

Deutsche Alzheimer Gesellschaft
Landesverband Bayern e.V.

Geschäftsstelle

Wallensteinstraße 63 90431 Nürnberg
Fon 0911/44 66 784 Fax 0911/2723501
Internet: www.alzheimer-bayern.de
e-mail: info@alzheimer-bayern.de

**Abschlussbericht zum bayernweiten Projekt
„Menschen mit Demenz im Krankenhaus“
Projektphase II - 2012 bis 2014
durchgeführt von der
Deutschen Alzheimer Gesellschaft,
Landesverband Bayern e.V.**

Inhaltsverzeichnis

1. ALLGEMEINE ANGABEN	4
1.1. BEZEICHNUNG DES PROJEKTES	4
1.2. ANTRAGSTELLER	4
1.3. TEILNEHMER	5
1.4. INHALTE DES PROJEKTES	5
1.5. ÜBERSICHT ZEITPLAN	6
1.5.1. VOR PROJEKTBEGINN:	6
1.5.2. AB PROJEKTBEGINN IN DEN AUSGEWÄHLTEN KLINIKEN:	6
2. ZIELE UND ERWARTUNGEN	8
2.1. HINTERGRUND FÜR DAS PROJEKT UND DIE PROJEKTZIELE	8
2.2. PROJEKTZIELE UND ERWARTUNGEN	8
3. VORBEREITUNG DES PROJEKTES	11
3.1. ERARBEITUNG GEMEINSAMER VERBINDLICHER GRUNDLAGEN UNTER DEN ALZHEIMER GESELLSCHAFTEN	11
3.2. VERMITTLUNG DES PROJEKTKONZEPTES AN DIE KLINIKEN	12
3.3. PROJEKTSTART	12
4. DURCHFÜHRUNG UND VERLAUF WICHTIGER PROJEKTBAUSTEINE	14
4.1. ZAHLEN ZUM PROJEKT	14
4.2. VERLAUF WICHTIGER PROJEKTBAUSTEINE	14
4.2.1. GEWINNUNG, FORTBILDUNG UND EINSATZ VON EHRENAMTLICHEN ZUR BEGLEITUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ	14
4.2.2. EINSATZPLANUNG DER EHRENAMTLICHEN	15
4.2.3. FACHLICHE ANLEITUNG DER EHRENAMTLICHEN	16
4.2.4. AUFWANDESENTSCHÄDIGUNG FÜR DIE EHRENAMTLICHEN	16
4.2.5. SCHULUNG VON KRANKENHAUSMITARBEITERN	17
4.2.6. UMSETZUNG DEMENZSENSIBLER KONZEPTE	18

5. <u>PROBLEME IM VERLAUF DES PROJEKTES</u>	21
6. <u>PROJEKTEVALUATION</u>	23
6.1. ABSCHLUSSEVALUATION EHRENAMTLICHE HELFER	23
6.2. ABSCHLUSSEVALUATION MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER DER KRANKENHÄUSER	27
7. <u>ERREICHUNG DER ZIELE</u>	31
7.1. ZIELEBENE UMSETZUNG KONKRETER HILFEN IN DEN KLINIKALLTAG	31
7.2. ZIELEBENE SENSIBILISIERUNG UND NACHHALTIGKEIT	32
7.3. ZIELEBENE WIRKUNGEN AUßERHALB DES PROJEKTES	32
8. <u>BEWERTUNG</u>	34
9. <u>PERSPEKTIVEN</u>	35

1. Allgemeine Angaben

1.1. Bezeichnung des Projektes

Vor dem Hintergrund einer schwierigen Situation von Menschen mit Demenz in Krankenhäusern (in Schilderungen Angehöriger, in der Fachliteratur und im Projektkonzept ausreichend beschrieben) hat die Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e.V. 2010 ein Konzept für ein bayernweites Projekt „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ entwickelt und als Projektträger in einer Projektphase I im Zeitraum 01.10.2010 bis zum 31.12.2011 unter Beteiligung von sieben regionalen Alzheimer Gesellschaften und sieben Krankenhäusern durchgeführt. Nach Projektende erfolgte im ersten Quartal 2012 die Fertigstellung der Evaluation und bis Mitte April 2012 des Abschlussberichtes zur Projektphase I.

Aufgrund der sehr positiven Erfahrungen aus Phase I wurde zwischen dem Landesverband und den Förderern eine zweite Projektphase vom 1.9.2012 bis zum 31.3.2014 vereinbart. Wie beim vorhergehenden Projekt wurden die Projektbausteine von Anfang September 2012 bis Ende Dezember 2013 umgesetzt. Ab Anfang Januar 2014 schloss sich auch hier projektbegleitend fortlaufend und im ersten Quartal 2014 eine Evaluation der Ergebnisse an, die mit diesem Bericht vorgelegt wird. Zusätzlich erfolgte innerhalb des Projektzeitraumes zwischen Januar 2013 und Mai 2013 eine wissenschaftliche Begleitforschung zum Belastungserleben von Krankenhausmitarbeitern, die den wissenschaftlichen Kern einer Masterarbeit bildete.

Auch die Projektphase II wurde von der Robert Bosch Stiftung (Bewilligungsnummer 12.4.1365.0077.0), dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, bayerischen Krankenkassen (VDEK und ARGE) im Rahmen der Selbsthilfeförderung und durch Eigenmittel des Landesverbandes finanziert.

1.2. Antragsteller

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern hat als Antragsteller und Projektträger für die Projektleitung der Phase II wiederum den wissenschaftlichen Leiter der Ingenium-Stiftung Ingolstadt, Herrn Dipl.-Biol. Dr. rer. nat. Winfried Teschauer, M. Sc. Gerontologie, eingesetzt. Er ist Mitglied im Bundes- und Landesvorstand der Deutschen Alzheimer Gesellschaft sowie bei der Alzheimer Gesellschaft Ingolstadt. Herr Dr. Teschauer war auch erneut federführend für die Evaluation zuständig, die unter Mitwirkung des Dipl. Soziologen Christian Meyer erstellt wurde.

Die Projektverwaltung (Projektgrundlagen, Anträge, Rechnungswesen und Verwendung) lag wie in der Phase I im Aufgabenbereich von Mitarbeitern der Geschäftsstelle des Landesverbandes (Verwaltungskraft und Geschäftsführung).

Die regionalen Projektleitungen der Alzheimer Gesellschaften sind alle seit Jahren ehrenamtlich in Alzheimer Gesellschaften engagiert und bringen Qualifikationen in sozialen oder medizinischen Berufen mit (Apotheker, Ärztin, Medizinisch-Technische Assistentin bzw. Vali-

dationslehrerin). Als Ergänzung zur ersten Projektphase wurde zusätzlich die Option angeboten, Kliniken in das Projekt mit aufzunehmen, an deren Standort keine lokale Alzheimer Gesellschaft angesiedelt war oder deren lokale Alzheimer Gesellschaft die Projektbegleitung nicht tragen wollte. In diesen Fällen wurde die lokale Projektkoordination durch Vertreter des Landesverbandes übernommen.

Die regionalen Projektleitungen auf Seiten der beteiligten Krankenhäuser bestanden in der Regel aus den Pflegedienstleitungen oder den Pflegedirektionen bzw. Mitarbeiterinnen aus dem Sozialdienst und der Geschäftsführung.

1.3. Teilnehmer

Projektteilnehmer waren:

- der Landesverband als Projektträger (Gesamtleitung, Mitarbeiter der Geschäftsstelle)
- regionale Alzheimer Gesellschaften mit je einer Projektleitung
 - Alzheimer Gesellschaft Augsburg
 - Alzheimer Gesellschaft Hof-Wunsiedel
 - Alzheimer Gesellschaft Kempten
- Krankenhäuser Bayerns mit je einer Projektleitung
 - Klinik Vincentinum, Augsburg
 - Klinikum Kempten-Oberallgäu, Kempten
 - Ilmtalklinik, Mainburg-Pfaffenhofen
 - Klinikum Münchberg-Naila
 - Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg
 - Klinikum Altmühlfranken, Weißenburg-Gunzenhausen
- Ehrenamtliche in der Betreuung von Menschen mit Demenz
- Krankenhausmitarbeiter (der Projektstationen und als Schulungsteilnehmer)
- Krankenhauspatienten mit Demenz oder anderen kognitiven Einschränkungen

1.4. Inhalte des Projektes

Für die Projektphase I hat der Landesverband Bausteine entwickelt, die zur Zielerreichung erforderlich sind, und die für die Projektphase II teilweise verändert übernommen wurden:

