für sie extrem ungünstigen Umgebung Rechnung getragen werden.

Ein häuslicher Charakter könnte im Akutkrankenhaus insofern von Bedeutung sein, als dass sich demenzielle Patienten der Umgebung mehr öffnen und sich kooperativer in der Zusammenarbeit bei therapeutischen Maßnahmen und Behandlungen zeigen. Die positiven Auswirkungen einer wohnlichen Gestaltung in Akutkrankenhäusern, die in bereits umgesetzten Beispielen erzielt wurden, sind schwer einzuordnen,

---

<sup>225</sup> Vgl. BIGALKE, DETERT, ANGERHAUSEN (2006); PLENTER, ANGERHAUSEN (2012); WINGENFELD, STEINKE (2013)  
<sup>226</sup> Vgl. WINGENFELD, STEINKE (2013)

da in den Publikationen eine detaillierte Beschreibung des Studiendesigns und der Vorgehensweisen nicht vorliegt.<sup>227</sup> In ersten Untersuchungen der Fakultät für Architektur an der TU München wurde das Milieu vor allem durch den Einsatz innovativer Lichttechnologien verbessert.<sup>228</sup> Die durchgeführten Maßnahmen und erzielten Effekte sind in Anhang 1 näher dargestellt.

Zur Vermittlung der Situation könnte es andererseits im Bezug auf den Therapieerfolg wichtig sein, demenziellen Patienten bewusst zu machen, dass sie sich nur temporär aufgrund eines akuten somatischen Problems im Krankenhaus befinden. Eine durchweg wohnliche Atmosphäre könnte zu größerer Desorientierung und Verwirrtheit beitragen. Zudem lässt sich die benötigte technische und medizinische Ausstattung nicht gänzlich verstecken. Hinzu kommt, dass eine Personalisierung der Zimmer durch eigene Gegenstände, Möblierung oder Bilder, welche in Altenpflegeeinrichtungen häufig zum Einsatz kommt, aufgrund der kurzen Verweildauer und des zu betreibenden Aufwands in einem Krankenhaus kaum umsetzbar ist. Auch fehlt bei einer akuten Einlieferung die Zeit, Persönliches mitzunehmen. Weiterhin müssen die Anforderungen an die einfache Reinigung und Desinfektion eingehalten werden.

Denkbar wäre auch, dass das klassische Krankenhauszimmer in der Situation einer stationären Aufnahme den von Demenz betroffenen Patienten die Ablesbarkeit und Interpretation der räumlichen Umgebung erleichtert. Eventuell wird hier eine Behandlung eher akzeptiert als in einer „Wohnzimmeratmosphäre“. Die Wirkung der Gestaltung des Patientenzimmers auf die situative Orientierung und pflegerische Ergebnisse ist bislang unklar und daher zukünftig unbedingt wissenschaftlich zu untersuchen.

### *Rooming-In*

Für demenziell erkrankte Menschen sind Bezugspersonen von großer Bedeutung. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend empfiehlt deswegen Krankenhäuser zu verpflichten, Angehörige von Patienten mit Demenz, falls der Wunsch besteht, mitaufzunehmen.<sup>229</sup> Häufig bietet das sogenannte Rooming-In an, gemeinsam in einem Doppelzimmer zu übernachten.<sup>230</sup> Dadurch ergeben sich neue Anforderungen an die Raumgrößen und die Ausstattung von Einzel- oder Doppelzimmern, was sich auch ökonomisch für Akutkrankenhäuser bemerkbar machen wird. Hier sind neue Ansätze zur Umsetzbarkeit auch im Hinblick auf die begrenzten Stationsgrößen erforderlich. Mit Rücksicht auf die Belastung des Personals ist die Anwesenheit bekannter Personen jedoch sinnvoll. Nicht immer ist allerdings eine so intensive Begleitung gewünscht. Für Familienmitglieder, die oftmals durch die Pflege und Betreuung ihrer demenziell erkrankten Familienmitglieder großen psychischen und auch körperlichen Belastungen ausgesetzt sind, könnte ein gemeinsamer Krankenhausaufenthalt in einer solch engen Form der Begleitung gleichermaßen aufreibend und kräftezehrend sein.

Vertraute Abläufe sollten in der Pflege von Menschen mit Demenz nicht unterbrochen werden. Die Art der Übernachtungsmöglichkeit sollte daher Raum für die persönlichen Gewohnheiten lassen. Schläft beispielsweise die pflegende Person normalerweise nicht mit dem Patienten in einem Raum, könnte

---

<sup>227</sup> Vgl. WALLER, MASTERSON, FINN (2013); BIGALKE, DETERT, ANGERHAUSEN (2006)

<sup>228</sup> Vgl. DIETZ, LBA Krankenhausbau (o.J.)

<sup>229</sup> Vgl. BMFFSFJ (2002)

<sup>230</sup> Vgl. <http://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/rooming-in-fuer-angehoerige.html> (Zugriff am 28.05.2014)

eine gemeinsame Unterbringung zusätzlich Stress auslösen. Daher ist denkbar, dass Konzepte neben der Unterbringung Angehöriger in Doppelzimmern an Bedeutung gewinnen.

#### *Kaschierte Türen*

#### *Visuelle Barrieren*

Unauffällig gestaltete Türen zu Technik- oder Arbeitsräumen bzw. patientenirrelevanten Bereichen, die der ausschließlichen Nutzung des Personals dienen, erzeugen auch in einer Klinikumgebung keinen Aufforderungscharakter. Hierbei ist aber wiederum die breite Nutzergruppe zu berücksichtigen, denn auch für kognitiv gesunde Nutzer oder Menschen mit Seheinschränkungen könnten durch kaschierte Türen Schwierigkeiten beim Auffinden von Ausgängen entstehen. Gleiches gilt für visuelle Barrieren. Die Konsequenzen für Brand- oder Katastrophenfälle sind unbedingt abzuschätzen. Möglicherweise werden spezielle Konzepte zur Evakuierung von Stationen mit versteckten Türen nötig.

## 4.4 Zusammenfassung

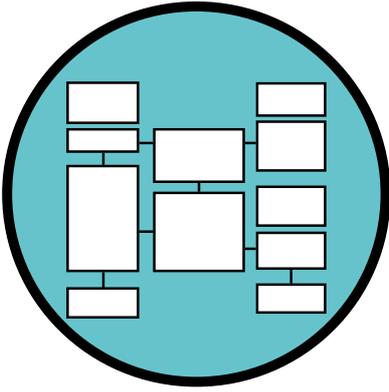
Die Erkenntnisse zu einer demenzsensiblen Architektur in Pflegeeinrichtungen haben gezeigt, dass eine segregative Betreuung und kleine Gruppengrößen vielfache positive Resultate erzielen. Wichtig ist hierbei, dass die Bewohner die sozialen Interaktionen individuell bestimmen können. Eine einfache Grundriss- und Erschließungsstruktur mit Sichtbeziehungen und Referenzpunkten beeinflusst die Orientierungsfähigkeit entscheidend. Zudem sind visuelle Informationen, die schriftliche und bildhafte Hinweise enthalten hilfreich. Die Ergebnisse der Studien zum Einfluss von Farbe sind nicht eindeutig. Hohe Lichtstärken, Lichttherapie und circadiane Beleuchtungssysteme hingegen sind für Menschen mit Demenz bewiesenermaßen vorteilhaft. Die Bewohner profitieren von einem häuslichen, nicht-institutionellen Charakter mit Möglichkeiten zur Personalisierung der Bewohnerzimmer sowie von multisensorischer Stimulation. Eine demenzsensible Architektur beeinflusst also Wohlbefinden, Verhalten, Orientierung, soziale Fähigkeiten und pflegerische Ergebnisse positiv. Gestalterische Maßnahmen scheinen jedoch auf kognitive Fähigkeiten kaum Einfluss zu nehmen. Viele Aspekte, wie die Schaffung von Spezialstationen und kleinen Stationseinheiten oder visuelle Informationen sind auf die Krankenhausarchitektur übertragbar. Die Grenzen zeigen sich in der Umsetzung milieuthérapeutischer Ansätze, die eine häusliche Atmosphäre empfehlen.



## 5 Kriterienkatalog - Demenzsensible Gestaltung von Akutkrankenhäusern

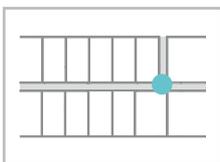
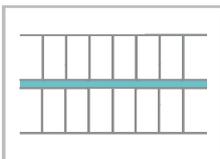
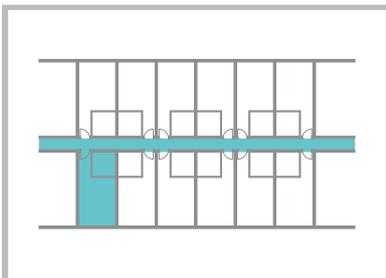
Dieser Kriterienkatalog ist ein anwendbares Planungswerkzeug für die demenzsensible Gestaltung von Akutkrankenhäusern. Er fasst die auf die Krankenhausarchitektur übertragbaren und modifizierbaren Planungsempfehlungen zu stationären Altenpflegeeinrichtungen zusammen. Weiterhin fließen die aus der Analyse international realisierter Konzepte gewonnenen Erkenntnisse in Anhang 1 sowie das Interview mit dem Pflegepersonal des Diakonissenkrankenhauses Dresden in Anhang 2 mit ein.

Anforderung	Bauliche Umsetzung
Selbstverwirklichung, Autonomie und Unabhängigkeit	Sichere Umwelt und Barrierefreiheit
Orientierung (örtlich, zeitlich, persönlich)	Anker- und Referenzpunkte Einfache Grundrissstrukturen Sichtbeziehungen
Vertrautheit (Tagesstruktur, Personen, Orte)	Gemeinschaftsbereiche Kleinteilige Strukturen
Privatheit	Zonierung im Patientenzimmer
Naturerleben	Sicherer Zugang zu Außenräumen Geschützte Außenbereiche Blickbeziehungen
Verstehen der Umwelt	Ablesbare Funktion der Räume
Beschäftigung und Aktivität	Therapie- und Gemeinschaftsräume Gestaltete Flurbereiche
Gemeinschaft und Zugehörigkeit	Raum für gemeinsame Mahlzeiten Therapie- und Gemeinschaftsräume
Bezugspersonen	Rooming-In für Angehörige Gliederung großer Stationen
Emotionale Sicherheit	Nicht-institutioneller Charakter Gemeinschaftsbereiche
Physische Sicherheit	Barrierefreiheit Ausschaltung von Gefahrenquellen



## 5.1 Räumliche Organisation

Bei einer demenzsensiblen Raumorganisation ist die Entscheidung zu treffen, ob es eine Spezialstation für Patienten mit Demenz geben soll. Die Gestaltung der Raumstrukturen von Stationen sollte neben dem Aspekt der Angehörigenübernachtung auch die Einrichtung von gemeinschaftlich genutzten Bereichen berücksichtigen.



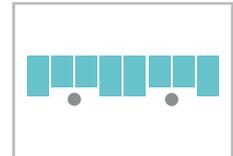
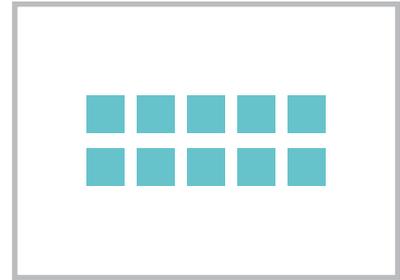
### GRUNDRISSTRUKTUR UND ERSCHLIESSUNG

Ob sich Menschen mit Demenz in einem Gebäude zurechtfinden, hängt zu einem nicht geringen Teil von der Planung der räumlichen Struktur und der Erschließung ab. Geradlinige Flure, die Referenzpunkte an Richtungswechseln vorhalten, leiten die Patienten und erhöhen die Orientierung. Lange, unübersichtliche Erschließungswege oder Sackgassen sind nach Möglichkeit zu vermeiden. In Bestandsituationen gilt es bei komplexen Erschließungsstrukturen und Richtungswechseln dort einprägsame Punkte zu schaffen. Neben der visuellen Aufnahme ist auch ein taktiles Erfassen dieser Referenzpunkte beispielsweise über Objekte am Handlauf für Patienten mit eingeschränktem Sehvermögen von Bedeutung.

→ Beispiel 6.2.3 Spezialstation

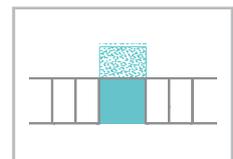
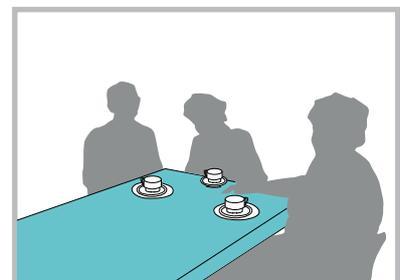
## KLEINE EINHEITEN

Die Ausbildung von Untereinheiten ermöglicht die Gliederung großer Stationen. Ein Arbeitsplatz versorgt dabei eine geringe Anzahl an Patienten (denkbar wäre eine Anzahl zwischen 6 und 8) und verfügt über alle wichtigen Utensilien zur Pflegedokumentation und Versorgung. Ein Handwaschbecken und sicherer Stau- und Lagerraum für Dokumente und Pflegematerialien sind in die Planung miteinzubeziehen.

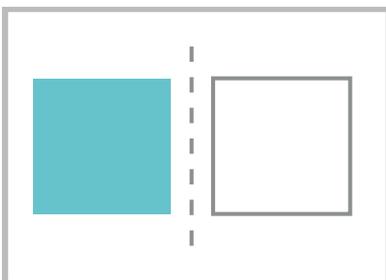
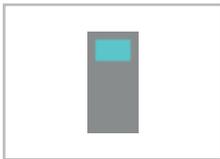


## GEMEINSCHAFTSBEREICHE

Damit Aufenthalts- und Essbereiche als Ankerpunkte funktionieren ist eine zentrale Lage auf der Station vorteilhaft. Der Stationsausgang sollte für die Patienten von dort aus nicht direkt sichtbar sein. Eine Toilette im Blickfeld ist hingegen günstig. Die räumliche Nähe zum Schwesternstützpunkt ist für das Personal sowie die Patienten wichtig. Bereiche für gemeinsame Mahlzeiten können ein Teil des Aufenthaltsbereichs sein. Ausstattungselemente zonieren dabei den Ess- und Gemeinschaftsraum. Ein nicht-institutioneller Charakter wird über die Ausstattung und Möblierung, Materialität, Größe oder über den direkten Zugang zu einem geschützten Freibereich erreicht. Besteht keine Möglichkeit zur direkten Angliederung eines Außenbereichs bieten traditionelle Fensterformate den Ausblick in die Natur. Diese sind großen Glasfassaden vorzuziehen, um gewohnte räumliche Situationen entstehen zu lassen. Geschirr in traditionellem Design, welches sich kontrastreich von der Tischoberfläche abhebt, ist gut wahrnehmbar. Ein Kalender oder eine große Uhr fungieren als Orientierungsgeber. Tagesbetreuungsräume sind ein wichtiger erster Schritt zu einer besseren Versorgung. Sie sollten von Stationen mit einem hohen Anteil demenzerkrankter Patienten leicht erreichbar sein.



→ Beispiel 6.2.3 Spezialstation



## ROOMING-IN

Die Rolle der Angehörigen ist als Bezugspersonen für die Betroffenen und als Vermittler patientenbezogener Informationen für das Krankenhaus wichtig. Um mit im Patientenzimmer zu übernachten, ist der Raumbedarf für Schlafsofas oder zusätzliche Betten zu dimensionieren. Ein eigener kleiner Angehörigenbereich mit einem Aufenthaltsraum könnte direkt an Stationen, die eine hohe Anzahl demenzieller Patienten medizinisch versorgen, angegliedert sein. Bei großen Krankenhauskomplexen oder Spezialkliniken können externe Appartements auf dem Gelände zur Vermeidung langer Anfahrtswege sinnvoll sein. Wenn pflegende Angehörige akut in ein Krankenhaus aufgenommen werden müssen, kann in Fällen, in denen keine intensive medizinische Versorgung nötig ist, das Angebot gemeinsamer Übernachtungsmöglichkeiten für einen kurzen Zeitraum die gewohnten Strukturen aufrechterhalten.

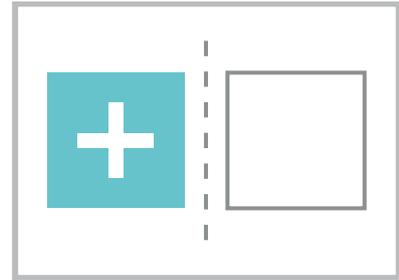
## SPEZIALSTATION

Der Zugang in eine auf die Versorgung von demenziell erkrankten Patienten ausgerichtete Spezialstation sollte offen gestaltet sein. Visuelle Barrieren oder eine kaschierte Ausgangstür hindern die Patienten am Verlassen der Station. Die Gruppengröße sollte 12 Bettplätze nicht überschreiten. Um vertraute Tagesstrukturen zu schaffen eignet sich die Einrichtung zentraler, gemeinsam nutzbarer Ess- und Aufenthaltsbereiche oder Räumlichkeiten für therapeutische Angebote. Der sichere Zugang zu einem geschützten Außenraum gliedert sich idealerweise an den gemeinschaftlich genutzten Bereich an. Eine nicht-institutionelle Atmosphäre erzeugt einen beschützenden Rahmen. Möglichkeiten hierzu werden in 6.4 Milieutherapeutische Gestaltung vorgestellt. Um Durchgangsverkehr zu vermeiden und eine ruhige Geräuschkulisse zu gewährleisten, ist eine räumliche Verortung der Station zwischen mehreren Funktionsstellen zu vermeiden. Günstig ist eine Lage in der Nähe von Stationen mit einem hohen Anteil demenziell erkrankter Patienten.

→ Beispiel 6.2.3 Spezialstation

## SPEZIALBEREICH IN NOTAUFNAHME

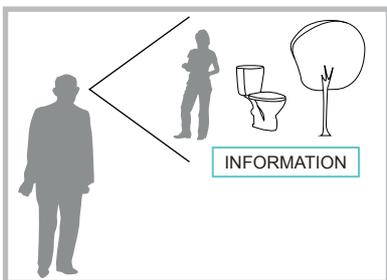
In großen Notaufnahmen schaffen räumlich abgetrennte, kleinere Spezialbereiche zur Akutversorgung für ältere Menschen eine ruhigere Umgebung. Die Aspekte der direkten Sichtbeziehungen sind auch hier zu beachten. Platz für persönliche Gegenstände, die während der Versorgung oder des Wartens in Sichtweite zur Behandlungsliege abgelegt werden können, vermittelt emotionale Sicherheit. Um die räumliche Nähe von Bezugspersonen zu gewährleisten ist auch hier ein kleiner Wartebereich von Vorteil.





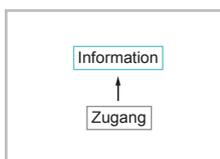
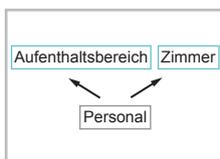
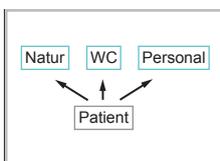
## 5.2 Orientierung

Eine gute Orientierung zu gewährleisten ist von zentraler Bedeutung. Nicht nur Menschen mit Demenz können sich so in der fremden Krankenhausumgebung besser zurechtfinden. Die Orientierungsfähigkeit ist ein hohes Gut, da dadurch die Eigenständigkeit und Verhaltensweisen positiv beeinflusst werden und ein gutes Zurechtfinden somit auch im Hinblick auf die Entlastung der Mitarbeiter und bezüglich wirtschaftlicher Aspekte für Akutkrankenhäuser relevant wird.



### DIREKTE SICHTBEZIEHUNGEN

Orte von zentraler Bedeutung sollten im direkten Sichtbereich liegen. Für die Patienten sind besonders die Toiletten, der Schwesternstützpunkt und die Rezeption wichtig. An Informationspunkten sollte das Personal für wartende Besucher und Patienten durch einen niedrigen Tresen gut sichtbar sein. Im Patientenzimmer unterstützen der Ausblick in die Natur und der Tageslichtverlauf die zeitliche Orientierung. Hierbei ist auf eine niedrige Brüstungshöhe von 60cm zu achten. Eine vom Patientenbett aus einsehbare Tür zum Badezimmer ist hilfreich für dessen selbstständige Nutzung. Die Mitarbeiter benötigen einen guten Überblick über die Station. Nischen in Fluren, die Platz für Mobilitätshilfen oder Getränkewagen bieten, halten diese übersichtlich. Im Eingangsbereich erleichtern sofort gut erkennbare Hinweisträger und Informationspunkte die Wegfindung von Anfang an.