- Gewinnung von Kliniken, Beratung und Information der Kliniken zum Projekt
- Erstellung der regionalen Projektkonzeption und -planung
- Entwicklung und Bereitstellung von Schulungs- bzw. Projektmaterial
- Gewinnung, Schulung und Einsatz von Ehrenamtlichen
- Schulung von Krankenhauspersonal
- Angehörigenberatung im Krankenhaus
- Information und Beratung der Kliniken zu demenzsensiblen Konzepten

- Öffentlichkeitsarbeit, Durchführung von Veranstaltungen
- Koordination aller Projektaktivitäten und regelmäßige Austauschtreffen der Projektleitungen

1.5. Übersicht Zeitplan

1.5.1. Vor Projektbeginn:

- Fortsetzung des Arbeitskreises Demenz im Krankenhaus mit der Aufgabe des Austausches über das Thema und zur Vorbereitung des Projektstarts
- August 2012: Fertigstellung des Projektkonzeptes und Sicherstellung der Projektfinanzierung
- August 2012: Erstellung eines Projektvertrages (Anhang 1)
- ab September 2012: Vorstellung des Projektes bei den Krankenhäusern und Kooperationsgespräche der regionalen Alzheimer Gesellschaften mit den Kliniken
- September/Oktober 2012: Entscheidung über Projektteilnahme von drei regionalen Alzheimer Gesellschaften und sechs Kliniken nachdem für alle Einzelprojekte interne Klärungen abgeschlossen und Grundlagen einer Zusammenarbeit vereinbart waren. Drei Kliniken wurden vom Landesverband als regionaler Projektpartner betreut (Mainburg / Pfaffenhofen, Regensburg, Weißenburg / Gunzenhausen).

1.5.2. Ab Projektbeginn in den ausgewählten Kliniken:

- ab Oktober: Detailklärung der Vertragsverhältnisse und Unterzeichnung der Verträge
- ab Oktober 2012: Projektkonzipierung und Erstellung von Projektplänen in den Einzelprojekten und Einrichtung der Steuerungsgruppen
- Oktober 2012: Ausarbeitung der Fragebögen Eingangsbefragung Mitarbeiter: Die Fragebögen der Projektphase I wurden mit geringfügigen Modifikationen übernommen.
- 29. Oktober 2012 bis Projektende: Beginn der bayernweiten Projektkoordination durch den Landesverband in Form des ersten „Koordinationsmails“ incl. Detaillierung der Projektpläne und Abstimmung der zeitlichen Gestaltung der Eingangsbefragung und der ersten Mitarbeiterschulungen sowie Öffentlichkeitsarbeit zum Projektbeginn und Akquise von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern (EAH)
- ab November 2012: Beginn der Gewinnung von EAH
- ab November 2012 bis Projektende: regelmäßiger Austausch der lokalen Projektleitungen (Alzheimer Gesellschaft und Klinikum)
- ab November 2012 bis Projektende: Beratung der einzelnen Projekte über demenzsensible Konzepte und deren Umsetzungsmöglichkeiten incl. Festlegung der Kliniken auf konkrete Aufgaben
- November: Vorbereitung des ersten gemeinsamen Koordinationstreffens am 10. Dezember 2012 in Ingolstadt

- 10. Dezember 2012 bis 24. Januar 2014: Insgesamt vier Koordinationstreffen (regionale Projektleitungen, Gesamtprojektleitung und Landesverband)
- November / Dezember 2012: Anfangsevaluation Mitarbeiter in den Projektstationen durch einen Fragebogen (Rücklauf 279 Fragebögen bzw. 52,8% für alle Krankenhäuser; vgl. Anhang 2)
- Februar 2013 / März 2013: Schulung der EAH an fünf Standorten (an einem Standort wurden die EAH-Schulungen erst im September durchgeführt)
- Mitte März 2013: Zwischenevaluation zur wissenschaftlichen Begleitforschung: Belastungserleben der Mitarbeiter nach den Schulungen
- ab April 2013: Einsatz und Anleitung Ehrenamtlicher (Reflexion der eigenen Tätigkeit)
- 3. Mai 2013: Vorstellung einiger Ergebnisse der Zwischenbefragung auf einem Kongress der Universität Witten-Herdecke - Demenz im Krankenhaus: Perspektive der Pflegenden. Der Vortrag wurde in einem Kongressband veröffentlicht: *Teschauer, 2013, Belastungserleben des Pflegepersonals bei der Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus - Wissenschaftliche Begleitforschung zu einem Projekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Landesverband Bayern in gplus (Hrsg) 8/2013: Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Perspektiven der Pflegenden, Witten-Herdecke)*
- Sommer 2013: kontinuierliche Beratung bei der Umsetzung der demenzsensiblen Konzepte in den Projektkliniken
- Ab August 2013: Vorbereitung der Vernetzungsveranstaltungen im Herbst 2013 an jedem der sechs Projektstandorte mit Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit / Layout durch den Landesverband
- 29. Oktober bis 18. Dezember: Vernetzungsveranstaltung an allen sechs Projektkrankenhäusern mit bis zu ca. 120 Teilnehmern
- Dezember 2013: Abschlussevaluation (Fragebögen an Krankenhausmitarbeiter, Projektleitungen, Ehrenamtliche für die Abschlussevaluation)
- Januar 2014 – April 2014: Projektabschluss (Erstellung des Verwendungsnachweises, der Evaluation und des Abschlussberichtes)

2. Ziele und Erwartungen

2.1. Hintergrund für das Projekt und die Projektziele

Zum Hintergrund für das Projekt wird auf den Abschlussbericht der Projektphase I von 2010-2012 verwiesen. Dieser ist unter folgender Homepage abrufbar: http://www.alzheimer-bayern.de/pdf_antraege/AbschlussberichtProjekt%20DiK%202012_04_13_V_def.pdf. Der Hintergrund des Projektes hat sich nicht wesentlich verändert. Allerdings fiel bei der Akquise der Teilnehmer für die Projektphase II auf, dass insgesamt eine höhere Sensibilität gegenüber der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus aufseiten der Kliniken vorherrschte. So hat z.B. die Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie ihr Heft im April 2013 dem Generalthema gewidmet und mit acht Artikeln bearbeitet. Einer dieser Artikel beschäftigte sich unter anderem mit den Ehrenamtlichen Demenzbegleitern am Klinikum Nürnberg auch im Rahmen der Projektphase I (*Eggenberger et al. (2013) We cannot care alone. Ehrenamtliche Demenzbegleiter am Klinikum Nürnberg. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2013/3: 226-232*). Dennoch darf man wohl davon ausgehen, dass der überwiegende Anteil der Häuser noch keine konkreten Projekte zur Versorgung demenzkranker Patienten begonnen hat. Mitursächlich hierfür ist möglicherweise eine vollkommene Fehleinschätzung der Anzahl der Behandlungsfälle von Demenzkranken: In einem Sonderband schreibt das statistische Bundesamt hierzu „Auch bei Demenzerkrankungen dürfte es zu einem deutlichen Anstieg der Fälle kommen. Krankenhausbehandlungen **wegen** Demenz fallen zurzeit jedoch in absoluten Zahlen kaum ins Gewicht (knapp 28 100 Fälle im Jahr 2008)“ (*Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010) Demographischer Wandel. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Heft 2, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden*). Für das Jahr 2011 stellt sich die Lage ähnlich dar: Hier wurden knapp 24.000 Demenzerkrankungen unter 18,8 Millionen Behandlungsfällen registriert (0,13%). Tatsächlich muss jedoch mit einem Anteil von über 10 Prozent gerechnet werden, auch, wenn aussagekräftige aktuelle Prävalenzzahlen fehlen.

Ergebnis der Fehleinschätzung sind nicht an Demenzkranke angepasste Krankenhausstrukturen. Häufig treten deshalb Demenzsymptome im Rahmen der Milieuveränderung erstmalig im Krankenhaus auf. Bei bestehenden und diagnostizierten Erkrankungen kommt es häufig zu einer Verschlechterung des kognitiven und allgemeinen Zustandes des Patienten im Krankenhaus, die von Angehörigen oder anderen versorgenden Personen deutlich wahrgenommen wird.

2.2. Projektziele und Erwartungen

Als Konsequenz haben sich auch die Ziele und Erwartungen an das Projekt in Phase II nicht wesentlich verändert. Allerdings wurden in der Projektphase II einige Veränderungen in der Organisationsstruktur eingeführt:

- In der Projektphase I hatte sich bereits abgezeichnet, dass die Mitarbeiter der Krankenhäuser häufig mit den nicht-kognitiven und kognitiven Symptomen der Demenz konfrontiert waren. Deshalb wurde die Bedeutung der Schulung der Mitarbeiter als einer der zentralen Punkte des Projektes nochmals hervorgehoben. Andererseits zeigten die Erfahrungen der ersten Projektphase, dass die Beratung von Angehörigen im Krankenhaus v.a. strukturell schlecht umsetzbar war. Die beiden anderen Punkte haben ihre unveränderte Bedeutung, auch wenn sich die Beratung von Angehörigen im Krankenhaussetting nur teilweise umsetzen lässt.
 - die Schulung des Krankenhauspersonals zum Thema Demenz
 - die Gewinnung, Schulung und der Einsatz von Ehrenamtlichen zur Begleitung von Menschen mit Demenz
 - die Beratung von Angehörigen im Krankenhaus
- Ein weiteres Ziel war es, durch das Projekt die beteiligten Kliniken für das Thema zu sensibilisieren, weitere Anpassungen und Veränderungen zu initiieren, und diese, aber auch wichtige Projektbausteine nach dem Projektende weiterzuführen (Nachhaltigkeit). Solche Bausteine von besonderer Bedeutung waren:
 - die Information der Klinikmitarbeiter zu demenzsensiblen Konzepten, zu anderen Modellen in anderen Bundesländern, aber auch zu den Ergebnissen der Projektphase I
 - neu in die Projektstruktur aufgenommen wurde die durch die lokale Projektleitung und den Landesverband begleitete Einführung von demenzsensiblen Konzepten, die schnell umsetzbar, aber mittelfristig wirksam waren
- Neben diesen Zielen erhofften wir uns auch eine Wirkung des Projektes auf andere Beteiligte im bayerischen Krankenhauswesen und darüber hinaus (Nachhaltigkeit, Ausstrahlung über den Projektstandort). Neu aufgenommen wurde deshalb der Gedanke von Vernetzungsveranstaltungen zum Projektende, zu denen Kliniken aus der Region der Projektkrankenhäuser, aber auch andere Beteiligte geladen wurden. Wichtige Bausteine dazu waren:
 - Öffentlichkeitsarbeit, Durchführung von überregionalen Vernetzungsveranstaltungen und die Darstellung des Projektes auf unserer Homepage
 - Schulungsangebote für alle, auch für nicht am Projekt beteiligte Kliniken
- Schließlich ist geplant, die Projektphase II mit einem Fachtag der Bayerischen Alzheimer Gesellschaft am 9. Juli 2014 abzuschließen, an dem unter anderen die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege beteiligt sein wird. Die Projektergebnisse werden durch die beteiligten Projektpartner und die Projektleitung vorgestellt werden.

Damit diese Ziele überhaupt erreicht werden konnten, galt es, wie im Konzept geplant, drei regionale Alzheimer Gesellschaften und sechs Kliniken Bayern zu gewinnen. Drei Kliniken wurden direkt durch den Landesverband betreut. Wichtige Bausteine dazu waren:

- Die Information, Vorbereitung und Unterstützung der beteiligten Alzheimer Gesellschaften mit Bereitstellung von Projekt- und Schulungsmaterial
- Die Beratung und Information der Kliniken zum Projekt, sowie die Beschreibung der Kooperationsinhalte
- Die Erstellung der regionalen Projektkonzeption und des regionalen Projektplanes

3. Vorbereitung des Projektes

3.1. Erarbeitung gemeinsamer verbindlicher Grundlagen unter den Alzheimer Gesellschaften

Die erste Phase der Projektvorbereitung war geprägt von der Aufgabe, einen Konsens zwischen Landesverband und den am Projekt interessierten drei regionalen Alzheimer Gesellschaften über die Ziele, über die Projektbausteine und über die Zusammenarbeit herzustellen. Dieser Kommunikationsprozess ist durch die regelmäßige Teilnahme und das Engagement aller Beteiligten gut gelungen. Von Vorteil dabei war die hohe Fachkompetenz der Beteiligten im Feld Demenz, die praktische Erfahrung mit anderen Projekten und im Bereich niedrigschwelliger Betreuungsangebote, die durch Ehrenamtliche im Bereich des SGB XI erbracht werden.

Hier konnte auf die Vorarbeiten der ersten Projektphase zurückgegriffen werden. Ein weiterer Vorteil war die erneute Teilnahme einer lokalen Alzheimer-Gesellschaft (AG Hof-Wunsiedel), die jedoch mit einer anderen Klinik zusammenarbeitete als bei der ersten Projektphase. Somit konnten Erfahrungen der Projektphase I auch vor Ort eingebracht werden. Auch die Tatsache, dass drei Projekte direkt vom Landesverband betreut worden sind brachte deutliche Synergieeffekte.

Aufgaben und Aktivitäten in dieser Phase waren:

- Die Erstellung eines Projektkonzeptes und die Sicherung der Projektfinanzierung durch den Landesverband, die Entscheidung des Vorstandes zur Durchführung des Projektes und zur personellen Besetzung der Gesamtprojektleitung.
- Die interne Klärung und Entscheidung der drei regionalen Alzheimer Gesellschaften sich am Projekt zu beteiligen.
- Klärung und Entscheidung der Prozesse und Strukturen zur Betreuung der anderen drei Projekte durch den Landesverband.
- Die Rahmenempfehlungen und Vertragsentwürfe aus der ersten Projektphase wurden weitgehend übernommen, jedoch in wichtigen Teilen modifiziert. Hier sind exemplarisch zu nennen:
 - Die verpflichtende Konfiguration der Steuerungsgruppe: In der ersten Projektphase hatte sich die Notwendigkeit gezeigt, dass entscheidungsbefugte Vertreter von Geschäftsführung, Ärztlicher Leitung und Pflegedirektion gleichzeitig an Diskussionen und Entscheidungen beteiligt sind.
 - Eine stärkere Verpflichtung der ärztlichen Mitarbeiter am Projekt teilzunehmen: In der ersten Projektphase hatte sich gezeigt, dass ärztliche Mitarbeiter kaum in die Informationsprozesse einzubinden waren.
 - Die konkrete und begleitete Erarbeitung von demenzsensiblen Konzepten.

3.2. Vermittlung des Projektkonzeptes an die Kliniken

Die Projektvorbereitung bestand in einem nächsten Schritt darin, die interessierten Kliniken über das Projekt zu informieren, damit diese intern eine Entscheidung über die Projektteilnahme treffen können. Die Erfahrungen in dieser Phase waren: die Klinikleitungen waren sehr schnell grundsätzlich zu einer Zusammenarbeit bereit. Der Eindruck war, dass sie darauf gewartet hatten, dass jemand auf sie zukommt, um zum Thema Demenz mit ihnen zusammenzuarbeiten. Insgesamt lässt sich feststellen, dass unser Projekt von den Kliniken mit großer Offenheit und Interesse angenommen wurde.

Aufgaben in dieser Phase waren:

- Mit einem vom Landesverband entworfenen Projektvertrag traten die regionalen Alzheimer Gesellschaften ab September 2012 in Kontakt mit Krankenhäusern vor Ort, um eine Zusammenarbeit auf der Basis dieses Vertrages zu klären.
- Im September lagen von allen Kliniken Absichtserklärungen vor, auf der Basis des vorgelegten Vertrages eine Zusammenarbeit einzugehen.
- Ab November 2012 konkretisierten die regionalen Projektpartner die Zusammenarbeit und erstellen Projektpläne. Dies erforderte die interne Kommunikation des Projektes in den Kliniken, die Klärung von Verantwortlichkeiten und die Festlegung, in welchen Bereichen das Projekt durchgeführt wird.
- Die regionalen Projektpartner wurden in dieser Anfangsphase durch den Landesverband und der Gesamtprojektleitung beraten und unterstützt.

3.3. Projektstart

Ergebnis der Entscheidungen war, dass - wie geplant - sechs Kliniken und drei Alzheimer Gesellschaften eine Kooperation zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz eingegangen sind.

Die Größe der Kliniken unterschied sich nicht so stark wie in der ersten Projektphase. Diesmal waren vor allem kleinere Häuser am Projekt beteiligt. Die Entscheidungen der Kliniken über die beteiligten Projektstationen fielen unterschiedlich aus:

- Das Klinikum Vincentinum Augsburg mit 248 Betten entschied sich, das Projekt auf zwei Stationen (Innere Medizin) durchzuführen.
- Das Klinikum Kempten-Oberallgäu gGmbH mit 490 Betten bezog Stationen in den Bereichen der Unfallchirurgie und einer internistischen Abteilung ein.
- Die Kliniken Hochfranken Münchberg – Naila mit zusammen 360 Betten banden in beiden Häusern insgesamt vier Stationen der Inneren Medizin in das Projekt ein.