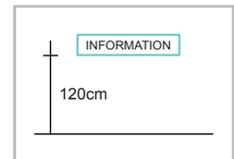
- Beispiel 6.2.1 Eingangsbereich
- Beispiel 6.2.2 Notaufnahme
- Beispiel 6.2.3 Spezialstation

## VISUELLE INFORMATION

Visuelle Informationen sollten sich deutlich von ihrem Hintergrund abheben, kontrastreich gestaltet sein und ausreichend große schriftliche sowie symbolische Hinweise enthalten. Einfach gestaltete Piktogramme und Symbole stellen bildhafte Informationsgeber dar. Blendungen oder Spiegelungen auf Hinweisträgern sind durch eine geeignete Materialwahl zu vermeiden. Eine niedrige Anbringung (Unterkante der Beschilderung auf 1,20m über der Oberkante des Fußbodens) ist aufgrund des geneigten Blickfeldes zu beachten. Pläne als Leitsystem sind für Demenzerkrankte nicht mehr geeignet. Das Anbringen der nur wirklich relevanten Hinweise beugt einem Überschuss an Informationen und damit Reizüberflutung und Desorientierung vor. Es ist hilfreich, wenn Informationen direkt an den Türen bzw. Räumen, auf die sie sich beziehen, angebracht werden. Im Wartebereich fördert eine analoge und gut wahrnehmbare Uhr die zeitliche Orientierung.

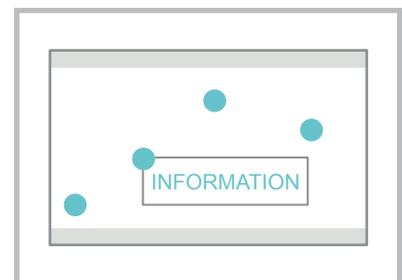
→ Beispiel 6.2.1 Eingangsbereich

→ Beispiel 6.2.2 Notaufnahme



## PERSÖNLICHE INFORMATIONSTAFEL

Magnetische oder wiederbeschreibbare Tafeln, die für die Patienten wichtige Informationen zu Ort und Zeit, zur Person und zum zuständigen Pflegepersonal enthalten, sollten gut sichtbar seitlich oder gegenüber dem Patientenbett aufgehängt werden. Ein sich im Sichtfeld befindlicher Kalender oder eine analoge Uhr geben auch hier Sicherheit bezüglich der zeitlichen Orientierung. Informationen über den Patienten (z.B. Demenzdiagnose, Schwerhörigkeit, spezielle Bedürfnisse, etc.) sind für das wechselnde Personal hilfreich. Eine Anbringung ist am Fußende oder an der Wand hinter dem Patientenbett denkbar.



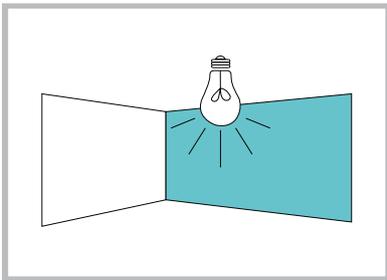


## AUFFINDBARKEIT

Signifikante Orte oder Räume wie beispielsweise der Eingang zum Krankenhaus, das Patientenzimmer oder die Rezeption sollen leicht auffindbar und eindeutig gestaltet sein. Baulich hebt eine farbliche, kontrastreiche Akzentuierung der Wand, der Türrahmen, -blätter und -klinken Räume hervor. Eine gute Beleuchtung erhöht zudem die Wahrnehmbarkeit. Erinnerungsobjekte oder -kästchen neben der Tür zum Patientenzimmer unterstützen das Auffinden des richtigen Raumes. Angebrachte große Zimmernummern, die sich farblich gut von der Wand oder Tür abheben, sind weiterhin hilfreich. Um beim Öffnen der Tür das Zimmer direkt zu erkennen sollte der Bettplatz personalisiert und vom Eingang aus gut sichtbar sein. Um die Bettplätze voneinander zu differenzieren und Personalisierung zu ermöglichen, sind direkt am und/oder gegenüber des Bettplatzes angebrachte Orientierungshilfen wichtig. Objekte, Bilder oder Informationstafeln stellen geeignete Mittel dar.

→ Beispiel 6.2.1 Eingangsbereich

→ Beispiel 6.2.2 Notaufnahme



## FARBE UND LICHT

Die Garderobe, der Schrank und der persönliche Bereich im Badezimmer sollten für den Patienten klar zu seinem Bettplatz zuzuordnen sein. Farbliche Codierungen oder gut lesbare und sich von Hintergrund abhebende Etiketten sind möglich.

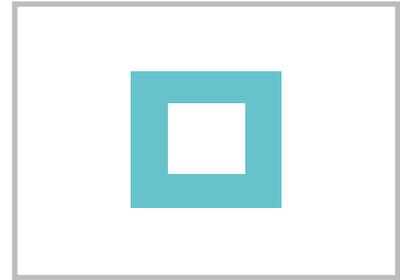
Eine gestaffelte Beleuchtung in Übergangsbereichen vom Außen- in den Innenraum unterstützt die Orientierung in einem unbekanntem Gebäude von Beginn an. Eingesetzte Nachtbeleuchtung hilft im Patientenzimmer den Fußboden besser wahrzunehmen und erleichtert so nachtaktiven Patienten die Orientierung. Bei der Beleuchtung von Flurenden ist darauf zu achten, dass diese nicht die am hellsten ausgeleuchteten Punkte der Erschließung darstellen und so eine große Anziehungskraft ausstrahlen. Außerdem reduziert sich dadurch die oftmals entstehende „Tunnelwirkung“ von Gängen. Circadiane Beleuchtungssysteme im Patientenzimmer verbessern den Tag-Nacht-Rhythmus.

## KONTRASTE

Generell sollten sich alle für die Benutzer relevanten Gegenstände oder Bereiche durch eine kontrastreiche Gestaltung klar von ihrem Hintergrund abheben. Eine gute Beleuchtung betont diese zusätzlich. Im Patientenbad ist darauf zu achten, dass sich die Sanitärausstattung von der Wand und dem Fußboden abhebt. Auch Halte- und Stützgriffe sind hierbei mit einzubeziehen. Ein farbiger Toilettensitz ist für Patienten mit eingeschränkter Sehfähigkeit besser erkennbar. Eine differenzierte farbliche Gestaltung von Wand, Boden und Decke unterstützt die räumliche Wahrnehmung und damit auch die Orientierung.

→ Beispiel 6.2.1 Eingangsbereich

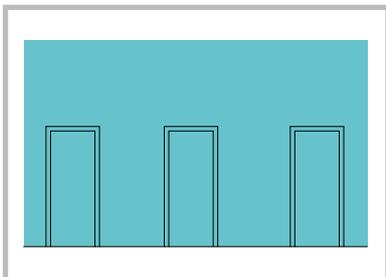
→ Beispiel 6.2.2 Notaufnahme





### 5.3 Sicherheit

Die erhöhte Sturzgefahr von Patienten mit Demenz macht deutlich, dass im Hinblick auf deren physische Sicherheit auch die Architektur einen Beitrag leisten muss. Es gilt zudem weitere Gefahrenquellen auszuschalten.



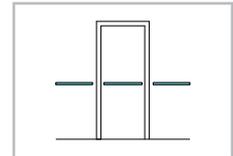
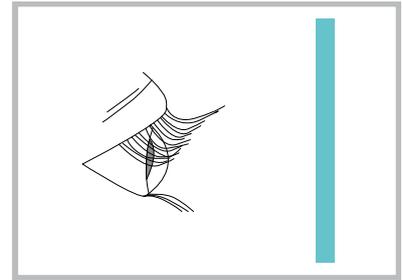
#### KASCHIERTE TÜREN

Unauffällig gestaltete Türen zu Arbeits-, Lager- oder Technikräumen verhindern ein Verirren der Patienten in diese Bereiche und verringern somit das Gefahrenpotential. Im Farbton der Wand gehaltene Türrahmen und -blätter oder darauf angebrachte große Bilder sind denkbar. Seitlich zur Laufrichtung angeordnete Ausgänge entziehen sich der Aufmerksamkeit. Ausgangsbereiche der Station sollten für kognitiv nicht demenziell erkrankte Menschen trotzdem gut wahrnehmbar sein. Besonders bei Fluchttüren ist auf eine eindeutige Kennzeichnung zu achten.

→ Beispiel 6.2.1 Eingangsbereich

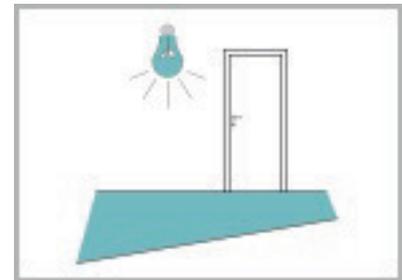
## VISUELLE BARRIEREN

Handläufe, die über nicht zu nutzende Räume hinwegführen, eignen sich auch im Krankenhaus als visuelle Barrieren. Angebrachte Stoppschilder an Ausgangstüren oder das Verlassen von Bereichen über die Eingabe eines Codes sind eher für Spezialstationen geeignet.



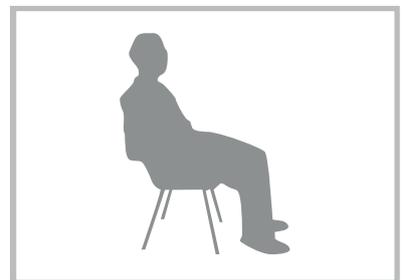
## BODENBELAG UND BELEUCHTUNG

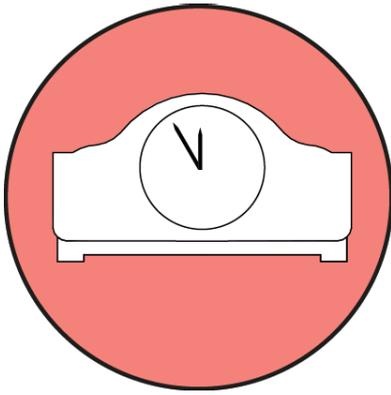
Flurbereiche in Krankenhäusern vermitteln oft den Eindruck eines langen Tunnels. Spiegelnde oder intensiv gemusterte Bodenbeläge sind in diesem Zusammenhang zu vermeiden. Von der Planung stark kontrastierender, im Farbton unterschiedlicher Flächen des Bodenbelags ist abzusehen, da diese durch die geschwächte Tiefenwahrnehmung demenzerkrankter Menschen als Abgründe oder Stufen erscheinen können. Durch eine ungleichmäßige Beleuchtung können sich Lichtinseln am Boden bilden, welche ebenfalls die Sturzgefahr erhöhen. Daher ist auf einen durchgehend gleichen Bodenbelag und eine gleichmäßige Beleuchtung zu achten.



## ERGONOMIE

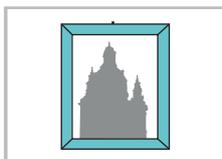
Um alterskorrelierte Einschränkungen der Mobilität auszugleichen, ist die Ausstattung der Flur- oder Aufenthaltsbereiche mit in der Sitzfläche erhöhten Sitzgelegenheiten sinnvoll. Ebenso sind im Patientenzimmer höher ausgeführte Toiletensitze zu empfehlen. Der Weg vom Patientenbett zum Badezimmer sollte kurz sein und durch kontrastreich gestaltete Handläufe Sicherheit bieten.





## 5.4 Milieutherapeutische Gestaltung

Die Übertragbarkeit einer milieutheraeutisch gestalteten Umwelt auf die Krankenhausarchitektur ist nicht uneingeschränkt möglich. Dennoch wird durch gestalterische Eingriffe und Maßnahmen den Bedürfnissen nach emotionaler Sicherheit und Gemeinschaft nachgekommen.



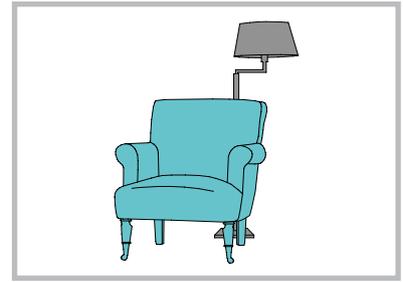
### THEMATISCHES LEITBILD

Ein thematisches Leitbild ermöglicht eine unterschiedliche Gestaltung der Stationen. Bilder oder Objekte mit regionalem Bezug, die einer breiten Patientengruppe vertraut sind, fungieren als Erinnerungsstützen, Orientierungshilfen und anregende Gestaltungsmittel. Auch der Aspekt der Personalisierung von Patientenzimmern bzw. Bettplätzen über Erinnerungskästchen oder Bilder ist so auf Akutkrankenhäuser besser übertragbar.

→ Beispiel 6.2.1 Eingangsbereich

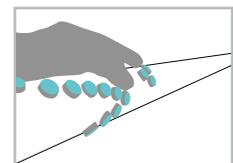
## WOHNLICHER CHARAKTER

Die oftmals nüchtern erlebten Flurbereiche könnten mehr als Aktivitäten fördernde „Erlebniszone“ gesehen werden. Ausstattungselemente wie verschiedenartige, bequeme Sitzgelegenheiten, die zum Lesen, Rasten und Beobachten einladen lassen einen größeren Grad an Wohnlichkeit zu. Farblich gestaltete Wände oder klare, einfache Bildern heben Monotonie und Reizarmut auf. Ein Übermaß an Maßnahmen führt allerdings zu Reizüberflutung. Im Hinblick auf eine nicht-institutionelle Atmosphäre sollte auch der sichere und frei erreichbare Zugang zum Außenraum in der Krankenhausplanung Beachtung finden. Gemeinschaftsräume mindern ein institutionelles Erscheinungs- und Wahrnehmungsbild. Der Einsatz von Vinylböden in Holzoptik ist auch im Krankenhaus realisierbar. Weiterhin gibt es Teppichböden, die den Anforderungen hinsichtlich Reinigung, Desinfektion, Hygiene und Rolleneignung bei der Benutzung von Betten oder Rollstühlen gerecht werden.

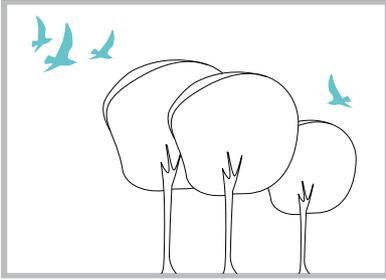


## MULTISENSORIK

Um die verschiedenen Sinne anzuregen ist die Einrichtung von Therapier- oder Tagesbetreuungsräumen auf den Stationen ein Lösungsansatz. Hier nehmen aktive demenzerkrankte Patienten anregende Betreuungsangebote oder tagesstrukturierte Beschäftigungsmöglichkeiten wahr und entgehen somit Untätigkeit und Langeweile. Gemeinsame zentrale Essbereiche regen den Geruchssinn an und fördern außerdem soziale Kontakte und Kommunikation. Für ein haptisches Sinneserlebnis eignen sich Handläufe mit teilweise auch beweglichen Tastobjekten. Ausblicke in die Natur geben visuelle Reize. Insbesondere in Patientenzimmern oder auch in Bereichen der Notaufnahme ist die Deckengestaltung, beispielsweise mittels bedruckter Lichtdecken, zu berücksichtigen.



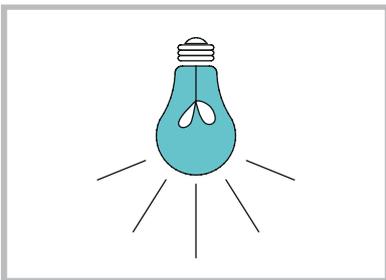
- Beispiel 6.2.2 Notaufnahme
- Beispiel 6.2.3 Spezialstation



## FREIBEREICHE

Auch ein Aufenthalt im Freien regt alle Sinne an. Daher ist die Planung von barrierefrei zugänglichen und sicheren (Dach-) Terrassen, Balkonen oder Gärten von großer Bedeutung. Die Dachbegrünung von umliegenden Gebäuden kann die Aussicht in städtischen Gebieten verbessern.

→ Beispiel 6.2.3 Spezialstation



## LICHT

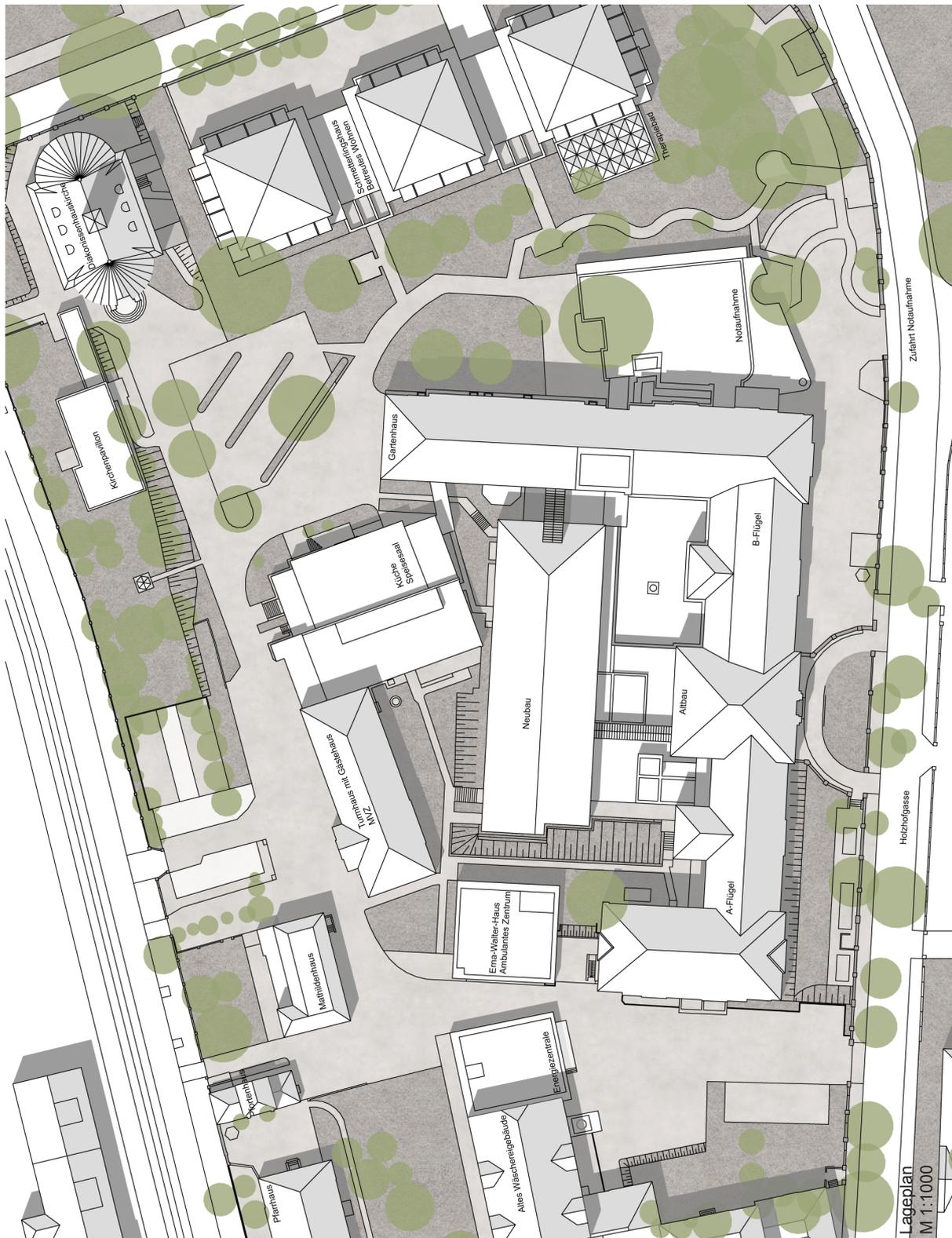
Eine zentrale Flurbeleuchtung ist, um dem Entstehen von visuellem Unbehagen bei liegend transportierten Patienten vorzubeugen, zu vermeiden. Daher sollten Gänge gleichmäßig mit guten Beleuchtungsstärken versorgt werden.

## 5.5 Zusammenfassung

In Kapitel 5 wurden Planungskriterien zur demenzsensiblen Gestaltung von Akutkrankenhäusern auf der Basis der in Kapitel 4.2 geschilderten Erkenntnisse zur Planung von Pflegeeinrichtungen, der Diskussion zur Übertragbarkeit in Kapitel 4.3 und der Analyse internationaler Beispiele in Anhang 1 erstellt. Diese sind in die vier Kategorien Orientierung, räumliche Organisation, Sicherheit und milieutherapeutische Gestaltung eingeteilt. Orientierungshilfen wie eine einfache Grundrissstruktur mit Referenzpunkten an Entscheidungssituationen erleichtern die Wegfindung. Für die Patienten und das Personal sind direkte Sichtbeziehungen zu relevanten Bereichen wichtig. Um die Auffindbarkeit von wichtigen Orten zu gewährleisten sollten sich diese gestalterisch von ihrer Umgebung unterscheiden, gut beleuchtet und eindeutig ausgebildet sein. Untereinheiten gliedern große Stationen. Spezialstationen oder Spezialbereiche in großen Notaufnahmen schaffen eine ruhigere Atmosphäre und lassen eine bessere Befriedigung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus zu. Besonders Gemeinschaftsbereichen sollte in Krankenhäusern eine größere Bedeutung zukommen, da demenziell veränderte Menschen so Langeweile und Untätigkeit entgehen können und dort sensorische Reize erfahren. Ein durchgängig gleicher Bodenbelag und eine gleichmäßige Beleuchtung mit guten Beleuchtungsstärken sind im Hinblick auf die Sturzgefahr zu beachten. Kaschierte Türen und Handläufe, die über patientenirrelevante Bereiche hinwegführen entziehen sich der Aufmerksamkeit. Flurbereiche lassen eine wohnlichere Atmosphäre zu. Im Hinblick auf multisensorische Stimulation ist die Planung eines geschützten Freibereichs oder (Dach-)Terrassen bzw. Balkonen sinnvoll.



## 6 Fallbeispiel - Anwendung der Kriterien am Diakonissenkrankenhaus Dresden





Das Diakonissenkrankenhaus Dresden ist ein onkologisch ausgerichtetes Krankenhaus. Derzeit beläuft sich die Prävalenz der gesicherten Demenzdiagnosen auf 4%. Die Anzahl der demenziell erkrankten Patienten verteilt sich aber nicht homogen auf das ganze Krankenhaus. So gibt es teilweise Stationen, auf denen 12% der Patienten von Demenz betroffen sind.<sup>231</sup>

Aktuell bietet das Diakonissenkrankenhaus Platz für 230 Betten. In Gesprächen mit den Mitarbeitern des Krankenhauses zeigen sich mehrere Problemfelder im Zusammenhang mit der Architektur. Die große Anzahl an Drei- und Vierbettzimmern ist besonders für die Patienten belastend. Zudem ist dieser Umstand insbesondere bei Infektionsgefahren problematisch, sodass zum Teil zu Isolationszwecken Bettplätze gesperrt werden müssen. Außerhalb der Patientenzimmer bietet das Krankenhaus derzeit wenig Aufenthaltsqualität, manche Stationen halten aktuell überhaupt keine Aufenthaltsbereiche für Patienten und Angehörige vor. Auch an einem durchgängigen Farb- und Orientierungskonzept mangelt es im Augenblick.<sup>232</sup>

Auf den nachfolgenden Seiten werden die verschiedenen Grundrissebenen des Bestandsgebäudes sowie der für eine Spezialstation und Stationserweiterungen neu geplante Anbau im Norden den Funktionsbereichen nach DIN 13080 (Gliederung des Krankenhauses in Funktionsbereiche und Funktionsstellen) zugeordnet.

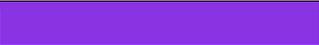
Schlüsselnummer	Funktionsbereich	Farbkennzeichnung
1.00	Untersuchung und Behandlung	
2.00	Pflege	
3.00	Verwaltung	
4.00	Ver- und Entsorgung	
5.00	Soziale Dienste	
6.00	Forschung und Lehre	
7.00	Sonstiges	
-	Betriebstechnische Anlagen (Funktionsfläche)	
-	Verkehrerschließung und –sicherung (Verkehrsfläche)	Keine Kennzeichnung

Abbildung 4. Legende zur Farbkennzeichnung der Nutzflächen und der Funktionsfläche DIN 13080<sup>233</sup>

Es folgt eine Untersuchung zu aktuellen Problemfeldern der Raumgestaltung bezüglich einer demenzsensiblen Architektur. Nachfolgend werden auf allen Geschossen nur einzelne Beispiele herausgegriffen und erste Lösungsansätze mithilfe der vier übergeordneten Planungskriterien *Orientierung*, *Sicherheit*, *räumliche Organisation* und *milieuthérapeutische Gestaltung* aus dem erarbeiteten Kriterienkatalog dargestellt. Das Interview mit der Leitung einer Station der Inneren Medizin (siehe Anhang 2) ist wichtige Grundlage für die Kapitel 6.1.3 *Überlegungen zur Stationsgestaltung* und 6.1.4 *Überlegungen zum Patientenzimmer*.

Die Kapitel 6.2.1 *Anpassung des Eingangsbereichs* und 6.2.2 *Anpassung der Notaufnahme* befassen sich intensiver und konkreter mit der Umsetzung einer demenzsensiblen Architektur am Beispiel des Diakonissenkrankenhauses Dresden. Kapitel 6.2.3 behandelt die Einrichtung einer Spezialstation für demenziell erkrankte Patienten.

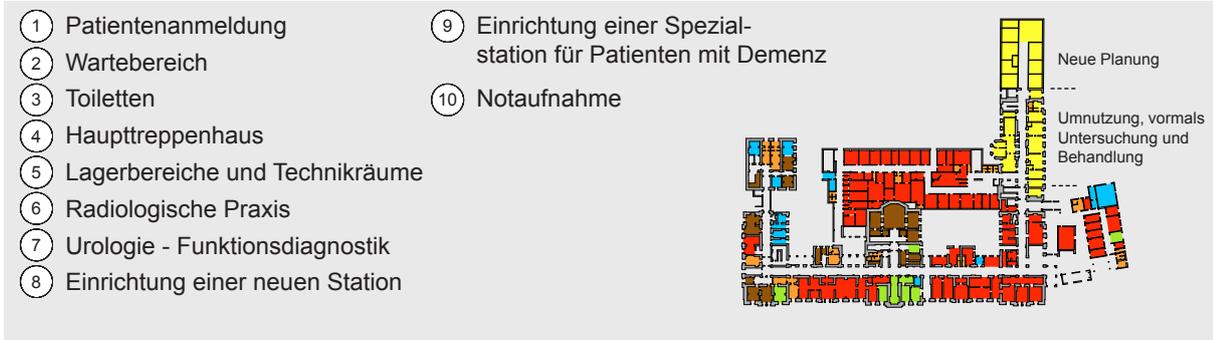
<sup>231</sup> Vgl. JUNGE (2014)

<sup>232</sup> Vgl. DUNGER (2014); KADEN (2014)

<sup>233</sup> Eigene Darstellung nach DIN 13080

## 6.1 Problemfelder und erste Lösungsansätze

### 6.1.1 Beispielhafte Maßnahmen in Ebene 0



## Ausgewählte Lösungsansätze:



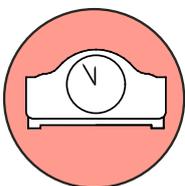
### ORIENTIERUNG    Direkte Sichtbeziehungen | Visuelle Information | Auffindbarkeit

Derzeit ist die Sichtbeziehung für wartende Patienten zur Anmeldung ① und zu den Toiletten ③ durch den geschlossenen Wartebereich ② gestört. Dieser könnte offen gestaltet sein. Am Haupttreppenhaus ④ ist eine eindeutige und kontrastreiche Beschilderung mit den Informationen zu den sich auf dieser Ebenen befindenden Bereichen nötig, um ein lückenloses Leit- und Orientierungssystem zu erreichen. Der Weg zur radiologischen Praxis ⑥ ist durch eine komplexe Grundrissstruktur erschwert. Ein einprägsamer Referenzpunkt an der Wand des Aufzugsschachts erleichtert die Orientierung. Ein großes Bild, das dem thematischen Leitbild entspricht, ist eine Möglichkeit. An dieser Stelle ist es weiterhin wichtig, den Weg zur Notaufnahme ⑨ und zur neu eingerichteten Station ⑦ gut auszuschildern. Die einzelnen Behandlungsräume sind zur besseren Auffindbarkeit durch farblich unterschiedliche Türrahmen- oder Türblätter hervorzuheben. Gleiches trifft für die Toiletten ③ zu, die zusätzlich ein Schild mit schriftlicher und bildhafter Information erhalten.



### SICHERHEIT    Kaschierte Türen

Die Türen zum zentral gelegenen Lagerbereich und den Technikräumen ⑤ im westlichen Flügel sind in der Farbe der Wand gehalten, entziehen sich somit der Aufmerksamkeit und reduzieren die Gefahr des Betretens durch demenzerkrankte Patienten. Ebenso ist die Tür zur Brandmeldezentrale, die sich direkt neben der Anmeldung ① befindet, unauffällig zu gestalten.



### MILIEUTHERAPEUTISCHE GESTALTUNG    Multisensorik | Thematisches Leitbild

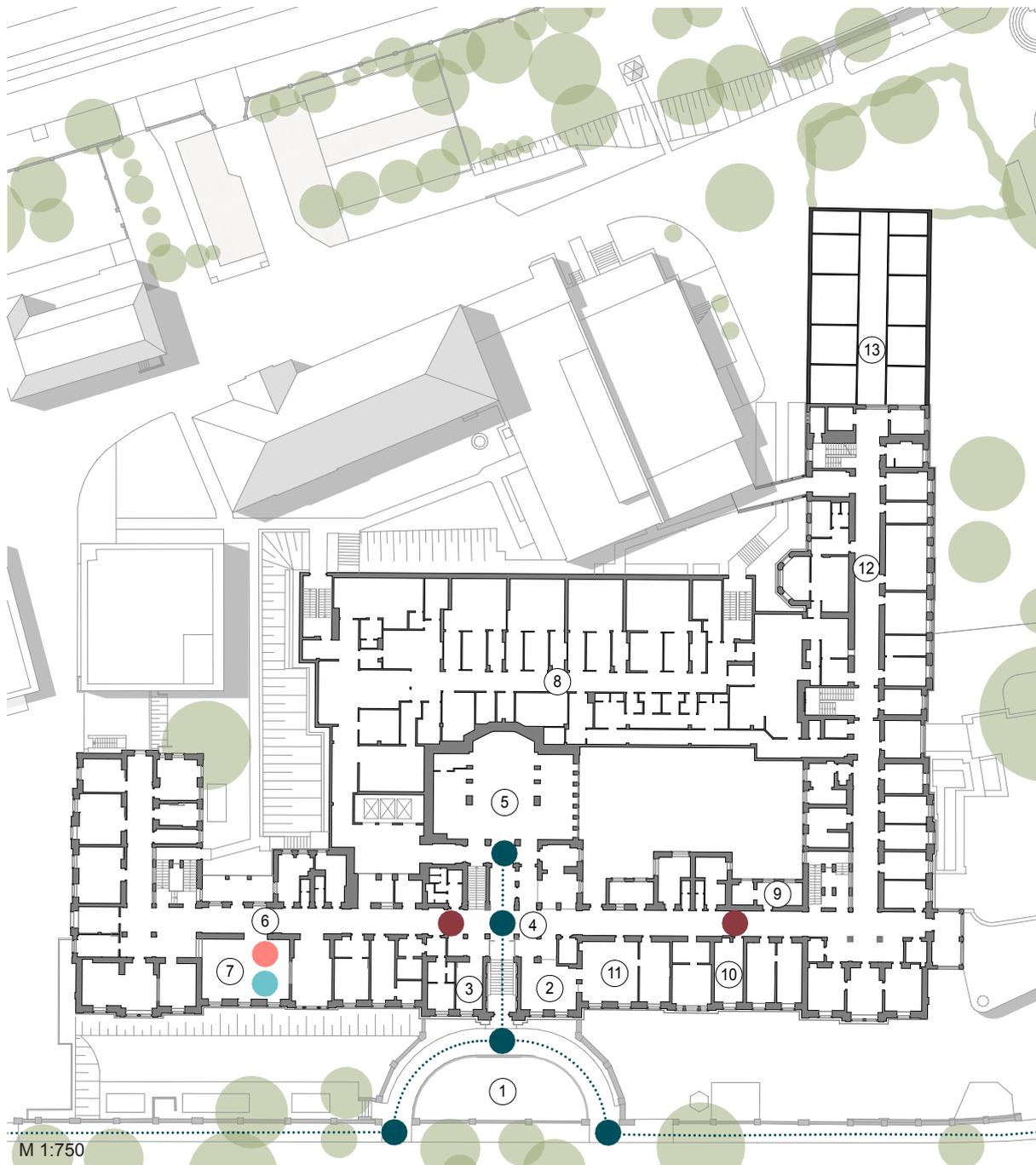
Die Lage des Behandlungszimmers hinter dem Wartebereich ② erhöht Durchgangsverkehr und damit eine lautere und hektischere Atmosphäre. Für die Patienten und Ärzte ist diese Raumanordnung ungünstig. Eine neue, vertikale Ausrichtung, die Tageslichteinfall in beide Bereiche ermöglicht, lässt den Bezug zum Außenraum und damit visuelle Reize zu. Die Stockwerke des Diakonissenkrankenhauses werden nach dem Leitbild des Dresdner Elbtals gestaltet. Thema auf dieser Ebene ist die Schlösserlandschaft des Dresdner Umlands.

---

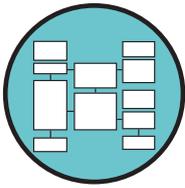
Konkrete Überlegungen zur Notaufnahme sind auf den Seiten 70-72 ausgearbeitet. Die neu eingerichtete Spezialstation wird auf den Seiten 74-75 näher behandelt.

### 6.1.2 Beispielhafte Maßnahmen in Ebene 1

① Zuwegung	⑪ Patientenabmeldung	 <p>Neue Planung              -----              Umnutzung, vormals Umkleiden und Vorräume</p>
② Patienteninformationszentrum	⑫ Untersuchung und Behandlung Innere Medizin	
③ Sozialdienst	⑬ Einrichtung neuer Untersuchungsräume	
④ Haupteingang		
⑤ Cafeteria		
⑥ Intensivstation mit ⑦ Vierbettzimmer		
⑧ OP-Bereich		
⑨ Bibliothek		
⑩ Pflegedirektor		



## Ausgewählte Lösungsansätze:



### RÄUMLICHE ORGANISATION    Gemeinschaftsbereiche

Auf der Intensivstation ⑥ ist derzeit keine Aufenthaltsqualität außerhalb der Patientenzimmer gegeben. Ein Lösungsansatz ist die Aufteilung des 4-Bettzimmers ⑦ in ein Doppelzimmer und einen Angehörigenbereich, was möglicherweise zu einem längeren und häufigeren Besuch der für die demenziell erkrankten Patienten wichtigen Bezugspersonen führt. Dieser Aspekt ist besonders im Hinblick auf die Entlastung des Personals zu berücksichtigen.



### ORIENTIERUNG    Visuelle Information | Auffindbarkeit

Aktuell existiert kein durchgängiges Leit- und Orientierungssystem. Dieser Umstand muss dringend verbessert werden. Bereits an der Zuwegung ① ist eine eindeutige, kontrastreich gestaltete und ausreichend große Beschilderung auf nicht spiegelndem Material in einer Höhe von 1,20m über dem Fußboden für Patienten und Besucher nötig. Diese sollten an beiden Wegseiten angebracht werden. Ein barrierefreier Zugang ist nur über die Notaufnahme möglich, was durch schriftliche und bildhafte Informationen hier und am Haupteingang deutlicher gemacht werden muss. Die Haupteingangstür tritt derzeit sehr zurück. Eine farbliche Akzentuierung oder ein gut sichtbares Schild sind zur stärkeren Hervorhebung hilfreich.

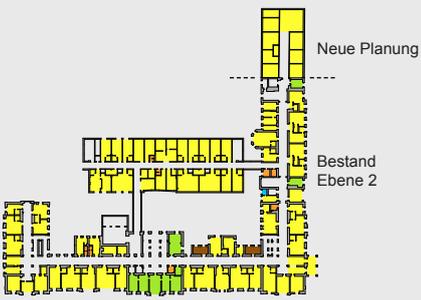
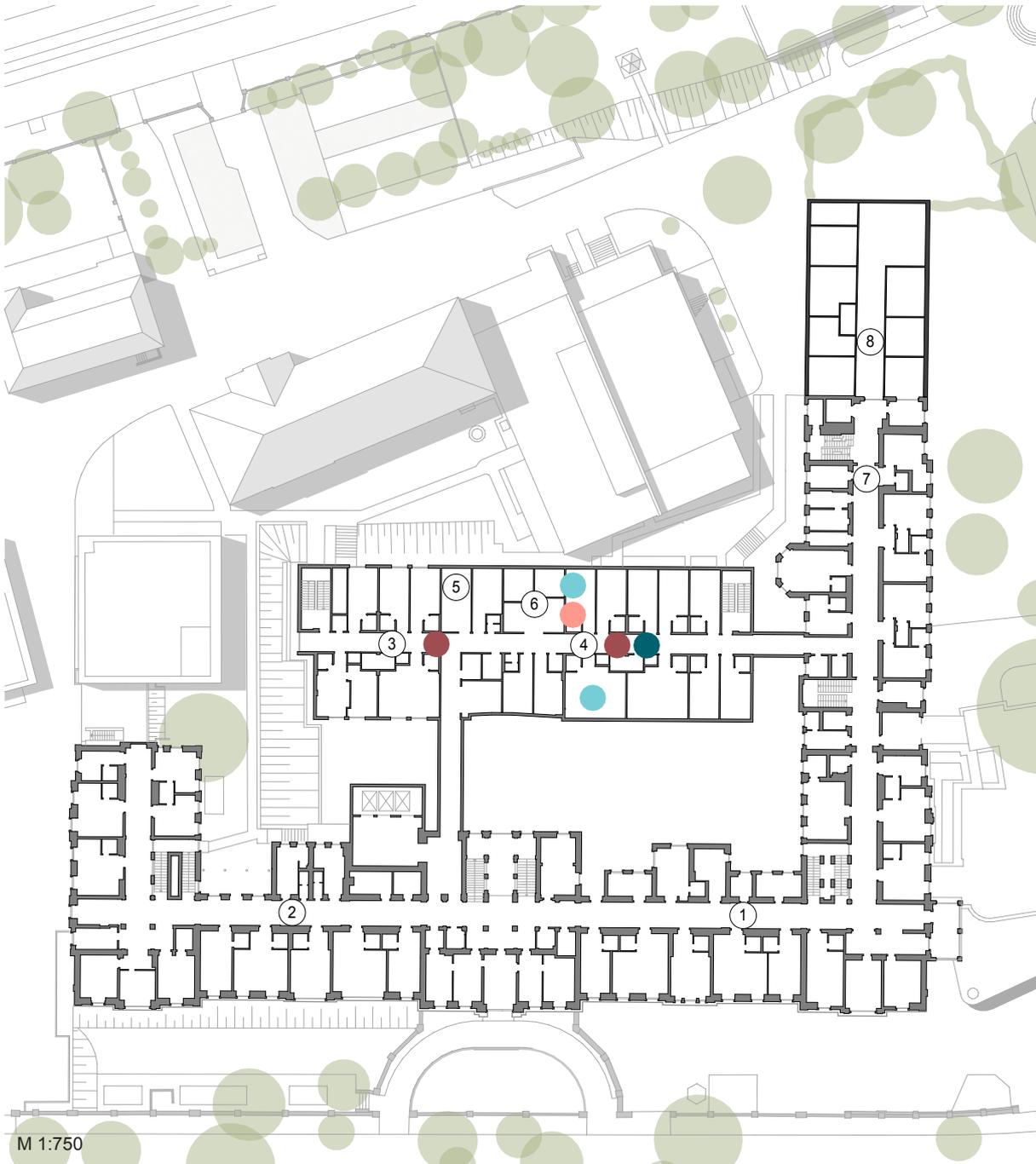


### SICHERHEIT    Bodenbelag und Beleuchtung

Ein durchgehend gleicher Bodenbelag und eine gleichmäßige gute Beleuchtung, die Spiegelungen und Lichtinseln am Fußboden vermeiden, reduzieren die Sturzgefahr in den Bereichen der Verwaltung ⑩ sowie der Untersuchung und Behandlung. ⑫⑬

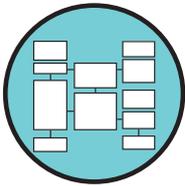
### 6.1.3 Überlegungen zur Stationsgestaltung am Beispiel Ebene 2

- ① Bauchzentrum - Station
- ② Bauchzentrum - Station
- ③ Palliativstation
- ④ Innere Medizin - Station
- ⑤ Patientenaufenthalt
- ⑥ Dienstplatz und Personalaufenthalt
- ⑦ Innere Medizin - Station
- ⑧ Erweiterung der Privatstation

## Ausgewählte Lösungsansätze:

In Ebene 2 wird nur die Station der Inneren Medizin ④ betrachtet. Alle Überlegungen gelten aufgrund der ähnlichen Raumorganisation gleichermaßen für die Station der Urologie in Ebene 3.