- Die Ilmtalklinik GmbH entschied das Projekt in den beiden Betriebsstätten (Pfaffenhofen und Mainburg, insgesamt 320 Betten) auf zwei Stationen der Inneren Medizin und einer unfallchirurgischen Station durchzuführen.
- Das Caritas Krankenhaus St. Josef in Regensburg mit 300 Betten wählte insgesamt vier Stationen (zwei chirurgische Stationen und zwei Stationen der Inneren Medizin) für das Projekt aus.
- Das Klinikum Altmühlfranken mit den beiden Standorten Weißenburg und Gunzenhausen hat insgesamt 380 Betten integrierte pro Standort je auf eine Station der Inneren Medizin und eine chirurgischen Station im Projekt.

4. Durchführung und Verlauf wichtiger Projektbausteine

4.1. Zahlen zum Projekt

- 97 EAH wurden für ihren Einsatz im Krankenhaus geschult (die Regelschulung betrug 24 Fortbildungseinheiten á 45 Minuten, schon im Bereich SGB XI § 45 geschulte Ehrenamtliche wurden in vier Fortbildungseinheiten speziell auf ihren Einsatz im Krankenhaus vorbereitet).
- 178 Fortbildungseinheiten wurden für die Schulung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern aufgewendet.
- 72 EAH waren in der Begleitung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus tätig und haben hierbei 5.478 Einsatzstunden bei Patienten erbracht.
- Für die Anleitung der EAH während ihrer Einsätze haben MitarbeiterInnen der lokalen Alzheimer Gesellschaften 104 Stunden aufgebracht.
- Im Verlauf des Projektes wurden 267 Krankenhausmitarbeiter in 210 Fortbildungseinheiten zum Thema Demenz geschult (die Schulungseinheiten betragen zwischen zwei und acht Fortbildungseinheiten á 45 Minuten).
- Die sechs lokalen Projektleitungen der Alzheimer Gesellschaften haben 688 Stunden für die lokale Projektkoordination geleistet.
- Der Aufwand für die zentrale Projektleitung und die Evaluation betrug 395 Arbeitsstunden.
- Für die Projektverwaltung wurden 960 Arbeitsstunden geleistet.
- Die Vorbereitung des Projektes, die Erstellung von Projektmaterialien, die Teilnahme an Projektaustauschtreffen und der Projektabschluss wurden von der Geschäftsführung und Vorstandsmitgliedern des Landesverbandes ohne Rechnung erbracht.

4.2. Verlauf wichtiger Projektbausteine

4.2.1. Gewinnung, Fortbildung und Einsatz von Ehrenamtlichen zur Begleitung von Menschen mit Demenz

Personen, die an dem Einsatz als Ehrenamtliche interessiert waren, sind v.a. über zwei Wege erreicht worden: Zum einen wurden an den einzelnen Standorten Presseartikel veröffentlicht und z.T. öffentliche Veranstaltungen organisiert, die das Projekt vorstellten und die Schulung zum Demenzhelfer bewarben. Nach Auswahlgesprächen blieben 97 Interessierte, die bereit waren, an der Schulung teilzunehmen und im Rahmen des Projektes eingesetzt zu werden. Dieser Personenkreis wurde durch die regionalen Alzheimer Gesellschaften oder durch den Landesverband auf regionaler Ebene für den Einsatz im Krankenhaus geschult. Die Inhalte der Schulung umfassten die drei Bausteine „Grundlagen der Demenz“, „Therapeutischer Umgang mit Demenzkranken“ sowie „Organisationsbezogene Aspekte“ in 24 Fortbildungseinheiten á 45 Minuten. Für diese Schulung hat der Landesverband bereits in

der ersten Projektphase ein Schulungskonzept erarbeitet, welches sich an den Schulungen nach SGB XI § 45 a-c orientiert (vgl. Abschlussbericht Projektphase I).

72 Ehrenamtliche wurden schließlich in der zweiten Projektphase in der Begleitung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus tätig. Die Zahl der an den einzelnen Standorten ehrenamtlich Tätigen liegt zwischen ca. 10 und ca. 20. An einem Standort wurden zwar vier ehrenamtliche Helferinnen geschult, nahmen aus verschiedenen Gründen ihre praktische Tätigkeit jedoch nicht auf, bzw. beendeten diese sehr bald. Diese unterschiedliche Anzahl von Ehrenamtlichen liegt u.a. in Entscheidungen der Projektverantwortlichen begründet („klein anfangen“), in der Größe der Kliniken, aber auch in einer unterschiedlichen Anzahl einsatzbereiter Ehrenamtlicher.

Die 72 Ehrenamtlichen haben im Projektzeitraum 5.478 Einsatzstunden in fünf Einzelprojekten bei Patienten erbracht. Auch hier war die Verteilung auf die Einzelprojekte sehr unterschiedlich: in einem Projekt wurden ca. 2.253 Stunden erbracht, in einem weiteren ca. 1.134 Stunden und in den übrigen Projekten zwischen 450 und 861 Stunden.

4.2.2. Einsatzplanung der Ehrenamtlichen

Die Verantwortung für den Einsatz lag bei den Kliniken. Die Verantwortung bestand in der klaren Aufgabenbeschreibung der Tätigkeiten. Die Kliniken haben dazu Tätigkeiten beschrieben die zum Aufgabengebiet der Ehrenamtlichen zählen, bzw. Tätigkeiten, die keinesfalls ausgeführt werden dürfen.

Die Einsatzzeiten werden in den einzelnen Projekten unterschiedlich gehandhabt. Teils sind die Einsatzzeiten fest vorgegeben, teilweise richten sie sich nach der Verfügbarkeit der Ehrenamtlichen. Es wurden größtenteils Regeleinsätze zu je drei Stunden abgerechnet. In dieser Zeit besuchten die Demenzhelfer aber meist mehrere Patienten, da längere Besuche häufig eine Überforderung des Patienten bewirken können.

Der eindeutige Schwerpunkt lag in der Betreuung der Patienten und in der Beschäftigung mit diesen (vgl. Abschnitt 6.1, Evaluation EAH). Im Einzelfall erlauben Kliniken den Ehrenamtlichen nach Rücksprache Hilfe bei der Mobilisation (Gehen) oder beim Essen, und Transfers zu Untersuchungen.

Die Koordination der Einsätze geschah vor allem über die Krankenhäuser. Die Betreuung und Koordination der Ehrenamtlichen übernahmen vor allem Mitarbeiter der Projektstationen (z.B. Stationsleitungen) und teilweise des Sozialdienstes. In den meisten Fällen gaben die Stationsmitarbeiter eine Auswahl an Patienten für Besuche an die Ehrenamtlichen weiter. Nach Möglichkeit wurden einzelne Patienten über einen längeren Zeitraum von dem gleichen Demenzhelfer begleitet um eine gewisse Konstanz zu ermöglichen.

Die Einsätze erfolgten vor allem auf den Projektstationen. Die positiven Auswirkungen der Besuche sprachen sich aber schnell in den Häusern herum und Demenzhelfer wurden bald auch von anderen Stationen angefragt. An einem der Standorte wurden aufgrund der positiven Erfahrungen Patienten von verschiedenen Stationen zur Beschäftigung in eine der Projektstationen gebracht.

4.2.3. Fachliche Anleitung der Ehrenamtlichen

Die fachliche Anleitung der Ehrenamtlichen lag in der Verantwortung der Alzheimer Gesellschaften. Im Rahmen von regelmäßigen Einzelkontakten und Gruppentreffen haben die Ehrenamtlichen die Möglichkeit ihre Praxiserfahrungen zu schildern und zu reflektieren. Weiterhin wurden sie in der Bewältigung schwieriger Situationen beraten. Für diese Anleitung der Ehrenamtlichen während ihrer Einsätze haben Mitarbeiterinnen der lokalen Alzheimer Gesellschaften 104 Stunden erbracht.

4.2.4. Aufwandsentschädigung für die Ehrenamtlichen

Bei der Planung des Projektes wurde wie bereits in der ersten Phase eine Aufwandsentschädigung der EAH von 15 € für Regeleinsätze (drei Stunden) und 7,50 € für Kurzeinsätze (neunzig Minuten) vorgesehen. Der Nachweis der Einsätze wurde schriftlich an den Landesverband gerichtet, der dann die Aufwandsentschädigungen an die Projektpartner anwies.

Nach unserer Erfahrung sind die Aufwandsentschädigungen nicht das entscheidende Motiv für das Engagement der Ehrenamtlichen, doch ohne eine solche Anerkennung würden nach unserer Einschätzung weniger Menschen bereit sein, sich zu engagieren. Die Aufwandsentschädigungen waren nach Ansicht einiger Vertreter der Projektstandorte ein Anreiz für die Verwaltung sich an den Projekten zu beteiligen.