### RÄUMLICHE ORGANISATION Gemeinschaftsbereiche | Rooming-In

Die Lage des Aufenthaltszimmers ⑤ für Patienten und Besucher gegenüber einer Ausgangssituation ist im Bezug auf den Bewegungsdrang und die Gefahr des Entfernens demenzerkrankter Patienten von der Station ungünstig. Die zentrale Anordnung eines neuen Gemeinschaftsraumes neben dem Dienstplatz ⑥ löst diese Problematik. Aktuell ist die hohe Anzahl an Drei- und Vierbettzimmern für die Mitpatienten eine große Belastung. Die Aufteilung in größere Einzel- oder Doppelbettzimmer führt nicht nur zu einem höheren Wohlbefinden aller Patienten, sondern bietet weiterhin wichtigen Bezugspersonen die Möglichkeit zur Übernachtung durch Raum für zusätzliche Betten oder Schlafsofas. Das Personal erfährt somit gleichzeitig eine Entlastung.



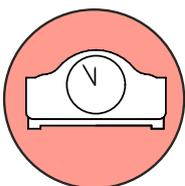
### ORIENTIERUNG Direkte Sichtbeziehungen

Derzeit ist für das Pflegepersonal der Überblick über die gesamte Station nicht gegeben. Eine veränderte Raumorganisation mit dem Gemeinschaftsbereich neben dem Schwesternzimmer ⑥ erhöht die Sichtbarkeit der Patienten und deren Sicherheit durch eine reduzierte Anzahl an Ausgangssituationen im direkten Sichtfeld. Der Raum für gemeinsame Aktivitäten bildet durch seine zentrale Lage gleichzeitig einen einprägsamen Referenzpunkt aus.



### SICHERHEIT Kaschierte Türen | Bodenbelag und Beleuchtung

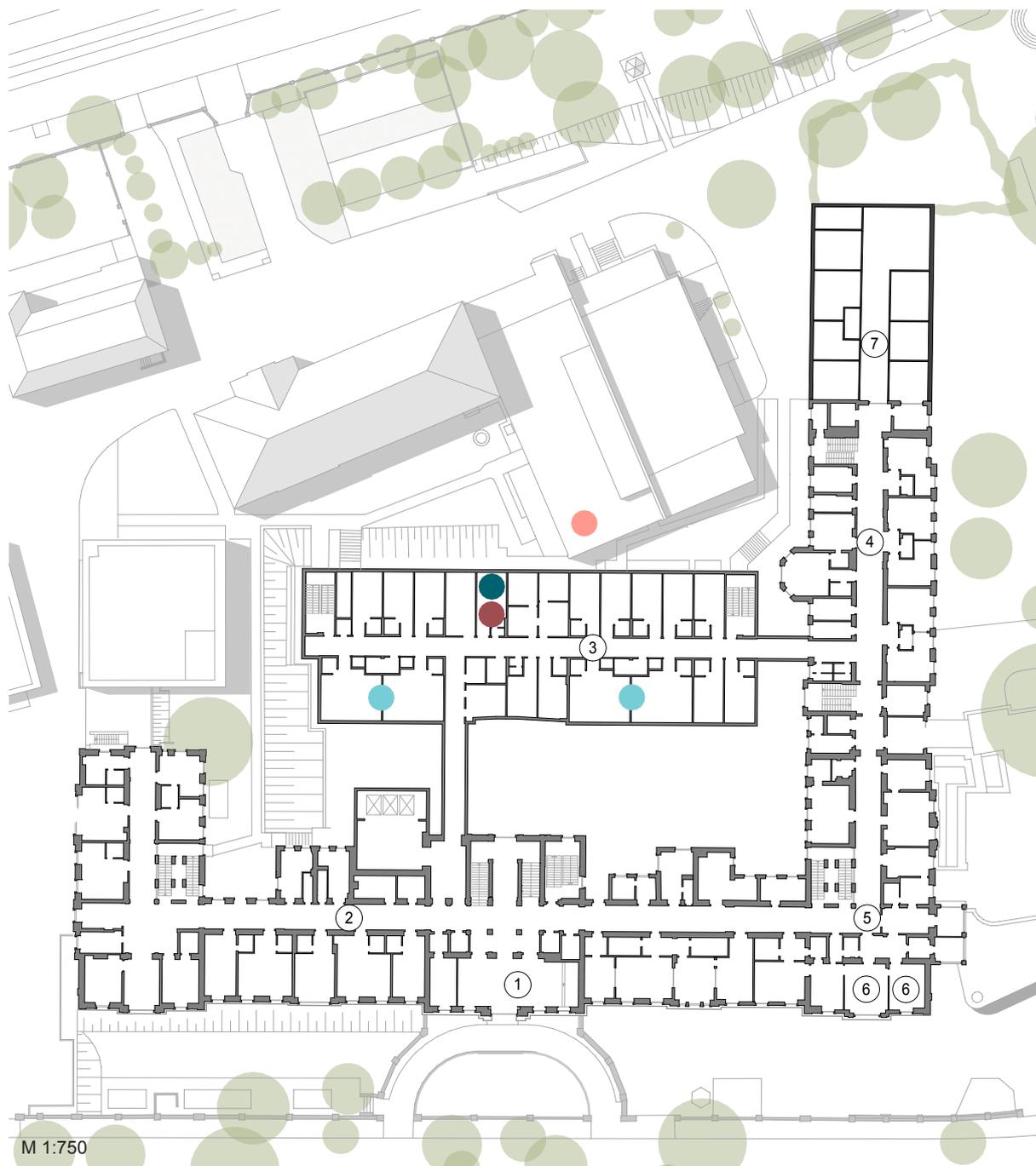
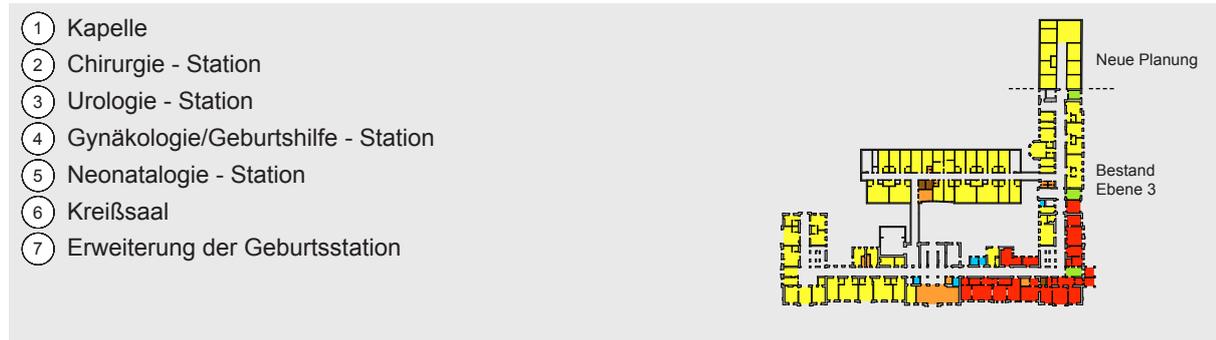
Eine in der Farbe der Wand gestaltete Tür zur Palliativstation ③ verringert ein Verirren in diesen sensiblen Bereich. Im Flur ersetzt zur Vorbeugung von Stürzen ein durchgehend gleicher Bodenbelag den aktuell mit stark kontrastierenden Flächen gestalteten bestehenden Fußboden. Eine hohe und gleichmäßige Beleuchtungsstärke sowie eine kontrastreiche Ausführung der Handläufe tragen weiterhin zur Gangsicherheit bei.



### MILIEUTHERAPEUTISCHE GESTALTUNG Wohnlicher Charakter | Multisensorik

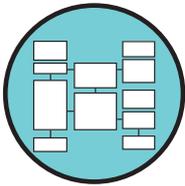
Der zentrale Gemeinschaftsbereich für gemeinsame Mahlzeiten oder Beschäftigungsangebote führt zu einer weniger institutionell wirkenden Atmosphäre und regt die Sinne der demenzerkrankten Patienten an. Dieser wird weiterhin mit teilweise krankenhausunüblicher Möblierung, die dennoch einen gänzlich wohnlichen Charakter vermeidet, ausgestattet. Eine gleichmäßige Beleuchtung ersetzt die zur Zeit sequenziellen, zentral angebrachten Lichtquellen im Flur und verhindert unangenehme visuelle Reize bei im Liegen transportierten Patienten.

## 6.1.4 Überlegungen zur Gestaltung des Patientenzimmers am Beispiel Ebene 3



## Ausgewählte Lösungsansätze:

Diese Überlegungen in Ebene 3 gelten genauso für die Zimmer der anderen Stationen.



### RÄUMLICHE ORGANISATION Rooming-In

Um die Übernachtung Angehöriger zu ermöglichen werden die Vierbettzimmer geteilt, sodass größere Einzel- oder Doppelzimmer entstehen.



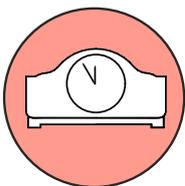
### ORIENTIERUNG Persönliche Informationstafel | Auffindbarkeit | Farbe und Licht

Eine persönliche Informationstafel mit dem Namen des Patienten, des Diakonissenkrankenhauses und der zuständigen Pflegekraft fördert die situative Orientierung. Eine große analoge Uhr oder ein Kalender im direkten Blickfeld ist weiterhin hilfreich. Große Zimmernummern und Erinnerungskästchen mit Bildern oder Gegenständen eines Leitbildes sorgen für bessere Orientierung. Farbige Türrahmen oder -blätter heben die einzelnen Patientenzimmer zusätzlich hervor. In Mehrbettzimmern sind die Garderobe, der persönliche Bereich im Badezimmer und der Bettplatz durch eine farbliche Codierung besser zueinander zuzuordnen. Im Patientenbad sorgen farblich hervorgehobene Halte- und Stützgriffe für eine bessere Orientierung und Wahrnehmbarkeit und somit für eine leichtere Nutzung. Circadiane Beleuchtungssysteme stabilisieren den Tag-Nach-Rhythmus.



### SICHERHEIT Ergonomie

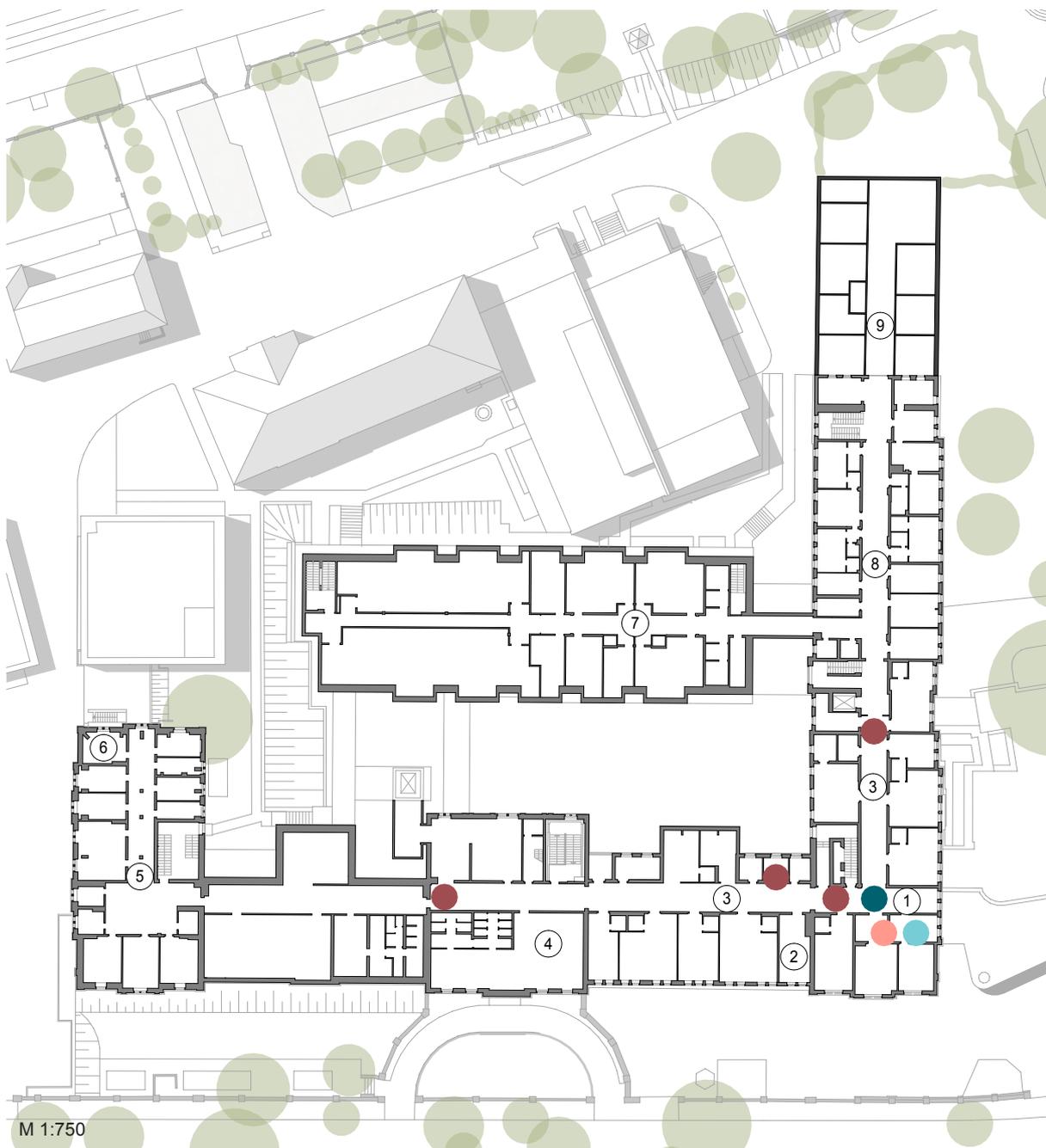
Kontrastreich gestaltete Handläufe vom Patientenbett zum Badezimmer geben den Patienten Sicherheit. Im Bad wird ein erhöhter Toilettensitz mit einer farbigen Umrahmung angebracht.



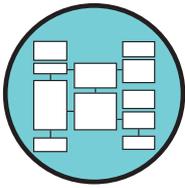
### MILIEUTHERAPEUTISCHE GESTALTUNG Multisensorik

Ein begrüntes Dach des flachen Küchengebäudes ermöglicht einen angenehmen Ausblick.

## 6.1.5 Beispielhafte Maßnahmen in Ebene 4



## Ausgewählte Lösungsansätze:



### RÄUMLICHE ORGANISATION Grundrissstruktur | Gemeinschaftsbereiche

Der durch den L-förmigen Grundriss bedingte abknickende Flur erschwert Patienten mit Demenz die Wegfindung. Eine räumliche Neuorganisation zugunsten eines zentralen, neben dem Dienstplatz ① gelegenen Gemeinschaftsbereichs bildet einen markanten Referenzpunkt an der Ecke.



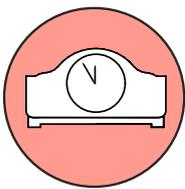
### ORIENTIERUNG Direkte Sichtbeziehungen

Der kleine Aufenthaltsbereich ② ist vom Schwesternzimmer aus nicht einsehbar. Eine Verlegung neben das Dienstzimmer erhöht die Sichtbeziehungen. So kann auch die Ausgangssituation innerhalb der Station durch das zentrale Treppenhaus gut im Auge behalten werden.



### SICHERHEIT Kaschierte Türen | Visuelle Barrieren

Auch auf dieser Ebene ist die hohe Anzahl der Ausgangssituationen problematisch. Unauffällig gestaltete Türen zum Treppenhaus am Richtungswechsel der Station und zu den Arbeitsräumen des Pflegepersonals sind daher sinnvoll. Kontrastreiche Handläufe führen über den Zugang in Richtung des EDV-Bereichs ⑧ und der Berufsfachschule ⑦ hinweg und bilden eine visuelle Barriere.



### MILIEUTHERAPEUTISCHE GESTALTUNG Multisensorik

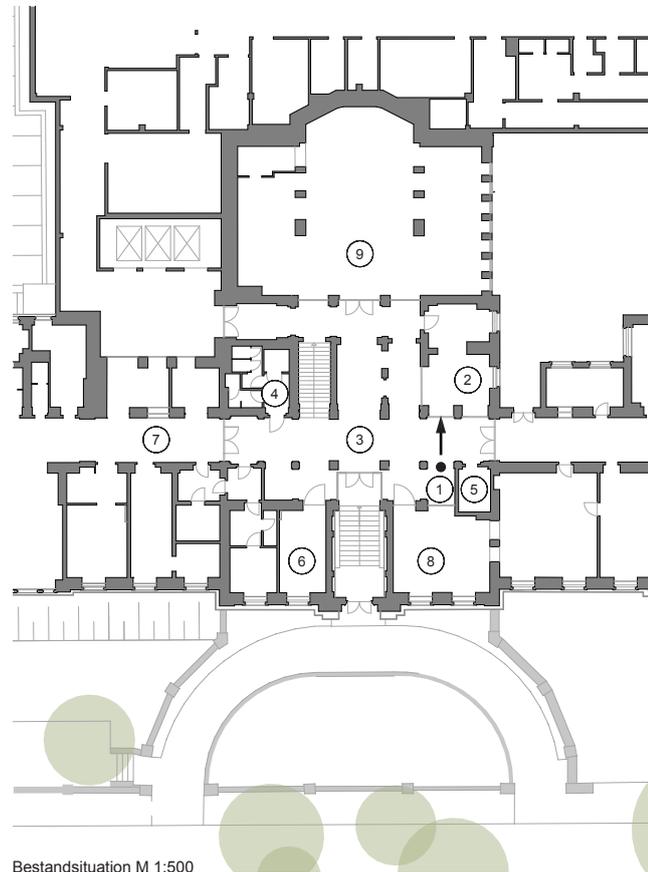
Die Musiktherapie ⑥ befindet sich zu weit von der Station entfernt. Besser ist eine direkte Verortung auf der Station, um zusätzliche Ortswechsel zu vermeiden. Beschäftigungsangebote, der Ausblick in Richtung der Straße und die Einnahme der Mahlzeiten im neuen Gemeinschaftsraum regen die Sinne der demenziell erkrankten Patienten an.