Die Aufwandsentschädigung wurde an den Standorten sehr unterschiedlich gehandhabt. Nur in zwei Fällen wurde das Erstattungskonzept übernommen und die volle Entschädigung ausbezahlt. Ein Projektpartner zahlt eine geringere Entschädigung, die sich an anderen bereits im Haus existierenden Regelungen orientiert. Ein anderes Haus erstattet die Fahrtkosten und in einem weiteren Projekt bekommen die Ehrenamtlichen einen Einkaufsgutschein zum Geburtstag. Über diese Regelungen hinaus wurden die Ehrenamtlichen in fast allen Projekten durch Essen in der Kantine, Fortbildungsangebote, Supervision, gemeinsame Veranstaltungen und Einladungen zu klinikinternen Veranstaltungen entschädigt. Teilweise haben die Ehrenamtlichen einheitliche Kleidung zur Verfügung gestellt bekommen oder hatten die Möglichkeit, während ihres Einsatzes kostenlos zu parken

Die Rückmeldungen durch die Mitarbeiter zur Betreuung der Patienten durch Ehrenamtliche zeigen – wie bereits in der Projektphase I – deutlich, dass diese einen sehr hohen Stellenwert hatte. Die Betreuung hatte positive Auswirkungen auf die Patienten und auf die Mitarbeiter. Dass sich innerhalb kurzer Zeit so viele Ehrenamtliche bereitgefunden haben, in der Begleitung von Menschen mit Demenz tätig zu sein, bestätigt die im Bereich des SGB XI vorhandenen Erfahrungen, dass Bürger grundsätzlich bereit sind, sich in diesem Bereich zu engagieren. Die bisherigen Erfahrungen lassen Erfolgsfaktoren erkennen. Diese sind Sinn und Klarheit der Tätigkeiten, klare Zuständigkeiten (Koordination der Einsätze), eine gute Schulung und Vorbereitung auf die Aufgabe, die Akzeptanz und Anerkennung (ideell aber auch materiell) in der Organisation und eine Begleitung (fachliche Anleitung/ Reflexion/ Supervision)

während der Einsätze sind. Nur durch eine solche Kultur des Ehrenamtes gelingt es Ehrenamtliche als Mitwirkende zu finden und zu halten.

Vonseiten einiger Projektstandorte hätten noch zusätzliche Schulungen Ehrenamtlicher stattfinden können, wenn hierfür noch Gelder verfügbar gewesen wären.

Die Weiterführung des ehrenamtlichen Besuchsdienstes funktionierte an allen Projektstandorten, die Ehrenamtliche im Einsatz haben, sehr gut. Der Bedarf an Betreuung wurde in allen Häusern erkannt und Möglichkeiten gesucht um dieses Angebot weiterhin aufrecht zu erhalten. Die Umsetzung ist in den lokalen Projekten verschieden. Eine Abrechnung wie im Konzept vorgesehen nach Regel- und Kurzeinsätzen wird nur an einem Haus weitergeführt. An den übrigen Häusern wird größtenteils an Regelungen, die bereits während der Projektlaufzeit getroffen wurden festgehalten. In den meisten Fällen bedeutet dies keine finanzielle Entschädigung, sondern über Fahrtkosten, Essen in der Kantine, Schulungsangebote etc. (siehe oben). Überwiegend zahlt das Krankenhaus die Kosten für die Einsätze der Helfer. An einem Projektstandort übernimmt dies der Förderverein des Krankenhauses.

4.2.5. Schulung von Krankenhausmitarbeitern

Im Verlauf des Projektes wurden in 210 Fortbildungseinheiten 267 Krankenhausmitarbeiter zum Thema Demenz geschult (die Schulungseinheiten betragen zwischen zwei und acht Fortbildungseinheiten á 45 Minuten). Damit wurden die im Projektbudget maximal 24 vorgesehenen Fortbildungseinheiten ausgeschöpft.

An den Schulungen haben vorwiegend Mitarbeiterinnen der Pflege, teilweises des Sozialdienstes und der therapeutischen Dienste teilgenommen. Die Beteiligung von Ärzten war gering. Es nahmen aber insgesamt mehr Ärzte an den Fortbildungen teil als in der Projektphase I. Ein Grund dafür könnte u.a. sein, dass an drei Standorten separate Ärzteschulungen angeboten werden konnten.

Schulungsthemen für die Mitarbeiter waren Krankheitsbilder, Umgang mit den erkrankten Menschen, Kommunikation (Validation), herausforderndes Verhalten, freiheitsentziehende Maßnahmen, Beispiele aus der Altenpflege. Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz entstanden und entstehen Ideen was z.B. im Bereich der Milieugestaltung (räumlich, Kommunikation, Arbeitsorganisation) umgesetzt werden kann. Gleichzeitig sind Multiplikatoreffekte festzustellen: das in den Fortbildungen erworbene Wissen wird in der Praxis an andere Mitarbeiterinnen weitergegeben (z.B. werden Ärzte auf freiheitsentziehende Maßnahmen angesprochen).

Ein Krankenhaus bildet nach Ende der Projektlaufzeit zwei Demenzbeauftragte aus, wobei die Kosten hierfür vom Förderkreis des Hauses übernommen werden.

Wie bereits in Projektphase I waren alle Rückmeldungen aus den Schulungen sehr positiv. Im Rahmen der Abschlussbefragung bezeichneten 97% der Mitarbeiter die Schulungen als hilfreich (vgl. Abschnitt 6.2, Evaluation Mitarbeiter). Dies zeigen auch die Aussagen der

Mitarbeiter bei der Frage danach, ob sich ihre Haltung gegenüber Demenzkranken verändert hat: „Das Bewusstsein, dass uns diese Patienten brauchen ist gestiegen“, „ich detaillierte Kenntnisse erlangt habe die es mir erleichtern kritische Situationen (herausforderndes Verhalten) zu meistern“, „höhere Akzeptanz des Verhaltens des Patienten“.

4.2.6. Umsetzung demenzsensibler Konzepte

Als Änderung zur Projektphase I wurde in diesem Projektdurchlauf die Umsetzung eines demenzsensiblen Projektes als fester Bestandteil des Projektes definiert. Jeder Standort verpflichtete sich im Laufe der Projektzeit mindestens ein konkretes Projekt umsetzen, das demenzkranken Patienten zugute kommt. Meist wurden sogar mehrere kleine und zusätzlich ein bis zwei größere Projekte in Angriff genommen. Vor allem kleinere milieuthapeutische Ansätze wie z.B. farbige Toilettensitze, große Uhren und Kalender in den Zimmern oder Piktogramme zur besseren Wiedererkennung der Zimmer wurden umgesetzt. Unerwartet führte die Idee Uhren in den Patientenzimmern aufzuhängen an einem Projektstandort zu Widerstand bei den Stationsmitarbeitern. Diese fühlten sich durch eine Uhr im Zimmer unter Druck gesetzt, da Patienten so mehr darauf achten können wann und wie oft Personal in Ihre Zimmer kommt. Manche Häuser schafften Material zur Beschäftigung an, das vor allem von den ehrenamtlichen Helfern genutzt werden kann.

Aber auch größere Projekte wurden umgesetzt. So wurde z.B. in zwei Häusern ein eigener Raum für die Beschäftigung von Patienten mit kognitivem Risiko eingerichtet. Bei der Einrichtung der Räume wurde so weit es im Krankenhaus möglich ist auf milieuthapeutische Aspekte geachtet. An zwei Projektstandorten wurde ein gemeinsamer Mittagstisch für Demenzkranke eingeführt, der von Ehrenamtlichen und Pflegepersonal betreut wird. Weiterhin wurde in einigen Häusern der Aufnahmeprozess an Demenzkranke angepasst. Hierbei wurde nicht auf ein möglichst umfassendes Assessment geachtet, was in der stressigen Ausnahme-situation wenig praktikabel und zielführend ist, sondern eher auf eine Einschätzung eines möglichen kognitiven Risikos. Bei einem erkannten kognitiven Risiko kann der Aufenthalt entsprechend angepasst werden. Teilweise wurden für Patienten mit Demenz bzw. einer Hinlauftendenz Armbänder angeschafft, so dass diese für das Personal leichter erkennbar sind. Zwei Krankenhäuser haben die Inkontinenzversorgung umgestellt und an die Bedürfnisse Demenzkranker angepasst (z.B. durch Anschaffung von Inkontinenz-Höschen). An einem Projektstandort wurde versucht, durch Auswertung von Sturzprotokollen und regelmäßigen Fallbesprechungen die Zahl der freiheitsentziehenden Maßnahmen zu reduzieren. Als Beispiel für weitere Projekte sind u.a. zu nennen: Vorrang für demenzerkrankte Patienten bei Notfall-OPs, Ausbau des Rooming-In Angebotes, Schulung von Mitarbeitern zu Demenzbeauftragten.

Es wurden weitere kleine Projekte umgesetzt, die nicht alle im Rahmen dieses Berichtes genannt werden können. Ideen kamen auch von den Mitarbeitern auf den Stationen. Viele Mitarbeiter äußerten, dass Ihnen die Schulung durch die Alzheimer Gesellschaft „die Augen geöffnet“ hat und sie sich mehr für Patienten mit Demenz in ihrem Haus einsetzen möchten.

Ein Großteil der Projekte konnte im Rahmen der Projektlaufzeit eingeführt bzw. abgeschlossen werden. Manche benötigen aber mehr Vorbereitungszeit und werden erst nach Ablauf der Projektzeit abgeschlossen.

4.2.7. Angehörigenberatung im Krankenhaus

Wie bereits in der ersten Projektphase gestaltete sich die Beratung von Angehörigen direkt vor Ort im Krankenhaus sehr schwierig. Die Probleme waren erneut ähnlich. Neben datenschutzrechtlichen Bedenken sind es vor allem die kurze Verweildauer und die allgemeine Überforderung der Angehörigen im Zuge eines Krankenhausaufenthaltes ihres Betroffenen, die eine Beratung im Krankenhaus schwer und auch häufig wenig sinnvoll macht. Dennoch konnten im Laufe des Projektes Ansätze gefunden werden, die die Beratungsangebote für Angehörige verbessern und die lokalen Alzheimer Gesellschaften näher an die Krankenhäuser bringt.

So wurde z.B. an manchen Standorten eine Faxvorlage entwickelt, mit der bei Bedarf die Kontaktdaten der Angehörigen (mit deren Einverständnis) an die Alzheimer Gesellschaft gefaxt werden können. Die Alzheimer Gesellschaft kann anschließend mit ausreichend zeitlichem Abstand, nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts, mit den Angehörigen in Kontakt treten um einen Beratungstermin zu vereinbaren. Diese Möglichkeit wird gerne wahrgenommen.

Die lokalen Alzheimer Gesellschaften stellen als Folge ihrer vermehrten Präsenz in den Kliniken fest, dass Angehörige teilweise bereits vor dem Krankenhausaufenthalt von selbst auf die Alzheimer Gesellschaft zukommen und sich informieren, wie der Aufenthalt sinnvoll organisiert werden kann. Auch hier zeigt sich ein wichtiger Erfolg des Projektes.

Allgemein kann gesagt werden, dass im Zuge dieses Projektes an allen Standorten die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und lokalen Alzheimer Gesellschaften deutlich enger geworden ist und somit die Beratungsstellen näher an Angehörige im Krankenhaus gerückt sind.

4.2.8. Öffentlichkeitsarbeit

Das Thema Öffentlichkeitsarbeit bekam ähnlich wie die demenzsensiblen Konzepte einen höheren Stellenwert als in der ersten Projektphase. Verpflichtend für jeden Projektpartner war eine Öffentlichkeitsveranstaltung zum Thema Vernetzung. Ziel dieser Veranstaltungen war es die Vernetzung in den jeweiligen Regionen zum Thema Demenz zu verbessern. Hierfür sollten vor allem andere Krankenhäuser, aber auch Einrichtungen, Pflegedienste etc. aus dem jeweiligen Regierungsbezirk eingeladen werden um die Zusammenarbeit zu verbessern. Der Erfolg der Veranstaltungen war in den einzelnen Projektstandorten sehr verschieden. Die Teilnehmerzahl lag zwischen 80 und 120 Teilnehmern (an einem Standort waren nur ca. 25 Teilnehmer anwesend). Leider waren von der ursprünglichen Hauptzielgruppe der Krankenhäuser nur sehr wenige vertreten. Die Veranstaltungen wurden von allen Teilnehmern

sehr positiv aufgenommen. Insgesamt können die Vernetzungsveranstaltungen durchaus als Erfolg gesehen werden, auch wenn das ursprüngliche Hauptziel, die Vernetzung zwischen Krankenhäusern, nicht in dem erwarteten Ausmaß erreicht wurde. Jedoch konnte das Thema Demenz im Krankenhaus an den einzelnen Projektstandorten in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt werden und hoffentlich bei den Besuchern die Sensibilität für diese Thematik erhöhen.

Neben der verpflichtenden Vernetzungsveranstaltung führten einige Standorte noch weitere öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen durch. So fand an insgesamt vier Projektstandorten ein Informationsabend zum Thema ehrenamtliche Demenzhelfer im Krankenhaus statt. Diese Veranstaltungen beinhalteten jeweils einen fachlichen Teil zur allgemeinen Problematik und bewarben die Schulung und den Einsatz als ehrenamtlicher Demenzhelfer im Krankenhaus. Durch diese Abende konnte mehrere Freiwillige angeworben werden.

Weiterhin wurden im Laufe des Projektes an den verschiedenen Standorten mehrere Artikel sowohl in hauseigenen, als auch in der Fach- und Tagespresse veröffentlicht. Neben allgemeinen Artikeln zum Projekt oder über die Vernetzungsveranstaltungen, wurden auch Anzeigen zur Suche von ehrenamtlichen Demenz Helfern veröffentlicht.

Wie bereits erwähnt wird am 9. Juli 2014 in München eine gemeinsam vom Landesverband und dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege organisierte Abschlussveranstaltung stattfinden, auf der die Ergebnisse des Projektes vorgetragen werden sollen.

5. Probleme im Verlauf des Projektes

An einem Projektstandort sind nach Projektende leider keine Ehrenamtlichen im Einsatz. An diesem Standort erwies sich bereits die Suche nach Ehrenamtlichen als sehr schwierig. Trotz einer Anzeige in der lokalen Presse meldeten sich nur vier Personen für die Teilnahme an der Schulung für ehrenamtliche Demenzhelfer im Krankenhaus an. Alle vier Teilnehmer beendeten die Schulung, jedoch sprangen alle innerhalb der ersten Woche der Einsätze wieder ab, z.B. aus privaten oder beruflichen Gründen. Die beiden verbliebenen Teilnehmerinnen erlebten Organisations- und Kommunikationsprobleme im Rahmen ihrer Einsätze. Diese führten z.B. dazu, dass die zu betreuende Person, nach nur sehr kurzer Anwesenheit des Demenzhelfers zu einer Untersuchung gebracht wurde. Daraus entstand Unzufriedenheit bei allen Beteiligten und führte auch dazu, dass die übrigen Demenzhelfer ihr Engagement im Krankenhaus beendeten.

Wie bereits oben beschrieben, sind von den insgesamt 97 geschulten ehrenamtlichen Helfern tatsächlich nur 72 im Einsatz. Die Gründe für den Rückzug von Helferinnen und Helfern sind verschieden. Beispielsweise können private oder berufliche Gründe dazu führen, dass keine Zeit für ein ehrenamtliches Engagement zur Verfügung steht. Des Weiteren kann die Betreuung Demenzkranker im Krankenhaus eine Herausforderung und Belastung für die Helfer bedeuten, der sich – nach Aufnahme der praktischen Tätigkeit und ersten Erfahrungen – nicht jeder wieder aussetzen möchte. Die Gesamtzahl von 72 Ehrenamtlichen in fünf Projekten (der Standort ohne Demenzhelfer ausgenommen) stellt aber einen eindeutigen Erfolg dar.

Wie bereits in der Projektphase I stieß die Einführung von ehrenamtlichen Helfern im Krankenhaus beim Personal teilweise auf Vorbehalte. Im pflegerischen Bereich zeigte sich erneut eine gewisse Unsicherheit, inwiefern die Ehrenamtlichen dem Pflegepersonal „Arbeit wegnehmen“ und somit Stellen gefährden. Pflegekräfte befürchteten aber auch, dass durch die Ehrenamtlichen mehr Arbeit auf sie zukommt, da diese organisiert und betreut werden müssen. So äußerten Mitarbeiter in der Eingangsevaluation auf die Frage nach den Hindernissen für den Einsatz von Ehrenamtlichen z.B. „Kommunikation mit ihnen braucht Zeit“, „zusätzliche Arbeit durch Betreuung der EAH“ oder „hoher Organisations- und Betreuungsaufwand“. Diese Bedenken verloren sich aber sehr bald, nachdem die Einsätze der Demenzhelfer begonnen hatten. Für die Mitarbeiter entwickelten sich die Ehrenamtlichen zu einem wichtigen Bestandteil der Station. Viele Pflegekräfte äußerten, dass sie die ehrenamtlichen Helfer nicht missen möchten, da diese eine deutliche Erleichterung für die Pflege darstellen. Sie konnten auch eine deutliche Verbesserung des allgemeinen Befindens der demenzkranken Patienten, die eine Betreuung genossen, erkennen. So äußerten sich die Mitarbeiter in der Abschlussbefragung über die Ehrenamtlichen z.B. folgendermaßen: „Grüne Damen 😊 super gut“, oder auf die Frage nach Veränderungen im Projekt: „dass unsere grünen Damen da sind und hoffentlich auch bleiben“.