## 6.2 Beispiele zur konkreten Umsetzung der Anforderungen

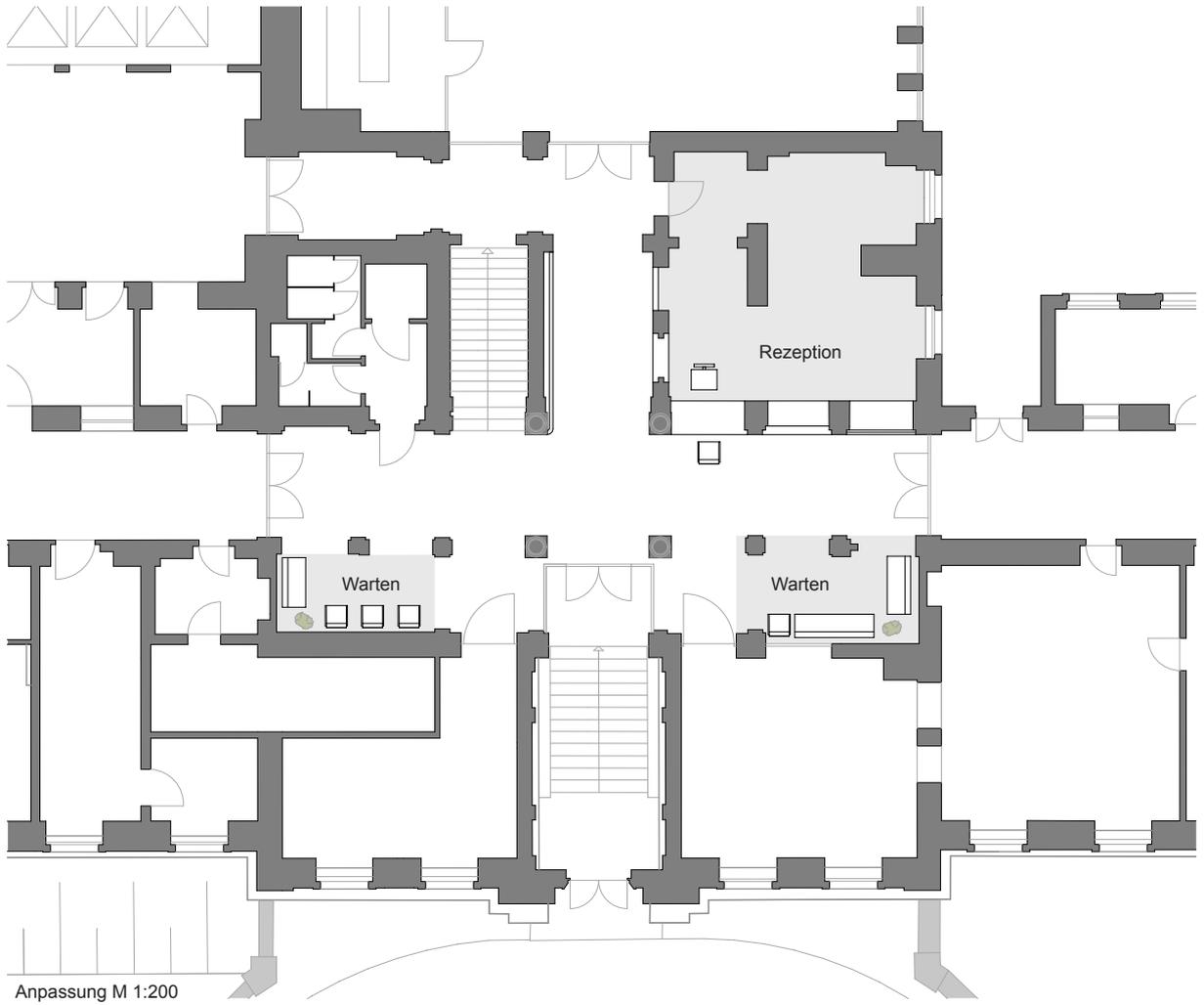
### 6.2.1 Anpassung des Eingangsbereichs



- |                   |  |
|-------------------|--|
| ① Warten          | ⑧ Patienten-<br>informations-<br>zentrum |
| ② Rezeption       | ⑨ Cafeteria                              |
| ③ Foyer           |  |
| ④ WC              |  |
| ⑤ Technik         |  |
| ⑥ Sozialdienst    |  |
| ⑦ Intensivstation |  |



Die Auffindbarkeit der Toiletten und der Cafeteria ist derzeit durch fehlende bzw. kleine, unauffällige Hinweisschilder nur erschwert möglich. Die Aufzüge befinden sich außerhalb des Eingangsbereichs und sind ebenfalls nur schlecht auszumachen. Weiterhin erschwert die Informationsüberflutung und die unübersichtliche Lage der Informationsträger die Orientierung wesentlich. Durch den hohen Tresen ist das Personal vom Wartebereich aus nur schwer sichtbar. Diese kleine Wartezone ist zudem durch lediglich drei einzelne Sitzgelegenheiten sehr nüchtern gestaltet und schafft eine institutionelle, befremdliche Atmosphäre.





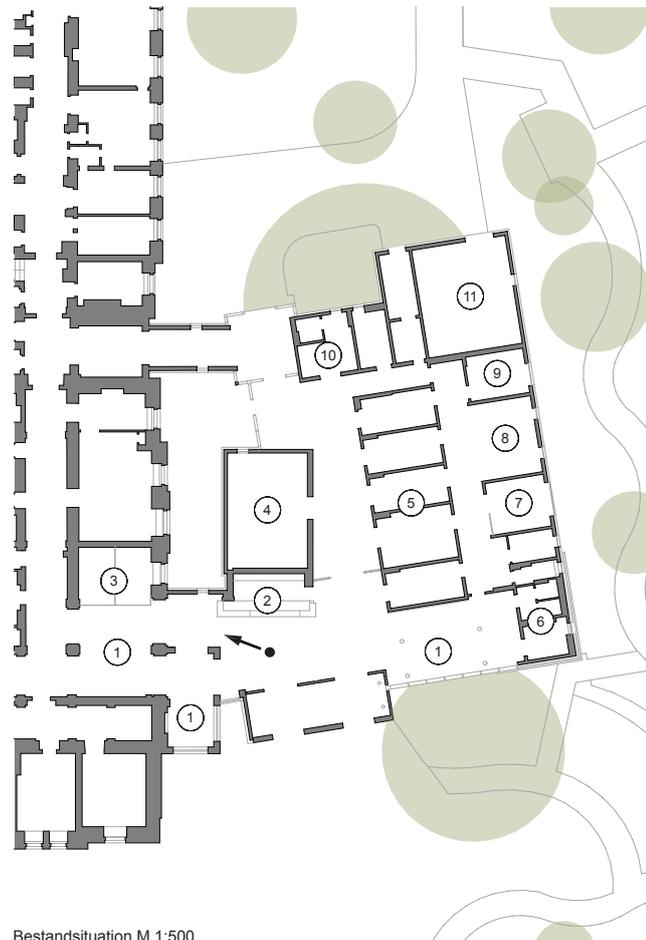
Die Verlegung des kleinen Technikraums bewirkt eine Vergrößerung der Wartezone. Die Angliederung des ungenutzten Gangs unter der Treppe gibt der neuen Rezeption mehr Raum. Diese fällt dem Besucher sofort durch die farbliche Gestaltung sowie die leuchtende Beschilderung auf. Neben der hohen Informationstheke entsteht auch ein niedriger Tresen mit Sitzmöglichkeit. Somit erhöht sich die Sichtbarkeit der Mitarbeiter. Die Toiletten sind durch eine rote Beschilderung und einen roten Türrahmen hervorgehoben. Auf dem Türblatt befindet sich ein Hinweisträger mit schriftlicher und symbolischer Information. Direkt gegenüber entsteht ein zweiter Warebereich. Die große Informationstafel ist beim Betreten des Gebäudes sofort sichtbar. Ein Handlauf leitet die Besucher taktil zu den wichtigen Hinweisen. Die Information zur Lage der Aufzüge ist hier angebracht. Gegenüber der Tafel kann das Empfangspersonal bei Bedarf durch die Öffnung zur Rezeption weiterhelfen. Die Cafeteria ist schon von weitem durch die rote Wand und das angebrachte Schild erkennbar.



## 6.2.2 Anpassung der Notaufnahme



① Warten	⑧ Arb.raum unrein
② Anmeldung	⑨ Aufenthalt
③ Aufnahme	⑩ Dusche
④ Schockraum	⑪ Lüftung
⑤ Behandlung	
⑥ WC	
⑦ Büro	



Die Wartebereiche in der Notaufnahme sind relativ weit von der Anmeldung entfernt. Hinzu kommt, dass direkte Sichtbeziehungen zum dort arbeitenden Personal durch die Säulen, die teilweise rückwärtig angeordneten Sitzbänke und den hohen Tresen gestört werden.



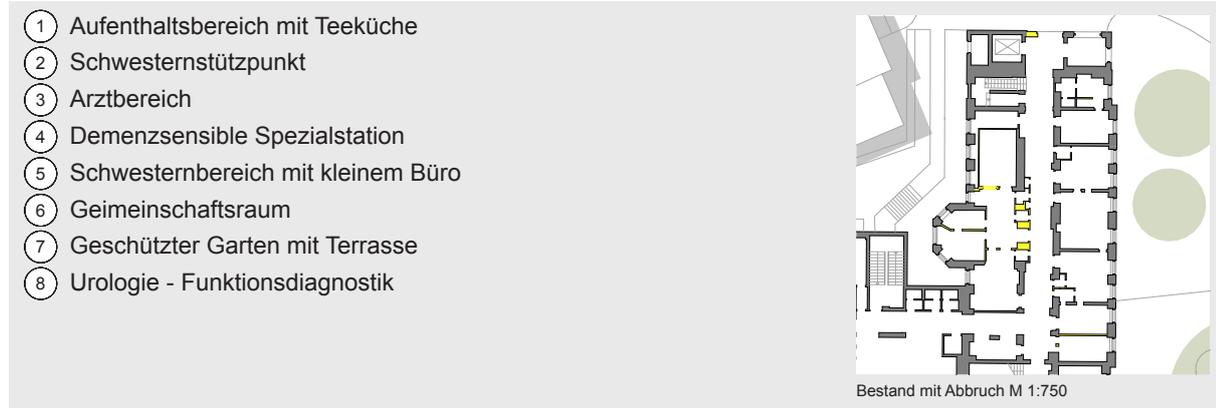
Anpassung M 1:200

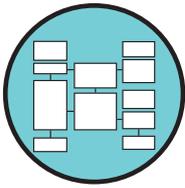


Der Entwurf sieht die Aufteilung des Tresens in ein niedriges Element mit unterfahrbarem Tisch und einer Sitzgelegenheit sowie in einen höheren Abschnitt vor. Über den Bodenbelag wird dieser Bereich klar von der restlichen Notaufnahme abgegrenzt. Taktile erfassbare Bodenmarkierungen von der Eingangstür leiten sehbeeinträchtigte Menschen und demenziell erkrankte Patienten mit geneigtem Blickfeld zur Anmeldung. Einkerbungen in der Ablagefläche ermöglichen das Abstellen von Gehhilfen oder Krücken. Direkt an der niedrigen Seite des Tresens befindet sich eine neue Wartezone. Angehörige, die Menschen mit Demenz zuhause versorgen und akut in Krankenhaus eingeliefert werden, haben nicht immer die Möglichkeit die zu Pflegenden schnell in eine Tagesbetreuung zu geben. Hier können Demenzerkrankte oder auch Kinder die Zeit der Behandlung in der Nähe der Mitarbeiter überbrücken. Die hohe Rückseite der Bank bietet Schutz. Das Fenster wird vergrößert, sodass ein Ausblick nach draußen möglich ist. Die unmittelbare Nähe zum Personal schafft eine sichere Atmosphäre. Mitarbeiter haben die demenziell Erkrankten gut im Blick und können diese in der schwierigen Situation beruhigen. Die Unterkante der Informationstafel an der Säule ist auf 1,20m Höhe angebracht, hebt sich durch den roten Rand gut von ihrem Hintergrund ab und erleichtert so die Wegfindung.



### 6.2.3 Einrichtung einer Spezialstation





#### RÄUMLICHE ORGANISATION Grundrissstruktur | Rooming-In | Gemeinschaftsbereiche

Der Gemeinschaftsraum ⑥ am Ende der Station verhindert ein Entstehen einer Große Patientenzimmer ermöglichen bei Bedarf Rooming-In. Die Spezialstation wird an eine neu eingerichtete Station, die zentral einen großen Aufenthaltsbereich mit Teeküche ① erhält, angeschlossen. Dieser ist vom benachbarten Schwesternstützpunkt ② aus einsehbar.



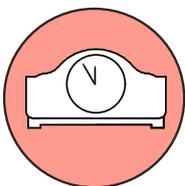
#### ORIENTIERUNG Direkte Sichtbeziehungen

Schon beim Betreten der spezialisierten Station stellt der Gemeinschaftsbereich ⑥ einen Zielpunkt durch die direkte Blickbeziehung dar. Er ist auch für das Personal von dem kleinen Büro ⑤ aus gut überblickbar. Die vielen Ausblicke in die Natur geben durch den wahrnehmbaren Wechsel der Jahreszeiten und den Verlauf des Tageslichts zeitliche Orientierung. Vom Arztbereich ③ aus können der gegenüberliegende Aufzug und die Treppe direkt eingesehen werden, sodass das Personal die Möglichkeit hat, Patienten, die doch die demenzsensible Spezialstation verlassen haben, von einem weiteren Entfernen abzuhalten.



#### SICHERHEIT Visuelle Barrieren | Kaschierte Türen | Bodenbelag und Beleuchtung

Ein angebrachter Handlauf an der Ausgangstür der Spezialstation stellt eine visuelle Barriere dar. Zudem reduziert deren unauffällige Gestaltung im Farbton der Wand die Gefahr, dass Patienten die Station unbeobachtet verlassen. Die Ausgangssituation zu Behandlungsräumen der Urologie ⑧ wird ebenfalls kaschiert. Im Flur sorgen eine gleichmäßige Beleuchtung mit hohen Lichtstärken und ein gleich gestalteter Bodenbelag für ein sicheres Gehen.



#### MILIEUTHERAPEUTISCHE GESTALTUNG Multisensorik | Freibereiche

Die demenzsensible Station befindet sich im Erdgeschoss um den Patienten den barrierefreien Zugang zu einem kleinen Garten ⑦ zu ermöglichen. Die nord-östliche Ausrichtung des Außenraums und der Terrasse bietet im Sommer schattige Sitzmöglichkeiten, lässt aber auch Morgensonne zu. Dieser Freibereich gliedert sich direkt an den Gemeinschaftsraum ⑥ für das kollektive Einnehmen der Mahlzeiten an. Die offene Gestaltung lässt Geräusche und Gerüche in die ganze Station dringen.

## 6.3 Zusammenfassung

Um das Diakonissenkrankenhaus Dresden demenzsensibler zu gestalten, wurden zunächst in allen Grundrissebenen die entsprechenden Problemfelder identifiziert. Hierbei zeichnet sich ab, dass kein durchgängiges Leit- und Orientierungssystem existiert und eine gute Aufenthaltsqualität außerhalb der Patientenzimmer auf den Stationen durch fehlende Gemeinschaftsbereiche häufig nicht gegeben ist. Außerdem sind wichtige direkte Sichtbeziehungen für die Patienten, wie auch für das Personal oftmals nicht möglich. Auf allen Grundrissebenen werden erste Lösungsansätze für herausgegriffene Beispiele erarbeitet. Detaillierte Überlegungen zu einer demenzfreundlichen Architektur sehen zunächst im Eingangsbereich eine Reduktion der aktuellen Fülle an Informationen vor. Diese werden dort auf einer großen Informationstafel gebündelt. Eine farbliche Gestaltung, die sich von der Umgebung abhebt, betont die Rezeption. Zusätzlich wird sie vergrößert und erhält neben einem hohen Tresen auch einen niedrigen Bereich mit Sitzgelegenheit. Gegenüber den Toiletten, die durch einen farbigen Türrahmen und symbolische sowie schriftliche Information gut auffindbar sind, entsteht ein neuer Wartebereich. Die Cafeteria fällt dem Besucher durch eine farbige Wand und ein großes Hinweisschild ins Auge. In der Notaufnahme sind bislang besonders die Sichtbeziehungen von den Wartebereichen zur Anmeldung problematisch. Daher sehen die Interventionen einen neuen, kleinen Wartebereich direkt neben dem neuen Tresen vor. Dieser orientiert sich zum Personal und ermöglicht so den direkten Kontakt. Die Vergrößerung des Fensters bietet den Wartenden einen Ausblick ins Freie. Auf Ebene 0 wird die Einrichtung einer Spezialstation vorgeschlagen. Somit ist ein sicherer Zugang unmittelbar vom Gemeinschaftsbereich aus zu einem neu angelegten Gartenbereich im Nord-Osten gegeben. Die Verlegung von Behandlungsräumen der Inneren Medizin in das darüber liegende Geschoss ermöglicht die direkte Angliederung der Spezialstation an eine andere Station. Weiterhin gibt es in der obersten Ebene einen Bereich für die Aufnahme Angehöriger, in dem gleichzeitig eine betreute Kurzzeitübernachtung für akut erkrankte pflegende Familienmitglieder angeboten wird.

---

## 7 Schlussbetrachtung

Die Bedeutung und Wirksamkeit demenzfreundlicher Architektur ist unumstritten. Diese Arbeit zeigt, dass viele der Planungskriterien für eine demenzsensible Gestaltung von stationären Altenpflegeeinrichtungen auf die Architektur von Akutkrankenhäusern übertragbar bzw. modifizierbar sind. Allerdings ist die Frage nach der gestalterischen Umsetzung wesentlicher Aspekte im akutstationären Bereich noch ungeklärt. Hier sind besonders der Grad des wohnlichen Charakters sowie die in Kapitel 4.3.3 *Offene Punkte* beschriebene Problematik der Vereinbarkeit von kaschierten Türen und brandschutztechnischen Erfordernissen zu nennen. Es besteht zudem ein Spannungsfeld zwischen einer demenzsensiblen Architektur und der breiten Nutzergruppe eines Akutkrankenhauses. Für dieses gilt es beispielsweise durch das Entwerfen neuer Orientierungs- und Leitsysteme Lösungen zu entwickeln.

Ferner ist die Studienlage zu den Wechselwirkungen einer demenzsensiblen Architektur und dem Verhalten, den kognitiven, funktionalen und sozialen Fähigkeiten, pflegerischen Ergebnissen, der Orientierung und dem Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in der Krankenhausumgebung zu verbessern.

Die Fragestellung, wie die Versorgung der von Demenz betroffenen Menschen im Akutkrankenhaus verbessert werden kann, ist ganzheitlich zu betrachten. Daher ist ein Handeln auf gesellschaftlicher Ebene durch das Zusammenwirken der verschiedenen Disziplinen und Fachbereiche zukünftig dringend erforderlich.

Abschließend ist festzustellen, dass eine demenzsensible Architektur in Akutkrankenhäusern Einzug finden muss und mehr Beachtung in den neuen Versorgungsstrategien für Patienten mit Demenz finden sollte. Die Beschäftigung mit diesem Thema wird für Architekten und Planer im Gesundheitswesen zukünftig im Hinblick auf die Belastungen des ohnehin schrumpfenden Pflegepersonals, auf ökonomische Herausforderungen und auf eine würdevolle und personenzentrierte Versorgung dieser besonders verwundbaren Patientenklientel unumgänglich.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Altersspezifische Prävalenzraten in Prozent nach Geschlecht.....	4
Abbildung 2.	Krankenhausfälle je 1 000 Einwohner nach Alter und Geschlecht im Jahr 2008.....	6
Abbildung 3.	DRG; Inanspruchnahmen und Ereignisse im Diakonissenkrankenhaus Dresden.....	13
Abbildung 4.	Legende zur Farbkennzeichnung der Nutzflächen und der Funktionsfläche DIN 13080.....	55
Zeichnung	Lageplan M 1:1000, eigene Darstellung.....	53
Zeichnung	Grundriss Ebene 0, eigene Darstellung.....	56
Zeichnung	Funktionsflächen Ebene 0, eigene Darstellung.....	56
Zeichnung	Grundriss Ebene 1, eigene Darstellung.....	58
Zeichnung	Funktionsflächen Ebene 1, eigene Darstellung.....	58
Zeichnung	Grundriss Ebene 2, eigene Darstellung.....	60
Zeichnung	Funktionsflächen Ebene 2, eigene Darstellung.....	60
Zeichnung	Grundriss Ebene 3, eigene Darstellung.....	62
Zeichnung	Funktionsflächen Ebene 3, eigene Darstellung.....	62
Zeichnung	Grundriss Ebene 4, eigene Darstellung.....	64
Zeichnung	Funktionsflächen Ebene 4, eigene Darstellung.....	64
Foto	Eingangsbereich Diakonissenkrankenhaus, eigene Aufnahme.....	66
Zeichnung	Grundriss Eingangsbereich Bestandsituation M 1:500.....	66
Zeichnung	Grundriss Eingangsbereich Anpassung M 1:200.....	67
Bild	Perspektive Eingangsbereich, eigene Darstellung.....	67
Bild	Perspektive Eingangsbereich, eigene Darstellung.....	68
Foto	Notaufnahme Diakonissenkrankenhaus, eigene Aufnahme.....	70
Zeichnung	Grundriss Notaufnahme Bestandsituation, eigene Darstellung M 1:500.....	70
Zeichnung	Grundriss Notaufnahme Anpassung, eigene Darstellung M 1:200.....	71
Bild	Perspektive Anpassung Notaufnahme, eigene Darstellung.....	72
Zeichnung	Grundriss Bestand mit Abbruch M 1:750, eigene Darstellung.....	74
Zeichnung	Grundriss Ebene 0 Einrichtung einer Spezialstation M 1:750, eigene Darstellung.....	74

---

## Literaturverzeichnis

ABRAHAMSON et al. (2012) Does Cognitive Impairment Influence Quality of Life Among Nursing Home Residents? *The Gerontologist*, 52(5):632-640

AHMED, N. N.; PEARCE, S. E. (2010) Acute care for the elderly: a literature review. *Population Health Management*, 13(4): 219-225

ALGASE, D. L et al. (2010) Wandering and the physical environment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25(4):340–346

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg. e.V. (2009) Menschen mit Demenz im (Akut-Krankenhaus). Reihe im alzheimer aktuell. Verfügbar im Internet: [http://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW\\_Medien/Dokumente/Demenzen/Menschen\\_mit\\_Demenz\\_begleiten/100318%20Reihe%20MmD%20im%20Krankenhaus%20\(alzheimer%20aktuell\).pdf](http://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Demenzen/Menschen_mit_Demenz_begleiten/100318%20Reihe%20MmD%20im%20Krankenhaus%20(alzheimer%20aktuell).pdf) (Zugriff am 30.03.2014)

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC u.a.: American Psychiatric Publishing

ANDRIEU, S. et al. (2002) Predictive factors of acute hospitalization in 134 patients with Alzheimer's disease: a one year prospective study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17:422–426

ANGERHAUSEN, S. (2008a) Demenz – eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41(6):460-466

ANGERHAUSEN, S. (2008b) 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: GSP – Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbh (Hrsg.)

ANGERHAUSEN, S.; BACHMANN; S. (2012) Menschen mit Demenz im Krankenhaus -Ein Wegweiser – Projekt „Blickwechsel Demenz. Regional“. Wuppertal: GSP – Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbh (Hrsg.)

ARCHIBALD, C. (2001) Special Dementia Units: Erfahrungen aus Großbritannien/Schottland. (S. 58-68) In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Qualität in der Stationären Versorgung Demenzerkrankter (Dokumentation eines Workshops). Schriftenreihe des Bundesministeriums. Band 207.2. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. Verfügbar im Internet: [http://www.bmfsfj.de/Redaktion\\_BMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24423-SR-Band-207.2.pdf](http://www.bmfsfj.de/Redaktion_BMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24423-SR-Band-207.2.pdf) (Zugriff am 17.04.2014)

AROLT, V. (1997) Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten: Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten. Berlin: Springer

AROLT, V.; DRIESSEN, M.; DILLING, H. (1997) The Lübeck General Hospital Study. I: Prevalence of psychiatric disorders in medical and surgical inpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1(3):207-216

ASPLUND, K. et al. (2000) Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: A randomized comparison of outcomes and use of resources. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(11): 1381-1388

BELLELI, G. et al. (1998) Special care units for demented patients: A multicenter study. *The Gerontologist*, 38(4):456–462.

BENSON, D. M. et al. (1987) Establishment and impact of a dementia unit within the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35(4):319–323

BICKEL, H. (2012) Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: WALLESCHE, C.-W.; FÖRSTL, H. Demenzen. (S.18-35) (2. aktualisierte und überarbeitete Auflage) Stuttgart u.a.: Georg Thieme Verlag

BIGALKE, S.; DETERT, E.; ANGERHAUSEN, S. (2006) De Huiskamer. Wohnzimmer für ältere Menschen im Krankenhaus. Exkursion zum Laurentius Ziekenhuis in Roermond. Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Projektmaterialien 1. Wuppertal: GSP Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH (Hrsg.) Verfügbar im Internet: [http://www.sozialeprojekte.de/content/e334/e960/e1311/e1314/Huiskamer\\_Druckversion06-11-02.pdf](http://www.sozialeprojekte.de/content/e334/e960/e1311/e1314/Huiskamer_Druckversion06-11-02.pdf) (Zugriff am 30.03.2014)

BRAUN; B., KLINKE, S.; MÜLLER, R. (2010) Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. *Pflege & Gesellschaft*, 15(1):5-19

BRAWLEY, E. C. Environmental design for Alzheimer's disease: a quality of life issue. *Aging & Mental Health*, 5:79-83

BREUER, P. (2009) Visuelle Kommunikation für Menschen mit Demenz. Grundlagen zur visuellen Gestaltung des Umfelds für Senioren mit (Alzheimer-) Demenz. Bern: Verlag Hans Huber

BRUSH, J. A. (2001). Improving dining for people with dementia (Publications in Architecture and Urban Planning Research). Milwaukee: University of Wisconsin, School of Architecture and Urban Planning. Verfügbar auf: [http://dc.uwm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1016&context=caupr\\_mono](http://dc.uwm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1016&context=caupr_mono) (Zugriff am 18.05.2014)

BMFFSFJ (2002) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) Verfügbar im Internet: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen, did=5362.html> (Zugriff am 21.04.2014)

Bundesverband Geriatrie e.V (Hrsg.) (2010) Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf. Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GERBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Stuttgart: Kohlhammer

BYNUM, J. (2011a) Unpublished tabulations based on data from the National 20% Sample Medicare Fee-for-Service Beneficiaries for 2009. Lebanon, NH: Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Care, Dartmouth Medical School. Zitiert nach: THIES, W.; BLEILER, L. (2012) Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 8(2):131-168

BYNUM, J. (2011b) Unpublished tabulations based on data from the Medicare Current Beneficiary Survey for 2008. Lebanon, NH: Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Care, Dartmouth Medical School. Zitiert nach: THIES, W.; BLEILER, L. (2012) Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 8(2):131-168

CHARD, G., LIU, L.; MULHOLLAND, S. (2009) Verbal Cueing and Environmental Modifications: Strategies to Improve Engagement in Occupations in Persons with Alzheimer Disease. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 27(3):197–211

COHEN-MANSFIELD, J.; WERNER, P. (1998) Visits to an Outdoor Garden: Impact on Behavior and Mood of Nursing Home Residents Who Pace. In: VELLAS, B. J.; FITTEN, G.; FRISCONI, G. (Hrsg.) Research and practice in Alzheimer's disease intervention in gerontology (S. 419-436) Paris: Serdi Publishing

COHEN-MANSFIELD, J. et al. (2010) Engaging nursing home residents with dementia in activities: The effects of modeling, presentation order, time of day, and setting characteristics. *Aging & Mental Health*, 14(4):471–480

COUNSELL, S. R. et al. (2000) Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: A randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a Community Hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12): 1572-1581

DAIzG Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (2012) Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz. Verfügbar im Internet: [http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01\\_2012\\_01.pdf](http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_2012_01.pdf) (Zugriff am 02.04.2014)

DETTBARN-REGGENTIN, J. (2005) Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen: Study on the influence of environmental residential groups Study on the influence of environmental residential groups on demented old people in nursing home residents. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38: 95–100

DIETZ, B.; LBA Krankenhausbau (o.J.) Nebendiagnose Demenz im Akutkrankenhaus. Einsatzpotentiale Innovativer Licht-, Kommunikations- und Planungstechnologien für eine Alters- und demenzsensible Architektur. Schlussbericht Modul 1. Verfügbar im Internet: [http://www.ebb.ar.tum.de/fileadmin/w00bii/www/Forschung/Schlussbericht\\_Modul\\_1.pdf](http://www.ebb.ar.tum.de/fileadmin/w00bii/www/Forschung/Schlussbericht_Modul_1.pdf) (Zugriff am 30.03.2014)

DINKEL, R. H.; LEBOK, U. H. (1997) The effects of dementia in German acute care hospitals. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 8(5):314-319. Zitiert nach: KLEINA, T.; WINGENFELD, K. (2007) Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

DIN 13080: 2003-07 Gliederung des Krankenhauses in Funktionsbereiche und Funktionsstellen

DIN 18040-1: 2010-10 Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 1: Öffentlich zugängliche Gebäude

DONAHUE, L. (2009) A pod design for nursing assignments: eliminating unnecessary steps and increasing patient satisfaction by reconfiguring care assignments. *The American Journal of Nursing*, 109(11) Supplement:38-40

DUNGER, S. (2014) Führung über das Gelände und durch das Diakonissenrankenhaus Dresden. Dresden, 03.04.2014

DÜRDMANN, P. (2010) Vielfalt in der Betreuung für Menschen mit Demenz. In: DIEKMANN, LIPP, MEIER im Auftrag des VGT e.V. (Hrsg.): *Der Mensch im Mittelpunkt*. Köln: Bundesanzeiger Verlag Verfügbar im Internet: [http://www.bgtev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Themen/Betrifft\\_Betreuung/10\\_Der\\_Mensch\\_im\\_Mittelpunkt\\_2010.pdf#page=52](http://www.bgtev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Themen/Betrifft_Betreuung/10_Der_Mensch_im_Mittelpunkt_2010.pdf#page=52). (Zugriff am 12.04.2012)

ELMSTAHL, S.; ANNERSTEDT, L.; AHLUND, O. (1997) How should a group living unit for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms? *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11(1):47-52

ENGEL, S. (2006) Alzheimer und Demenzen. Unterstützung für Angehörige. Die Beziehung erhalten mit dem neuen Konzept der einfühlsamen Kommunikation. Stuttgart: Trias Verlag

ERKINJUNTTI, T.; AUTIO, L.; WIKSTRÖM, J. (1988) Dementia in medical wards. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41(2):123-126

FISCHER, W. (2001) Grundzüge von DRG-Systemen. In: ARNOLD, M; LITSCH, M.; SCHELL-SCHMIDT, H. (Hrsg.) *Krankenhausreport 2000*. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. (S.13-31) Stuttgart: F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH

FLOOD, K. L. et al. (2013) Effects of an acute care for elders unit on costs and 30-day readmissions. *JAMA International Medicine*, 173(11):981-987

FRIEDERICH, H.-C. et al. (2002) Psychische Komorbidität bei internistischen Krankenhauspatienten. Prävalenz und Einfluss auf die Liegedauer. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52(7):323-328

FRIESE et al. (2014) Pod nursing on a Medical/Surgical Unit: Implementation and Outcomes Evaluation. *The Journal of Nursing Administration*, 44(4):207-211

- FULOP, G. et al. (1998) A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stays of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics*, 39(3):273-280
- GARCIA, L. J. et al. (2012) Perceptions of family and staff on the role of the environment in long-term care homes for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(5):753–765
- GASSER, T; MAETZLER, W. (2012) Molekulargenetik und Neurobiologie neurodegenerativer Demenzen. In: WALLECH, C.-W.; FÖRSTL, H. Demenzen. (S.18-35) (2. aktualisierte und überarbeitete Auflage ). Stuttgart. u.a.: Georg Thieme Verlag.
- GIBSON, M. C. et al. (2004) Orientation behaviors in residents relocated to a redesigned dementia care unit. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19(1):45–49
- GIGLIOTTI, C. M.; JARROTT, S. E. (2005). Effects of horticulture therapy on engagement and affect. *Canadian Journal on Aging*. 24:367-377
- GRESS et al. (2004) Vertragswettbewerb und die Versorgung mit stationären Leistungen (S.121-136) In: KLAUBER, J.; BERNT-PETER, R.; SCHELLSCHMIDT, H. Krankenhausreport 2003. Schwerpunkt G-DRGs im Jahre 1. Stuttgart u.a.: Schattauer
- GUEHNE, U.; RIEDL-HELLER, S.; ANGERMEYER, M. C. (2005) Mortality in Dementia. A Systematic Review. *Neuroepidemiology*, 25:153–162
- GUTZMANN, H.; ZANK, S. (2005) Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen. Reihe Grundriss Gerontologie, Band 17. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- HAFNER, M.; MEIER, A. (2005) Geriatrische Krankheitslehre Teil I – Psychiatrische und neurologische Syndrome. (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber
- HAMPEL, H. et al. (2012) Pharmakotherapie. In: WALLECH, C.-W.; FÖRSTL, H. Demenzen. (S.356-369) (2. aktualisierte und überarbeitete Auflage). Stuttgart. u.a.: Georg Thieme Verlag.
- HEATH, H.; STURDY, D.; WILCOCK, G. (2010) Improving quality of care for people with dementia in general hospitals. Middlesex: RCN Publishing Company
- HEEG, S. (2003) Bau und Innenraumgestaltung. In: Deutsche Alzheimergesellschaft e. V. (Hrsg.) Stationäre Versorgung von Alzheimerpatienten – Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen. Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft
- HEEG, S.; BÄUERLE, K. (2006) Demenzwohngruppen und bauliches Milieu. Beispiele für Umbau und Innenraumgestaltung. Stuttgart: Demenz Support
- HEEG, S.; BÄUERLE, K. (2012) Heimat für Menschen mit Demenz. Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimbau – Beispiele und Nutzungserfahrungen. (2., unveränderte Auflage). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

HEEG, S.; BÄUERLE, K. (2011) Freiräume für Menschen mit Demenz. (3. Auflage) Stuttgart: Mabuse Verlag

HEEG, S. STRIFFLER, C. (2010) Überblick: Lichtgestaltung in Pflegesettings für Menschen mit Demenz. In: Licht und Demenz. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart gGmbH (Hrsg.) Verfügbar im Internet: [http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal\\_1\\_2010\\_korr\\_Licht.pdf](http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_1_2010_korr_Licht.pdf) (Zugriff am 01.06.2014)

HIRSCH, WÖRTHMÜLLER, SCHNEIDER (1992) Fixierungen: „Zu viel, zu häufig und im Grunde genommen vermeidbar“. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 5:127–135. Zitiert nach: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen.

HOFMANN, W. et al. (2014) Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(2):136-140

HÖWLER, E. (2007) Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege. (3., aktualisierte Ausgabe) Hannover: Schlütersche

HSIEH, Y. (2010) Investigation on the Day-to-day Behavior of a Taiwanese Nursing Organization's Residents through Shared Bedroom Style. *Journal of Asian Architecture and Building Engineering*, 9(2):371–378

INOUE, S. K. et al. (1993) A predictive index for functional decline in hospitalized elderly medical patients. *Journal of General Internal Medicine*, 8(12): 645-652

JORAY, S.; WIETLISBACH, V.; BÜLA, C. J. (2004) Cognitive Impairment in Elderly Medical Inpatients: Detection and Associated Six-Month Outcomes. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(6):639-647

JUNGE, M. (2014) Begrüßung und Ansprache auf dem Symposium des Diakonissenkrankenhauses Dresden „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“. Dresden, 21.05.2014

KADEN, J. (2014) Persönliches Interview, geführt von der Verfasserin. Dresden, 07.05.2014

KIHLGREN, M. et al. (1992): Long-term Influences on Demented Patients in Different Caring Milieus, a Collective Living Unit and a Nursing Home: A Descriptive Study. *Dementia* 3:342-349. Zitiert nach: ARCHIBALD, C. (2001) Special Dementia Units: Erfahrungen aus Großbritannien/Schottland.

KINCAID, C.; PEACOCK, J. R. (2003) The Effect of a Wall Mural on Decreasing Four Types of Door-Testing Behaviors. *Journal of Applied Gerontology*, 22(1):76–88.

KIRCHEN-PETERS, S. (2012) Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Endbericht mit Handlungsempfehlungen an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso)

- 
- KDA Kuratorium Deutsche Altershilfe (2004) Planungshilfe. Verbesserung der Wohnatmosphäre im Heim unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz. Köln: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) Verfügbar im Internet: <http://www.kda.de/files/bmg/2004-07-28bmb-band11.pdf> (Zugriff am 20.04.2014)
- KDA Kuratorium Deutsche Altershilfe (2007) Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Ein Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegefachkräfte. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe. Deutsche Ausgabe. Titel der Originalausgabe: ARCHIBALD, C (2003) People with Dementia in Acute Hospitals. A Practice Guide for Registered Nurses. Stirling: Dementia Services Development Centre
- KLEINA, T.; WINGENFELD, K. (2007) Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Verfügbar im Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-135.pdf> (Zugriff am 20.03.2014)
- KRIETENSTEIN, U. (2002) Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine verdrängte Problematik. *ProAlter* 4/02: 66-71
- LA GARCE, M. (2004) Daylight interventions and Alzheimer's behaviors: A twelve-month study. *Journal of Architectural and Planning Research*, 21(3):257–269
- LANDEFELD, C. S. et al. (1995) A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *The New England Journal of Medicine*, 332, 1338-1344
- LÜBKE, N. (2009) Session Demenz. Behandlung demenziell Erkrankter als Kernaufgabe der Geriatrie. 19. Kongress der Dt. Gesellschaft für Geriatrie. Verfügbar im Internet: [http://www.kcgeriatrie.de/downloads/vortraege/2009\\_luebke\\_goettingen.pdf](http://www.kcgeriatrie.de/downloads/vortraege/2009_luebke_goettingen.pdf) (Zugriff am 09.04.2014)
- McDANIEL et al. (2001) Impact of dining room environment on nutritional intake of Alzheimer's residents: a case study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16(5):297–302
- MALMBERG, B.; ZARIT, S. H. (1993) Group homes for people with dementia: a Swedish example. *The Gerontologist*, 33(5):682–686
- MARCKMANN, G. (2006) Konsequenzen des demografischen Wandels für die medizinische Versorgung im Krankenhaus der Zukunft. In: THIEDE, A.; GASSEL, H.-J. (Hrsg.) Krankenhaus der Zukunft. (S.31-38) Heidelberg: Dr. Reinhard Kaden Verlag
- MARGIOTTA, A. et al. (2006) Clinical characteristics and risk factors of delirium in demented and not demented elderly medical inpatients. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(6) S.535–539
- MARQUARDT, G. (2011) Architektur für an Demenz Erkrankte. Amerikanische ACE-Units geben Orientierung. *Health & Care International*, 2(9):58-60

MARQUARDT, G.; SCHMIEG, P. (Hrsg.) (2007) Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Berlin: Logos

MARQUARDT, G.; SCHMIEG, P. (2009) Dementia-Friendly Architecture: Environments That Facilitate Wayfinding in Nursing Homes. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24 (4):333-340

MAVUNDLA, T. R. (2000) Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6):1569-1578

MOONEY, P.; NICELL, P. L. (1992) The Importance of Exterior Environment for Alzheimer Residents: Effective Care and Risk Management. *Healthcare Management Forum* 5(2):23-29

MORGAN, D. G.; STEWART, N. J. (1998a) High versus Low Density Special Care Units: Impact on the Behaviour of Elderly Residents with Dementia. *Canadian Journal on Aging*, 17(2): 143-165

MORGAN, D. G.; STEWART, N. J. (1998b) Multiple Occupancy Versus Private Rooms on Dementia Care Units. *Environment and Behavior*, 30(4):487-503

MOTZEK, T. (2014): Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus - Auswertung von Routinedaten einer internistischen Station (Vorabbericht, unveröffentlicht). Technische Universität Dresden.