Die in das Projekt eingebundenen Berufsgruppen beschränkten sich wie bereits in der ersten Projektphase hauptsächlich auf Mitarbeiter aus dem pflegerischen Bereich. Insbesondere bei den Schulungen waren Ärzte deutlich unterrepräsentiert, wobei hier eine Verbesserung zur ersten Projektphase feststellbar ist (Abschnitt 4.2.5). Wichtig ist im ärztlichen Bereich vor allem, das Interesse am Thema bzw. eine gewisse Sensibilisierung zu erreichen. Hierbei kann es sinnvoll sein die Schulungen für Ärzte auf das Wesentliche zu konzentrieren um somit kürzere Schulungen zu ermöglichen.

Stellte in der Projektphase I die Umsetzung von demenzsensiblen Projekten aufgrund der fehlenden Einbindung von Entscheidungsträgern ein Problem dar, konnte dies mit der verpflichtenden Einrichtung einer Steuerungsgruppe, in der alle Bereiche und Entscheidungsebenen des Klinikums eingebunden sind, vermieden werden. Entscheidungen zur Umsetzung von Projekten konnten deutlich besser und schneller getroffen werden, so dass mehr Ideen als in der ersten Projektphase in die Praxis umgesetzt werden konnten.

6. Projektevaluation

6.1. Abschlussevaluation Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer (EAH)

Für die Abschlussevaluation der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer konnten für alle Projektstandorte gemeinsam 44 Fragebögen ausgewertet werden. Im Folgenden sind exemplarisch einige wichtige Ergebnisse dargestellt:

Von großem Interesse für den Projektträger war die subjektive Wahrnehmung der Schulungen durch die EAH. Wurden den EAH die im Einsatz relevanten Fragestellungen vermittelt? Welche Bereiche blieben offen? Gibt es Interesse an weiterführenden Schulungen? Wie gut konnten die ehrenamtlichen Helfer auf schwierige Situationen eingehen?

Der weit überwiegende Anteil der EAH (82%, n=36) wünscht sich weiterführende Schulungen. 16% (n=7) halten dies nicht für nötig, eine Person gab keine Antwort. Im Hinblick auf die Inhalte möglicher weiterer Schulungen (vgl. Abb. 1) wurden am häufigsten die Bereiche „Auffrischung“ (34 %; n= 18) und „Sicherheit im Umgang“ (19 %; n=10) genannt. Die weiteren genannten Bereiche sind eher unspezifisch. Deutlich wird, dass die ehrenamtlichen Helfer vor allem im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen noch intensiver geschult werden sollten.

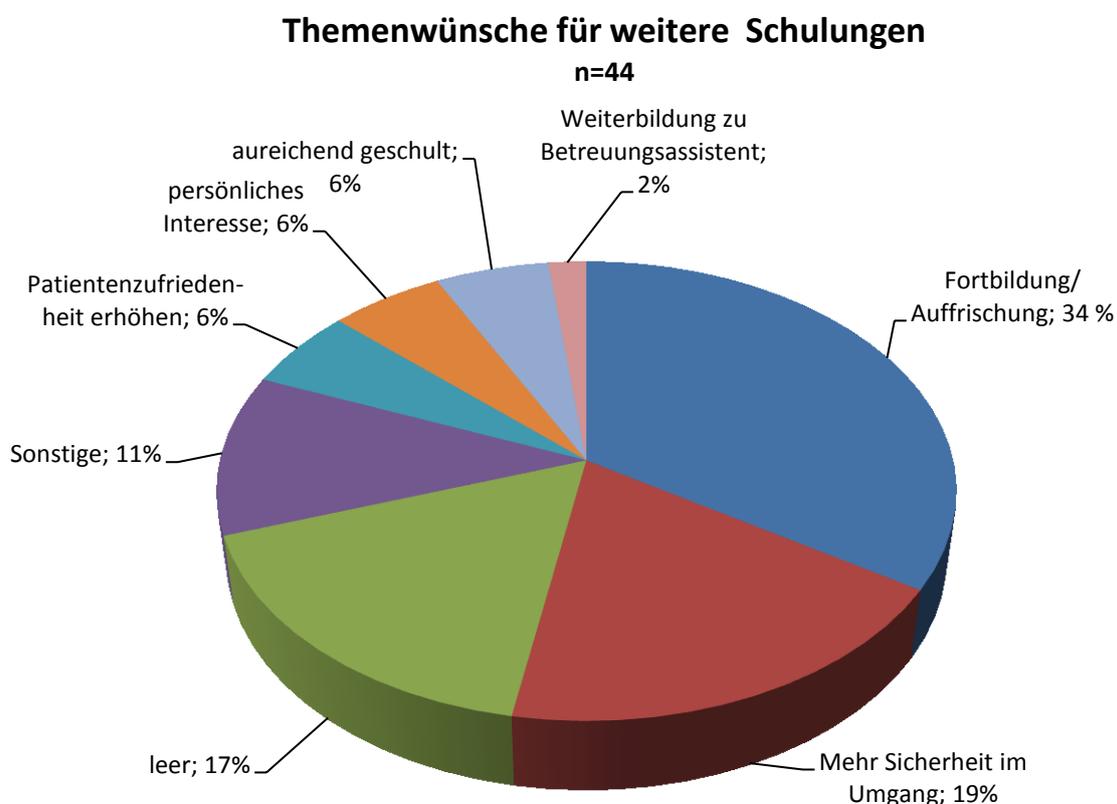


Abb. 1: Abschlussbefragung der EAH. Themenwünsche für weitere Schulungen

Die EAH wurden darüber hinaus auch zu den Aufgaben befragt, die sie im Rahmen ihrer Einsätze übernommen haben. Hier zeigt sich (Abb. 2), dass mehr als die Hälfte der Antworten (56%, n=40, Mehrfachnennungen waren möglich) Aufgaben im Bereich der persönlichen Zuwendung und Beschäftigung beinhalten. Eine große Anzahl von Antworten thematisiert auch die Unterstützung beim Essen und Trinken (22,5%, n=16). Diese Entwicklung lässt sich mit den demenzsensiblen Projekten in Verbindung bringen: An zwei Standorten wurde ein gemeinsame Mittagstisch ins Leben gerufen, bei dem eine Unterstützung durch die EAH auch die Nahrungs- und Getränkeaufnahme einschließen kann.