MÜLLER, E. et al. (2008) Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Bericht über das Interventionsprojekt „Geriatrisch-internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD)“. *Pflege & Gesellschaft*, 13(4):321-336

MÜNCH, MÜHLEGG (2014) Die Studie. Viel Licht macht viel Freude. *das Heft*. 6(1):8-12

NAMAZI, K. H.; JOHNSON, B. D. (1992a) The Effects of Environmental Barriers on the Attention Span of Alzheimer's Disease Patients. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 7(1):9-15

NAMAZI, K. H.; JOHNSON, B. D. (1992b) Pertinent autonomy for residents with dementias: Modification of the physical environment to enhance independence. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 7(1):16-21

NAMAZI, K. H. (1993) A design for enhancing independence despite Alzheimer's disease. *Nursing Homes*. Verfügbar im Internet:<http://www.thefreelibrary.com/A+design+for+enhancing+independence+despite+Alzheimer's+disease.-a014532967> (Zugriff am 26.04.2014)

NAMAZI, K.; ROSNER, T. T.; CALKINS, M. (1989) Visual barriers to prevent ambulatory Alzheimer's patients from exiting through an emergency door. *The Gerontologist*, 29(5):699-702

- NATALWALA, A. et al. (2008) Reasons for hospital admissions in dementia patients in Birmingham, UK, during 2002-2007. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(6):499-505
- NETTEN, A. (1989) The effect of design of residential homes in creating dependency among confused elderly residents: A study of elderly demented residents and their ability to find their way around homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(3):143–153
- NÖTHEN, M. (2011) Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? Auszug aus Wirtschaft und Statistik. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Verfügbar im Internet: <http://www.gkv-netzwerk.de/files/File/Hohe%20Kosten%20im%20Gesundheitswesen.pdf> (Zugriff am 13.06.2014)
- NOWAK, L.; DAVIS, J. (2011) Qualitative analysis of therapeutic light effects on global function in Alzheimer's disease. *Western journal of nursing research*, 33(7):933–952
- PARKER, S. G.; FADAYEVATAN, R.; LEE, S. D. (2006) Acute hospital care for frail older people. *Age & Ageing*, 35(6):551-552
- PASSINI, R. et al. (2000) Wayfinding in a Nursing Home for Advanced Dementia of the Alzheimer's Type. *Environment & Behavior*, 32(5):684-710
- PAYK, T. R. (2010) Demenz. München: Ernst Reinhardt Verlag
- PEDONE, C. et al. (2005) Elderly Patients With Cognitive Impairment Have a High Risk for Functional Decline During Hospitalization: The GIFA Study. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(12):1576-1580
- PERRIT, M. R.; McCUNE, E.; McCUNE, S. L. (2005). Research Informs Design: Empirical Findings Suggest Recommendations for Carpet Pattern and Texture. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6(4):300–305
- PINKERT, C. (2013) Herausforderungen der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In: BARTHOLOMEYCZIK, S. und ALBERS, B. (Hrsg.): Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz-von der Fragmentierung zur Vernetzung!?-Tagungsband der 3. DZNE Jahrestagung vom 10.10.2012 in Witten. (S.62-71) Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE)
- PINKERT, C.; HOLLE, B. (2012) Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(8):728-734
- PITKALA, K. H. et al. (2004) Behavioral symptoms and the administration of psychotropic drugs to aged patients with dementia in nursing homes and in acute geriatric wards. *International Psychogeriatrics*, 16(1):61-74

PLENTER, C.; ANGERHAUSEN, S. (2012) Tagesbetreuung für Menschen mit einer Demenz im Akutkrankenhaus. Projekt "Blickwechsel Demenz. Regional". Konzept, Rahmenbedingungen und Erfahrungen zur Tagesbetreuung am Beispiel "Teekesselchen" im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. Wuppertal: GSP - Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH. Verfügbar im Internet: <http://www.blickwecheldemenz.de/progs/toe/gsp/projekt/demenz/content/e4358/e4404/e4447/BroschueresGSPtagesbetreuung.pdf> (Zugriff am 20.03.2014)

REGGENTIN, H.; DETTBARN-REGGENTIN, J. (2006) Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

REED, P. S. et al. (2005) Characteristics associated with low food and fluid intake in long-term care residents with dementia. *The Gerontologist*, 45 Special Issue 1(1):74–80

REIMER, M. A. et al. (2004) Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(7):1085-1092

ROBERTS, C. (1999) The management of wandering in older people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 8(3):322–323

ROMERO, B.; FÖRSTL, H. (2012) Nicht medikamentöse Therapie. In: WALLESCHE, C.-W.; FÖRSTL, H. Demenzen. (S.370-382) (2. aktualisierte und überarbeitete Auflage) Stuttgart. u.a.: Georg Thieme Verlag.

RÖSLER, A.; HOFMANN, W.; VON RENTELN-KRUSE, W. (2010) Spezialisierte Stationen zur Behandlung von akut erkrankten geriatrischen Patienten mit zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(4):249-253

RÖSLER et al. (2012) Treatment of dementia patients with fracture of the proximal femur in a specialized geriatric care unit compared to conventional geriatric care. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45(5):400-403

RUDOPH et al. (2010) Hospitalization in Community-Dwelling Persons with Alzheimer's Disease: Frequency and Causes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(8):1542-1548

SALTVEDT, I. et al. (2002) Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(5):792-798

SCHMIDT-TROSCHKE, S. (2011) Unser Blickwechsel - Erfahrungen an einem Akutkrankenhaus. Verfügbar im Internet: [http://www.blickwecheldemenz.de/content/e964/e3326/e3490/e3593/e3597/Presentation\\_Dr.Schmidt-Troschke\\_22-11-2011.pdf](http://www.blickwecheldemenz.de/content/e964/e3326/e3490/e3593/e3597/Presentation_Dr.Schmidt-Troschke_22-11-2011.pdf) (Zugriff am 30.03.2014)

SCIALFA, C. et al. (2008) Iconic sign comprehension in older adults: the role of cognitive impairment and text enhancement. *Canadian Journal on Aging*, 27(3):253–265

SCHÜTZ, D.; FÜSGEN, I. (2013) Die Versorgungssituation kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(3): 203-207

- SIFTON, C. B. (2008) Das Demenz-Buch. Ein "Wegbegleiter" für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten. Bern: Verlag Hans Huber
- SLOANE, P. D. et al. (2007) The effect of ambient bright light therapy on depressive symptoms in persons with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11):1817–1824
- SOURIAL et al. (2001) Agitation in Demented Patients in an Acute Care Hospital: Prevalence, Disruptiveness, and Staff Burden. *International Psychogeriatrics*, 13 (2):183-197
- STBA Statistisches Bundesamt (2009) Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar im Internet: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff am 03.04.2014)
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010) Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar im Internet: [http://www.statistikportal.de/statistik-portal/demografischer\\_wandel\\_heft2.pdf](http://www.statistikportal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf) (Zugriff am 03.04.2014)
- STBA Statistisches Bundesamt (2013) Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Fachserie 12. Reihe 6.4. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Erschienen am 24. Oktober 2013, korrigiert am 15.01.2014. Verfügbar im Internet: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Kranken\\_haeuser/FallpauschalenKrankenhaus2120640127004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Kranken_haeuser/FallpauschalenKrankenhaus2120640127004.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff am 30.03.2014)
- SÜTTERLIN, S.; HOSSMANN, I.; KLINGHOLZ, R. (2011) Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Verfügbar im Internet: [http://www.berlininstitut.org/fileadmin/user\\_upload/Demenz/Demenz\\_online.pdf](http://www.berlininstitut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf). (Zugriff am 07.05.2012)
- The King's Fund (2013) Enhancing the Healing Environment for People with Dementia. "Yorkshire Outdoors". Verfügbar im Internet: <http://www.dlf.org.uk/external/mhp/2013/Enhancing%20the%20Healing%20Environment%20for%20Patients%20with%20Dementia.ppt>. (Zugriff am 24.04.2014)
- THIES, W.; BLEILER, L. (2012) Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 8(2):131-168
- THOMAS, W.H. (1994) The Eden Alternative: Nature, Hope and Nursing Homes. New York: Eden Alternative Foundation. Zitiert nach: HEEG, S.; BÄUERLE, K. (2011) Freiräume für Menschen mit Demenz. (3. Auflage) Stuttgart: Mabuse Verlag
- TRAUSCHKE, T.; WERNER, H.; GERLINGER, T. (2009) Zur Diagnostik und Häufigkeit von demenziellen Erkrankungen. Eine prospektive Untersuchung im Alltag einer geriatrischen Klinik (PAOLA-Studie). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(5):385-390

- VAN HOOFF, J. et al. (2009) Ambient bright light in dementia: Effects on behaviour and circadian rhythmicity. *Building and Environment*, 44(1):146–155
- VAN ZADELHOFF et al. (2011) Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 20:2490–2500
- VERBEEK, H. et al (2009) Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *International Psychogeriatrics*, 21(02):252-264.
- WALSH, E. G et al. (2003) Cognitive Function and Acute Care Utilization. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1):S38-S38
- WALLER, S. (2012) Redesigning wards to support people with dementia in hospital. *Nursing Older People*, 24(2):16-21
- WALLER, S.; MASTERSON, A.; FINN, H. (2013) Improving the patient experience. Developing Supportive Design for People with Dementia. The King's Fund Enhancing the Healing Environment Programme 2009-2012. London : The King's Fund. Verfügbar im Internet: [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/developing-supportive-design-for-people-with-dementia-kingsfund-jan13\\_0.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/developing-supportive-design-for-people-with-dementia-kingsfund-jan13_0.pdf) (Zugriff am 30.03.2014)
- WANCATA, J.; BENDA, N.; MEISE, U. (2004) Nicht-kognitive Symptome bei Demenzkranken - Häufigkeit und Konsequenzen: Eine Untersuchung in Allgemeinkrankenhäusern und Pflegeheimen. *Psychiatrische Praxis*, 31(7): 346-351
- WELTER, R.; HÜRLIMANN, M.; HÜRLIMANN-SIEBKE, K. (2006) Gestaltung von Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Demenzerkrankungen. Zürich: Demenzplus Hürlimann + Welter (Hrsg.)
- WEYERER, S., SCHÄUFELE, M.; HENDLMEIER, I. (2010) Evaluation of special and traditional dementia care in nursing homes: results from a cross-sectional study in Germany. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(11):1159–1167
- WHO (World Health Organization), ADI (Alzheimer's Disease International) (2012) Dementia. A public health priority. Verfügbar im Internet: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1) (Zugriff am 02.04.2014)
- WINGENFELD, K.; STEINKE, M. (2013) Die Tagesbetreuung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *das Krankenhaus*:1148-1153
- WINGENFELD et al. (2013) Die Tagesbetreuung kognitiv beeinträchtigter Krankenhauspatientinnen und –patienten. Eine wissenschaftliche Auswertung. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) Verfügbar im Internet: <http://www.blickwechselfeldemenz.de/progs/toe/gsp/projekt/demenz/content/e4358/e4404/e5436/abschlussberichttagesbetreuung.pdf> (Zugriff am 30.04.2014)
- WISCHER, R.; RIETHMÜLLER, H.-U. (2007) Zukunftsoffenes Krankenhaus. Fakten, Leitlinien, Bausteine. Wien: Springer-Verlag

---

WOJNAR, J. (2003) Demenzpatienten im Krankenhaus. *Alzheimer Info*, 1: 2-4

WOODS, D.; EMBLETON, S. (O.J.) Enhancing the Healing Environment. Wards 23 and Ward 29. Yorkshire Outdoors. Verfügbar im Internet: [http://www.dementiaaction.org.uk/assets/0000/4317/BRADFORD\\_NHS\\_2.pdf](http://www.dementiaaction.org.uk/assets/0000/4317/BRADFORD_NHS_2.pdf) (Zugriff am 24.04.2014)

YATES-BOLTON, N et al. (2012) Improving hospital environments for People with dementia: Listening Event Report. Salford: The University of Salford

YAO, L.; ALGASE, D. (2006). Environmental Ambiance as a New Window on Wandering. *Western Journal of Nursing Research*, 28(1):89–104

ZEISEL, J. (2001) Universal design to support the brain and its development. In: PREISER, W.; OSTROFF, E. (Hrsg.): *Universal Design Handbook*. (S. New York u. a.: McGraw-Hill

ZEISEL, J. et al. (2003) Environmental Correlates to Behavioral Health Outcomes in Alzheimer's Special Care Units. *The Gerontologist*, 43(5):697-711

ZIESCHANG, T. et al. (2008) A special care unit for acutely ill patients with dementia and challenging behaviour as a model of geriatric care. Die Geriatrich-Internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD) als Innovatives Versorgungsmodell). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41:453-459

ZIESCHANG, T. et al. (2010) Improving care for patients with dementia hospitalized for acute somatic illness in a specialized care unit: a feasibility study. *International Psychogeriatrics*, 22(1):139-146

**Internetquellen:**

Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg. Geriatrisches Zentrum mit Akutkrankenhaus und Rehabilitationsklinik

[www.bethanien-heidelberg.de](http://www.bethanien-heidelberg.de) (Zugriff am 20.03.2014)

Archiv Alzheimer Info 01/2003: Rooming-in für Angehörige

[www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de) (Zugriff am 28.05.2014)

Blickwechsel Demenz

[www.blickwecheldemenz.de](http://www.blickwecheldemenz.de) (Zugriff am 20.03.2014)

Bradford Teaching Hospital

[www.dlf.org](http://www.dlf.org) (Zugriff am 24.04.2014)

Delir

[www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de) (Zugriff am 10.06.2014)

Demenz. Evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnose und Therapie

[www.evidence.de](http://www.evidence.de) (Zugriff am 26.04.2014)

Dementia Services Development Centre (DSDC), Stirling

<http://dementia.stir.ac.uk> (Zugriff am 20.03.2014)

Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000

[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Zugriff am 05.06.2014)

Diagnoses Related Groups (DRGs)

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) (Zugriff am 14.04.2014)

[www.klinikum.uni-muenster.de](http://www.klinikum.uni-muenster.de) (Zugriff am 14.04.2014)

Diagnoserate Demenz, UK

[www.alzheimers.org.uk](http://www.alzheimers.org.uk) (Zugriff am 08.06.2014)

Department of Health UK, Interaktive Karte zu Demenzdiagnosen im Vereinigten Königreich

[www.dementiachallenge.dh](http://www.dementiachallenge.dh) (Zugriff am 08.06.2014)

Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Verweildauer)

[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Zugriff am 05.06.2014)

Förderprogramm Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

[www.bosch-stiftung.de](http://www.bosch-stiftung.de) (Zugriff am 20.03.2014)

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

[www.gemeinschaftskrankenhaus.de](http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de) (Zugriff am 20.03.2014)

GISAD

[www.bethanien-heidelberg.de](http://www.bethanien-heidelberg.de) (Zugriff am 22.04.2014)

ICD-10

[www.who.int](http://www.who.int) (Zugriff am 26.04.2014)

Lichttherapie

[www.gesundheitslexikon.uniklinikum-dresden.de](http://www.gesundheitslexikon.uniklinikum-dresden.de) (Zugriff am 01.06.2014)

NICHE Program

<http://www.nicheprogram.org> (Zugriff am 20.03.2014)

Pressemitteilung: Hohe Kosten durch Demenz und Depressionen

[www.destatis.de](http://www.destatis.de) (Zugriff am 20.04.2014)

Stadt Herdecke. Teekesselchen ist „Ort des Fortschritts 2013“

[www.herdecke.de](http://www.herdecke.de) (Zugriff am 20.03.2014)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder

[www.statistikportal.de](http://www.statistikportal.de) (Zugriff am 03.04.2014)

Statistisches Bundesamt (STBA)

[www.destatis.de](http://www.destatis.de) (Zugriff am 03.04.2014)

Teekesselchen

[www.blickwecheldemenz.de](http://www.blickwecheldemenz.de) (Zugriff am 22.04.2014)

[www.gemeinschaftskrankenhaus.de](http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de) (Zugriff am 22.04.2014)

Virtual Hospital

[www.de.dementia.stir.ac.uk](http://www.de.dementia.stir.ac.uk) (Zugriff am 20.03.2014)



## **Anhang 1: Demenzsensible Konzepte im Akutkrankenhaus**

Neben international realisierten Konzepten wie dem Modell der ACE-Units aus Amerika oder der Einrichtung der Tagesbetreuung „Huiskamer“ (Wohnzimmer) in den Niederlanden gibt es auch in Deutschland Beispiele zur demenzfreundlichen Gestaltung von Akutkrankenhäusern. Das Bethanien-Krankenhaus Heidelberg richtete eine Spezialstation für demenzerkrankte Patienten ein. Im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke entstand ein Tagesbetreuungsraum. Die TU München begleitete in Bamberg die Umgestaltung einer gesamten Station wissenschaftlich.

Auf den nachfolgenden Seiten werden diese bereits umgesetzten Projekte zur demenzsensiblen Anpassung der baulichen Umwelt in Akutkrankenhäusern hinsichtlich der Problemfelder, der durchgeführten Maßnahmen und der erzielten Effekte analysiert und in einer Übersicht zusammengefasst. Diese Untersuchung dient der Erarbeitung des Kriterienkataloges in Kapitel 5.

## The King's Fund The Environments of Care for people with Dementia programme

---

**Einrichtung**    Breadford Teaching Hospital, UK  
**Art**             Geriatrische Station  
                      Orthopädische Station  
**Zeitraum**      2009-2012

### Problemfelder

- Keine Sitzgelegenheiten auf dem Flur
- Keine Bilder, etc., die Interesse wecken und Aktivität fördern
- Schlechte Beleuchtung
- Unordnung auf den Fluren
- Mangel an Abstellflächen
- Fehlende Blickbeziehung: Schwesternstation  
Bettplätze
- Großzügig aber nüchterne Atmosphäre
- Starke Ähnlichkeit der Bereiche
- Gänzlich weiße Nasszellen
- Sensorisch bedienbare Wasserhähne

### Ergebnisse

- Höhere Patientenzufriedenheit
- Bessere Orientierung
- Besucher genießen Zeit fernab des Zimmers mit  
Patienten
- Erhöhte Aktivität und verbesserter Tag-Nacht-  
Rhythmus durch dynamisches Licht
- Minimierung der Stürze
- Reduktion herausfordernden Verhaltensweisen



Einrichtung eines Cafés



Hervorheben patientenrelevanter Bereiche  
Kinomobiliar



Hervorheben patientenrelevanter Bereiche  
Schriftliche und symbolische Information  
Thematisches Leitbild „Yorkshire Outdoors“



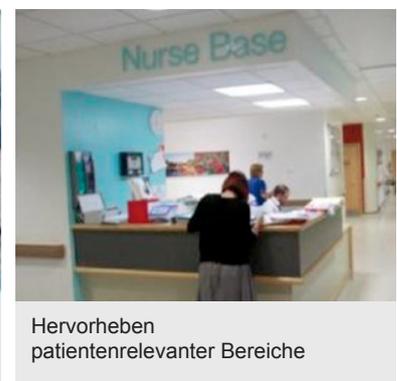
Thematisches Leitbild „Yorkshire Outdoors“  
Veränderliche Gestaltung durch Kollektion an Bildern und Objekten



Thematisches Leitbild „Yorkshire Outdoors“  
Veränderliche Gestaltung durch Kollektion an Bildern und Objekten  
Kinomobiliar



Veränderliche Gestaltung durch Kollektion an Bildern und Objekten  
Thematisches Leitbild



Hervorheben patientenrelevanter Bereiche

Quellen: WALLER, MASTERSON, FINN (2013); WALLER (2012)  
<http://www.dlf.org.uk/external/mhp/2013/Enhancing%20the%20Healing%20Environment%20for%20Patients%20with%20Dementia.ppt>. (Zugriff am 24.04.2014)  
[http://www.google.de/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.p-e-c.co.uk%2Fp-e-c-co-uk%2F\\_img%2FCase\\_Studies%2Fward\\_23%2Fcase-study-picture-3.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.p-e-c.co.uk%2Fcase-studies%2Fhealthcare%2Fward-23%2F&h=355&w=855&tbid=riH3YK89EC8PUM%3A&zoom=1&docid=Dt3\\_h868eqtETM&ei=bU SHU9jNL6mO4gTG14GYBA&tbm=isch&client=safari&iact=rc&uact=3&dur=1271&page=4&start=123&ndsp=34&ved=0CGkQrQMwlThk](http://www.google.de/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.p-e-c.co.uk%2Fp-e-c-co-uk%2F_img%2FCase_Studies%2Fward_23%2Fcase-study-picture-3.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.p-e-c.co.uk%2Fcase-studies%2Fhealthcare%2Fward-23%2F&h=355&w=855&tbid=riH3YK89EC8PUM%3A&zoom=1&docid=Dt3_h868eqtETM&ei=bU SHU9jNL6mO4gTG14GYBA&tbm=isch&client=safari&iact=rc&uact=3&dur=1271&page=4&start=123&ndsp=34&ved=0CGkQrQMwlThk) (Zugriff am 24.04.2014)

## Das Modell der ACE-Units

---

<b>Einrichtung</b>	Amerikanische Krankenhäuser
<b>Art</b>	ACE-Unit (Acute Care for the Elderly)
<b>Zeitraum</b>	seit den 90er Jahren
<b>Größe</b>	bis zu 35 Bettplätze

### Problemfelder

- Einbußen bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Übersiedlungen in Altenpflegeeinrichtungen

### Ergebnisse

- Geringere Rehospitalisierungsrate und Mortalität
- Verweildauerminimierung
- Vermehrte Rückkehr in die häusliche Umgebung
- verbesserte Fähigkeiten in der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- Reduktion der Arbeitsbelastung
- Erhöhte Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit
- Minimierung der Anzahl der Fixierungen
- Frühzeitigere, häufigere Beanspruchung physiotherapeutischer Maßnahmen
- Förderung der Orientierung
- verbessertes Wohlbefinden, Mobilität, Selbstständigkeit
- verminderte Weglauftendenzen
- verbesserte Atmosphäre



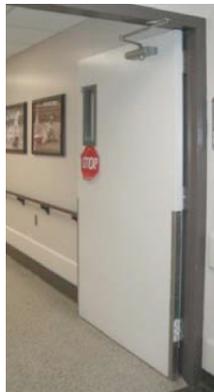
Provena Saint Joseph Medical Care Center

Große Uhren

Informationstafel am Bettplatz



Integration von Zielpunkten  
 Betonung patientenrelevanter Bereiche  
 Räumliche Orientierung durch Gemeinschaftsbe-  
 reiche



Kaschierte Türen  
 Visuelle Barriere



Teppichboden  
 Übersichtliche, aufgeräumte Flurbereiche  
 Kontrastreiche Handläufe

Rebecca Sealy Hospital, Galveston



Kaschierte Türen  
 Kontrastreiche Handläufe

Quellen: AHMED, PEARCE (2010); LANDEFELD et al. (1995); COUNSELL et al. (2000); SALTVEDT et al. (2002); MARQUARDT (2011)

## Huiskamer Modell

---

<b>Einrichtung</b>	Allgemeinkrankenhaus Laurentius Ziekenhuis, Roermond, NL
<b>Art</b>	Tagesbetreuung „Huiskamer“
<b>Zeitraum</b>	Anfang der 90er Jahre
<b>Größe</b>	max. 6 Patienten

### Problemfelder

- Verschlechterung der Gesundheit
- Demobilisation
- Verlust der Selbstständigkeit
- Unruhe und Aggressivität durch anregungsarme Umgebung und routinierte Abläufe

### Ergebnisse

- Geringere Rehospitalisierungsrate und Mortalität
- Patienten profitieren von der gezielten Mobilisierung, persönlichen Zuwendung, Beschäftigung und Ansprache
- Vermeidung von Fixierungen
- Vermeidung von frühzeitigen Überführungen in Pflegeheime
- Bessere Organisation der poststationären Versorgung



Einrichtung eines Tagesbetreuungsraumes  
Häusliche Ausstattung



Zugang zu Terrasse

# Teekesselchen

---

<b>Einrichtung</b>	Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
<b>Art</b>	Tagesbetreuung „Teekesselchen“
<b>Zeitraum</b>	2009-2012
<b>Größe</b>	max. 7 Patienten

## Problemfelder

- Einbußen der kognitiven Fähigkeiten
- Verlust der Selbstständigkeit
- Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus
- Beschäftigungslosigkeit
- Mangelernährung
- Belastungen des Personals

## Ergebnisse

- Stabilisierung und teilweise Verbesserungen geistiger und motorischer Fähigkeiten
- geregelterer Tag-Nacht-Rhythmus
- Stabilisierung und teilweise Verbesserungen im Grad der Selbstständigkeit
- Verminderung von sozial unangemessenem Verhalten
- Entlastung des Personals
- Höhere Mitarbeiterzufriedenheit



Wohnliche Atmosphäre



Kalender und Dekoration zur zeitlichen Orientierung

Quellen: SCHMIDT-TROSCHKE (2011); PLENER, ANGERHAUSEN (2012); WINGENFELD, STEINKE (2013)  
<http://www.blickwecheldemenz.de/content/e2615/e3703/> (Zugriff am 22.04.2014)  
<http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/de/pflege/Projekt%20Teekesselchen/> (Zugriff am 22.04.2014)  
<http://www.herdecke.de/rathaus-buergerservice/aktuelles-aus-herdecke/nachrichten/detailansicht/article/teekesselchen-ist-ort-des-fortschritts-2013.html>

## GISAD

---

<b>Einrichtung</b>	Geriatrisches Zentrum Bethanien-Krankenhaus Heidelberg
<b>Art</b>	Geriatrisch-internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten
<b>Zeitraum</b>	2004
<b>Größe</b>	max. 7 Patienten

### Problemfelder

- Verlegung in gerontopsychiatrische Einrichtungen trotz akuter somatischer Erkrankungen
- Einbußen der kognitiven Fähigkeiten
- Verlassen der Klinik
- große Belastungen des Personals durch „herausforderndes Verhalten“

### Ergebnisse

- Sicheres, freies Bewegen
- Ruhige Atmosphäre
- Rückgang aggressiver Verhaltensweisen, ziellosen Umherwanderns, Unruhezustände
- Verbesserung in alltagsverrichtenden Tätigkeiten und Mobilität
- Verminderung der Funktionseinbußen



Einrichtung eines Wohnzimmers



Getarnte Ausgangstür mit Codeeingabe  
Rastplätze im Flur  
Häusliche Gestaltung



Getarnte Ausgangstür mit Codeeingabe  
Anregende Gestaltung



Anregende Wandgestaltung



Rastplätze im Flur  
Häusliche Gestaltung  
Aktivierende Ausstattung

Quellen: MÜLLER et al. (2008); ZIESCHANG et al. (2008); ZIESCHANG et al. (2010)  
<http://www.bethanien-heidelberg.de/Geriatriisch-Internis.417.0.html?&L=0> (Zugriff am 22.04.2014)  
 Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg. e.V. (2009); Bildmaterial der TU Dresden

## Klinikum am Bruderwald Bamberg

---

**Einrichtung** Allgemeinkrankenhaus  
**Art** Neurologische Station  
**Zeitraum** Herbst 2011 - Frühling 2012

### Problemfelder

- Insgesamt schlechte Beleuchtungssituation
- Lichtinseln am Boden
- Stark spiegelnder Linoleumboden im Patientenzimmer
- Ausgänge bei größter Lichtquelle am Flurende
- zu hoch angebrachte, kleine Wegweiser und Beschilderungen mit geringen Kontrasten
- Muster im Bodenbelag, dunkle Streifen als Sturzgefahr
- Nüchterne Atmosphäre
- Keine farbliche Differenzierung von Wand und Decke
- Weiße Kleiderhaken an weißer Wand
- Schrankwand ohne Orientierungshilfen

- Stühle ohne Griffleiste an Rückenlehne
- Flatternde Vorhänge
- Keine Handläufe
- Lichtschalter außerhalb der Nasszelle
- Vorhänge als Unfallgefahr

### Ergebnisse

- Höhere Patientenzufriedenheit
- Bessere Orientierung
- Besucher genießen Zeit fernab des Zimmers mit Patienten
- Erhöhte Aktivität und verbesserter Tag-Nacht-Rhythmus durch dynamisches Licht
- Minimierung der Stürze
- Reduktion herausfordernden Verhaltensweisen



Circadiane Beleuchtung und Farblichtschiene

Quellen: DIETZ, LBA Krankenhausbau (o.J.)



Thematisches Leitbild

Thematisches Leitbild  
Leseleuchte mit Faustgriff  
Farbcodierungen und Kontraste

Erinnerungskästchen



Farbcodierung und Kontrast

Kontraste und Umrissmarkierungen  
Unterfahrbarer Waschtisch mit Griffleisten  
Erhöhte Lichtstärke

## Übersicht: Einrichtung und Maßnahmen

### Bradford Teaching Hospital

- Thematisches Leitbild
- Hervorheben patientenrelevanter Bereiche
- Krankenhausunübliches Mobiliar
- Einrichtung eines Cafés
- Umgestaltung des Flurs – Übersichtlichkeit und Rastplätze
- Anpassung der Informationsträger
- Veränderliche Gestaltung
- Farbcodierung
- Erinnerungskästchen
- Circadiane Beleuchtung

### ACE-Unit

- Spezialisierte Station
- Geschützte Atmosphäre
- Kaschierte Türen
- Übersichtliche Flure
- Informationstafel
- Rooming-In
- Nachtbeleuchtung
- Kontrastreiche Handläufe zwischen Bett und Bad
- Große Uhr/Kalender
- Ergonomische Maßnahmen
- Teppichboden
- Integration von Zielpunkten
- Niedrige Tresen am Dienstplatz
- Stellflächen für Mobilitätshilfen im Patientenzimmer

### Huiskamer

- Tagesbetreuungsraum
- Ruheraum
- Terrasse
- Wohnliche Ausstattung

### Teekesselchen

- Tagesbetreuungsraum
- Angliederung an somatische Station
- Zentrale Lage im Krankenhaus
- Wohnliche Ausstattung
- Große Uhr/Kalender

### GISAD

- Spezialisierte Station
- Kleinteilige Struktur
- Angliederung an somatische Station
- Gemeinschaftsbereich/Wohnzimmer
- Wohnliche Ausstattung
- Kaschierte Ausgangstür
- Umgestaltung des Flurs – Rastplätze
- Verriegelung der Fenster

### Klinikum Bamberg

- Thematisches Leitbild
- Betonung patientenrelevanter Elemente
- Große Uhr/Kalender
- Große Zimmernummern
- Leiser Schließmechanismus der Türen
- Bodenbelag in Holzoptik
- Umrissmarkierungen am WC und Waschbecken
- Circadiane Beleuchtung

## Übersicht: Einrichtung und positive Auswirkungen

Einrichtung Effekt	Bradford Teaching Hospital	ACE-Unit	Huiskamer	Teekesselchen	GISAD	Klinikum Bamberg
Erhöhte Patientenzufriedenheit	x					x
Erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit				x		x
Geringere Rehospitalisierungsrate		x		x		
Geringere Mortalität		x				
Geringere Verweildauer		x				x
Geringere Gesamtpflegekosten		x				
Vermehrte Rückkehr in häusliche Umgebung		x				
Vermeidung frühzeitiger Überweisungen in Altenpflegeeinrichtungen			x			
Frühzeitigere, häufigere Beanspruchung physiotherapeutischer Maßnahmen		x				
Verbesserte Organisation der poststationären Versorgung			x			
Minimierung der Anzahl der Fixierungen		x	x			
Minimierung der Stürze	x					
Verbesserte Orientierung	x					
Erhöhte Aktivität	x					
Verbesserter Tag-Nacht-Rhythmus	x					
Verbesserte Fähigkeiten in der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs)					x	
Verbesserung motorischer und geistiger Fähigkeiten						
Stabilisierung der Selbstständigkeit		x				
Rückgang des Wanderverhaltens		x			x	
Rückgang der Verhaltensauffälligkeiten	x				x	
Verminderung der Funktionseinbußen					x	
Erhöhtes Wohlbefinden		x	x			
Besucher verbringen mehr Zeit fernab des Zimmers	x					
Verbesserte Atmosphäre		x			x	
Verbesserte Mobilität		x	x			
Sicheres, freies Bewegen					x	
Höhere Frequentierung des Aufenthaltsbereichs						

## Anhang 2: Interview

Interview mit Frau Kaden, Leiterin der Station 2N (Innere Medizin) des Diakonissenkrankenhauses Dresden

### **Themenkreis 1: Versorgung und Pflege von Menschen mit Demenz und Probleme**

**Immer mehr Menschen mit Demenz werden stationär im Krankenhaus behandelt. Welche Probleme ergeben sich für das Diakonissen Krankenhaus durch die stationäre Behandlung von Menschen mit Demenz?**

**Bei welchen pflegerischen Maßnahmen/Aktivitäten treten besonders Probleme auf?**

Das größte Problem ist, dass die Patienten tagsüber und nachts Beschäftigung brauchen. Fitte Menschen mit Demenz haben eine hohe Weglauftendenz, vergessen was gesagt wurde, stellen immer wieder die gleichen Fragen. Auch der gestörte Tag-Nacht-Rhythmus ist ein Problem. Die Patienten sind tagsüber müde und nicht mobilisierbar, dafür nachts aktiv. Auch zu den Mahlzeiten sind sie ja schläfrig.

Wie hoch die körperliche Arbeit ist, hängt ganz vom Status der Demenz ab. Sind die Patienten fit, macht eher das Weglaufen Probleme. Die Arbeit ist körperlich und auch psychisch anstrengend, manche Patienten werden auch aggressiv. Dann hat man Glück, wenn gerade Angehörige da sind oder man versucht über das Gespräch die Patienten zu beruhigen. Es ist wichtig, sie nicht festzuhalten, sondern ihnen ein Alternativangebot zu machen. Wenn sie sich aber selbst gefährden zu drohen, werden sie auch mitunter sediert. Es gab auch schon Schulungen zu aggressiven Verhaltensweisen.

Ein gutes Beispiel ist, wenn sie versuchen auf die Toilette zu gehen und aber einen Dauerkatheter nach einem Eingriff bekommen haben. Sie verstehen die fremde Anwendung nicht und verstehen nicht, was sie haben. Sie wollen ja auch nicht ins Bett pinkeln. Es ist ja ganz natürlich, dass man auf die Toilette gehen will. Auch durch das Nesteln werden sorgfältig angebrachte Verbände gelöst, sie haben dabei viel Geduld und bekommen alles abgemacht.

Probleme mit Mitpatienten treten auch dann auf, wenn die Patienten die Zimmer umräumen oder sich in andere Betten legen und die körperlich und teilweise auch kognitiv eingeschränkten Bettnachbarn dies nicht verhindern können.

Wenn die Nachtruhe gestört wird, werden Menschen mit Demenz auch aus dem Zimmer genommen, um die Nachtruhe für die anderen zu erhalten. Generell, wenn die Möglichkeit besteht, werden Menschen mit Demenz aus den großen Zimmern umgelegt.

Bei den Weglauftendenzen habe ich den Eindruck, dass sie vor allem den Ausgang suchen, je nachdem, ich welcher Zeit sie sich wähen. Es gibt auch Beobachtungen, dass sie in Richtung der Station 2C, zum Licht laufen. Sie verirren sich aber auch in die Palliativstation.

---

**Wie gehen Ärzte damit um? Gehen Ärzte damit anders um? Fallen Ärzten diese Probleme auf?**

Die Pflegekräfte sind mehr betroffen. Wenn es um die Behandlungsplanung geht, wird der Ablauf natürlich manchmal verzögert. Auch wenn Betreuer für Unterschriften nötig sind. Sie führen auch die Sedierungen durch, da die Bettruhe sonst nicht eingehalten werden kann.

**Auf welcher Station treten besondere Probleme durch Menschen mit auf?**

Es geht eher jede Station für sich mit den Problemen um. Diese sind auf jeder Station unterschiedlich, je nachdem wie hoch die Anzahl demenzieller Patienten dort ist. Wahrscheinlich sind eher die internistische und traumatologische Station betroffen, da diese am ehesten den Krankheitsbildern entsprechen.

**Können Sie den Mehraufwand einschätzen?**

Der höchste Mehraufwand entsteht, wenn die Patienten körperlich noch aktiv sind und weglaufen oder einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus haben. Auch wenn sie die Nahrung verweigern und sich nicht-zurecht finden. Sie bräuchten eigentlich eine 24h-Beschäftigung. Bettlägerige Patienten sind im Bezug auf den Mehraufwand eher nicht so problematisch.

**Wie hoch ist die subjektive Belastung für die Pflegekräfte?**

Die Arbeit ist vor allem psychisch anstrengend.

**Wird mehr Personal in Bereichen, wo viele Patienten mit Demenz sind eingesetzt?**

Das ist spontan meistens nicht möglich. Wenn Praktikanten oder Schüler da sind, ist die Situation etwas besser. Man bräuchte eine „Sitzwache“, die neben dem Patienten am Bett sitzt aufpasst, dass er nach Interventionen die Bettruhe einhält und ihn ablenkt und beschäftigt.

Nachtaktive Patienten werden manchmal mit ins Dienstzimmer genommen und helfen zum Beispiel Sachen zu stempeln. Sie mit der Tageszeitung abzulenken klappt meistens nicht. Wir lassen sie auch nebenher beim Nachtdienst einfach mit uns mitlaufen.

Wie gesagt, spontane Hilfe, wenn Beschäftigung und Betreuung gebraucht wird, fehlt.

Ein extra Raum dafür wäre schön, hat aber ohne das nötige Personal, das die Patienten dort beschäftigt nicht viel Wert. Viele sind eben auf der Suche. Verstehen nicht, warum sie hier sind und was sie hier machen. Ein extra Raum wäre einen Versuch wert, ist aber auch patientenabhängig. Angehörige können Informationen geben, was sie zuhause nachts mit den Patienten machen, wie sie sie beschäftigen. Das gleiche könnte man dann hier machen. Einen speziellen Raum sehe ich eher nicht als sinnvoll an.

## **Themenkreis 2: Probleme im Zusammenhang mit Architektur**

**Welche Probleme ergeben sich durch bauliche Gegebenheiten?**

**Können Sie Probleme im Zusammenhang mit Architektur benennen?**

**Sind spezielle Räume/Bereiche problematisch?**

**Existieren problematische Raumanordnungen?**

Der Aufenthaltsbereich befindet sich genau gegenüber dem Ausgang. Die Station ist vom Dienstzimmer nicht einsehbar. Der Funktionsraum für die Vorbereitung von Infusionen ist weit nach hinten gerückt, der Gang ist so nicht einsehbar. Genauso das Schwesternzimmer. Es gibt auf unserer Station allein vier Möglichkeiten sie zu verlassen.

**Fehlen Räume? Fehlt es an Platzbedarf?**

Der Flur könnte breiter sein. Es fehlt zusätzlicher Abstellraum für die Wagen. Ein zweiter Aufenthaltsraum für mehrere demente Patienten in den einzelnen Patientenzimmern wäre gut. Gerade für die Beschäftigung nachts oder zum Schlafen. Es werden die Patienten in den Zimmern ja nach Geschlecht getrennt, sodass eine Verlegung in freie Zimmer oft nicht möglich ist.

**Wo/in welchen Bereichen?**

Der Raum für Menschen mit Demenz müsste gegenüber dem Dienstzimmer liegen. Wenn sie das Zimmer verlassen und nur über die Station laufen, ist das nicht so problematisch. Es ist eher schwierig den Punkt zu erkennen, wenn sie den Ausgang gefunden haben und dann weg sind.

**Es gibt viele Mehrbettzimmer im Diakonissen-Krankenhaus: Sehen Sie darin eine Chance oder eher größeres Problempotential?**

Es ist ja eine gemischte Station. Die Probleme überwiegen. Mitpatienten sind nicht für andere Mitpatienten verantwortlich. Jeder Patient kommt mit seiner Last ins Krankenhaus. Es wird versucht die Probleme zu lösen, indem man diese Patienten nicht zusammenlegt.

**Gibt es schon spezielle Ausstattungen in Stationen, auf denen ein großer Anteil der Patienten mit Demenz versorgt wird?**

Nein.

---

**Wurden schon in Eigeninitiative von den Schwestern Maßnahmen durchgeführt, um die Situation zu verbessern?**

Die Zimmernummern wurden größer neben den Türen angeschrieben. Es gibt farbliche kleine Punkte an den Schränken, die sind aber eher für die Pflegekräfte nützlich, damit man zum Beispiel weiß, welches Handtuch wem gehört.

Um die Weglauftendenz zu bemerken wurden nachts Löffel auf die Türklinken gelegt, damit man hört, wenn ein Patient das Zimmer verlässt. Die Patienten sind oft so leise, dass man es gar nicht mitbekommt. Tagsüber war das aufgrund des hohen Geräuschpegels nicht möglich.

**Werden Therapien, die aus Altenpflege bekannt sind, angewendet? Bestünde dafür ein spezieller Raumbedarf?**

Validation ist mir bekannt, Therapien und Ansätze zur Beschäftigung sind bekannt, werden aber eher nicht angewendet. Basale Stimulation wird manchmal angewendet. Es ist ja auch ein Struktur- und Zeitproblem. Viele Schnittstellen müssen bedient werden, da wird Beschäftigung eher hinten angestellt.

**Themenkreis 3: Ökonomie**

**Menschen mit Demenz überschreiten oft die vom DRG-System kalkulierte Verweildauer. Wie geht das Diakonissen Krankenhaus mit der Verweildauerüberschreitung (und den dadurch entstehenden Mehrkosten) um?**

**Werden höhere Ausgaben ausgeglichen? Können Sie zu ökonomischen Gesichtspunkten eine Zukunftsprognose geben?**

Dazu kann ich Ihnen leider keine Angaben machen. Da müssten Sie sich an den Pflegedirektor Herrn Junge wenden.

**Themenkreis 4: Ziele und Wünsche**

**Welche Ziele und Wünsche haben Sie für die Zukunft für die Station 2N?**

Ein höherer pflegerischer Personalschlüssel, damit weniger Patienten pro Schwester zu versorgen sind wäre gut. Dann hätte man mehr Möglichkeiten, sie nebenbei zu beschäftigen. Es ist vor allem ein personelles Problem. Man kann nicht spontan auf Ressourcen zurückgreifen. Alltagsbegleiter wären auch nur von Montag bis Freitag da. Man braucht aber 24h Stunden Unterstützung, auch an Feiertagen.

Mittels schon erforschter Möglichkeiten wäre es gut, Orte für die Beschäftigung der Patienten zu schaffen, dass sie sich selbst beschäftigen können und auch beschäftigt werden.

Der Überblick vom Dienstzimmer aus fehlt. Baulich wäre ein Aufenthaltsraum gegenüber dem Schwesternzimmer gut. Und der Gang ist einfach sehr schmal. Die vier Fluchtwege sind das größte Risiko. Man muss ringsum schauen. Es wäre schon eine Verbesserung, wenn die Patienten nur in eine Richtung weglaufen könnten.

**Vielen Dank für Ihre Zeit und die ausführlichen Antworten!**

Gerne, kein Problem!