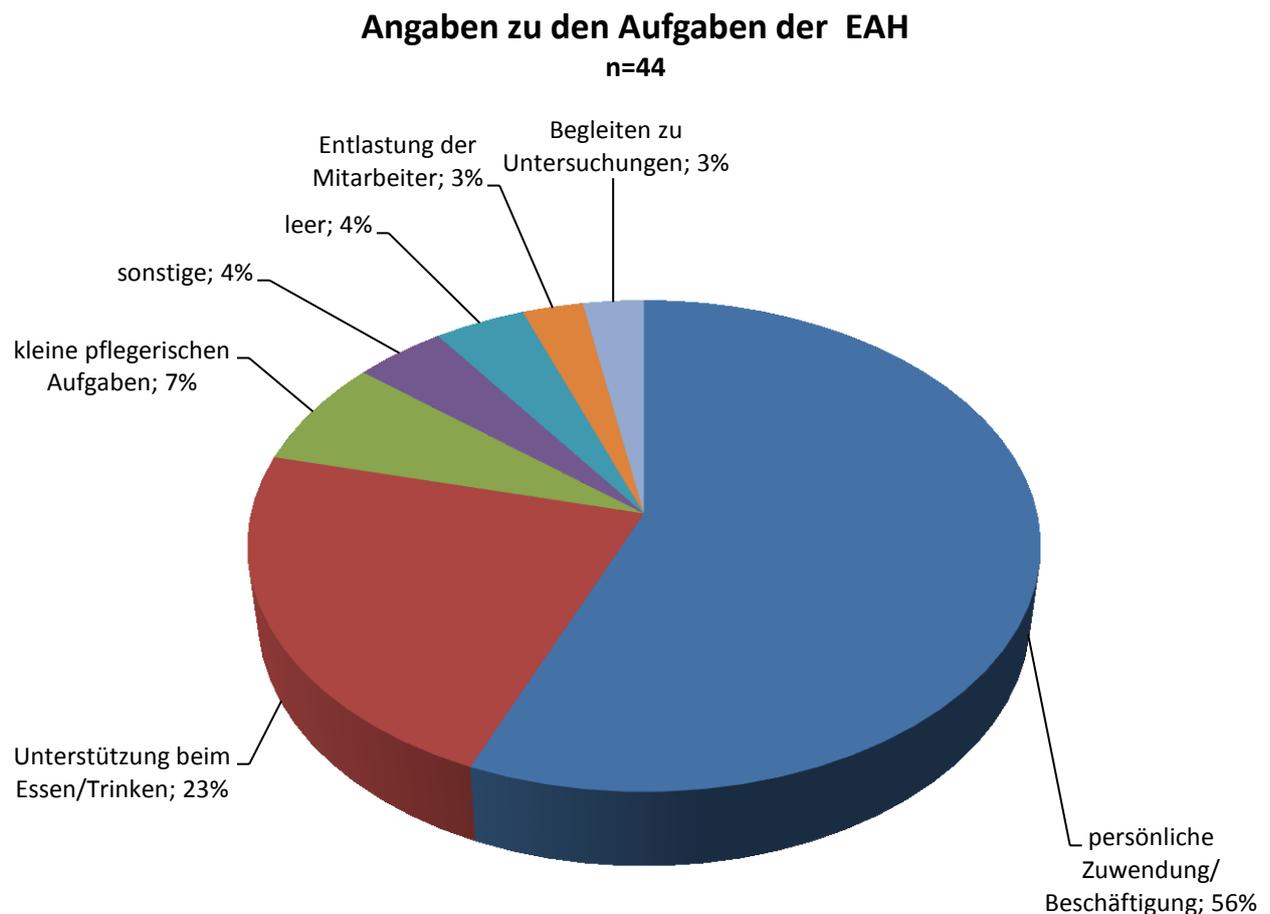


Abb. 2. Angaben der EAH zu den tatsächlich übernommenen Aufgaben. Mehrfachnennungen waren möglich.

Weiterhin wurde hinterfragt, ob und wie oft Situationen auftraten auf die sich die EAH subjektiv nicht ausreichend vorbereitet fühlten. 29 Befragte (66%) gaben dazu an, dass solche Situationen nicht aufgetreten waren, 12 Personen (27%) haben solche Situationen erlebt, in drei Fragebögen war die Frage nicht beantwortet (7%). Mehr als ein Viertel aller EAH haben also schwierige Situationen erlebt. Auf die Frage, welche Situationen dies waren, erhielten

wir allerdings in 59% der Fälle keine Antwort (leer; n=30). Die beiden häufigsten Angaben waren „herausforderndes Verhalten (14%; n=7) und Gesprächsverläufe mit betroffenen Patienten (10%; n=5) Auch hier zeigt sich wieder die besondere Schwierigkeit mit herausfordernden Verhaltensweisen umzugehen.

Die EAH wurden auch dazu befragt, wie sie die Akzeptanz auf den Stationen empfunden hatten. Auch bei dieser Frage waren Mehrfachantworten bei vorgegebenen Optionen möglich. Bezogen auf die Anzahl der abgegebenen Fragebögen (n=44) gaben 82% der Befragten an (n=36), dass der Umgang freundlich gewesen sei, und 61% (n=27) fühlten sich gut eingebunden. 24 Befragte (55%) gaben an, dass sie das Personal als dankbar für die Einsätze empfunden hätten. Im Gegensatz dazu wurden die Optionen „anfangs Skepsis der Mitarbeiter“ und „wenig eingebunden und akzeptiert“ nur von 6 (14%) bzw. 5 (11%) der EAH gewählt.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die Integration der EAH in den Stationsbetrieb i.d.R. gut bis sehr gut gelungen ist.

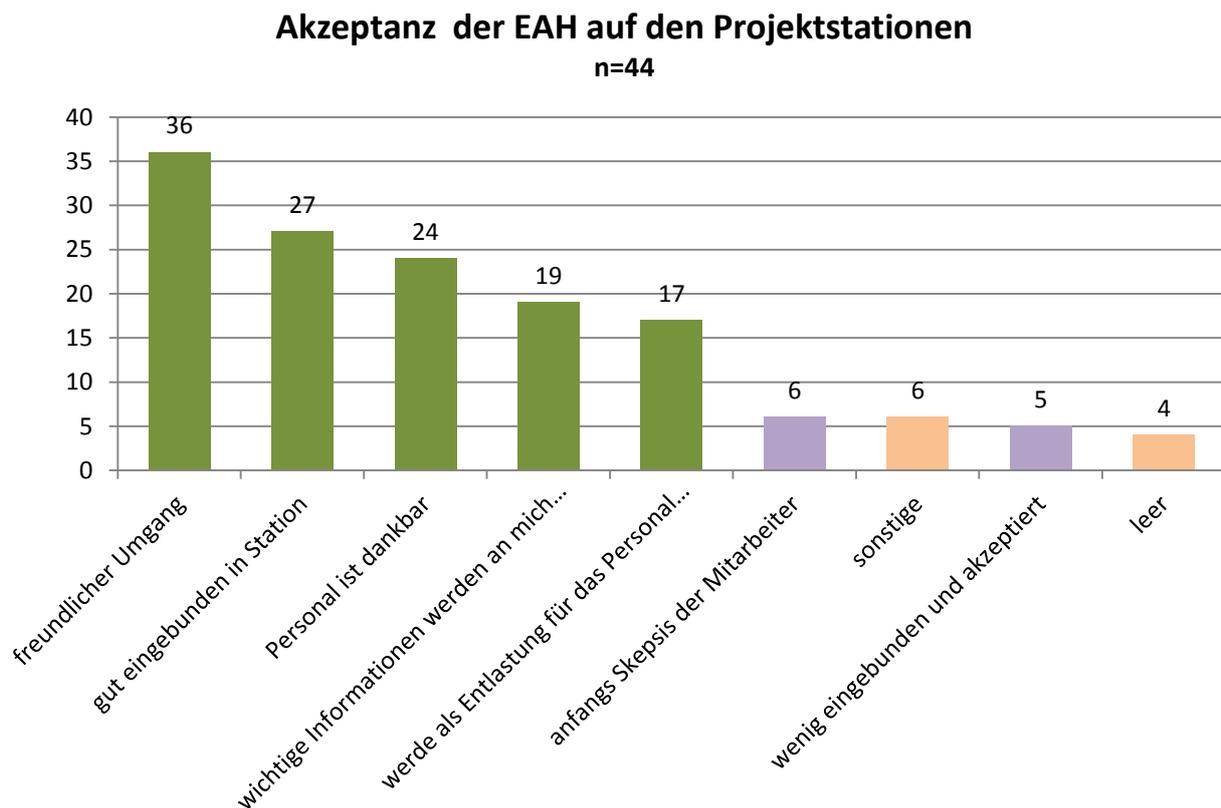


Abb. 3: Angaben der Befragten zur Akzeptanz durch die Mitarbeiter der Projektstationen. Es waren Mehrfachnennungen möglich.

Eine Frage, die im Vorfeld der Projektdurchführung nochmals intensiv diskutiert wurde, war die der Angehörigenkontakte durch die EAH. Auch hierzu wurden die EAH befragt. Zur Häufigkeit der Kontakte gaben 31 Befragte (71%) an, seltener als einmal wöchentlich Kontakte gehabt zu haben. Die Option „einmal pro Woche“ wählten sechs Befragte (14%). Der Rest der Antworten entfiel auf die Optionen „nie“, „mehrmals pro Woche“, „täglich“ und Bögen ohne Angabe. Auf die Frage welche Erfahrungen die EAH mit den Angehörigen der Patienten gemacht hätten, wurden im Wesentlichen positive Rückmeldungen gegeben. In 61% Der Fragebögen (n=27) wurde die Option „Angehörige sind dankbar für die Hilfe“ gewählt, gefolgt von 34% (n=15) „gesprächsbereit über die Biographie“ und „Gespräch auch für Angehörige sinnvoll“ (32%; n=14). Über eine gewisse anfängliche Skepsis der Angehörigen gegenüber den EAH berichten 9% (n=4), über ein ablehnendes Verhalten nur eine befragte Person.

Schließlich sollten die Befragten angeben, welchen Wert sie subjektiv den Einsätzen EAH beimessen. Abb. 4 zeigt das Ergebnis zu dieser Frage: Es konnten unter den Kategorien „Sehr wertvoll“, „eher wertvoll“, „wenig wertvoll“ und „nicht wertvoll“ ausgewählt werden. Die Optionen „sehr wertvoll“ (60%; n=26) und „eher wertvoll“ (34%; n=16) wählten also zusammen 42 der 44 Befragten oder 94% aus. Die Option „wenig wertvoll“ wählte nur eine Person „nicht wertvoll“ wurde in keinem Fall ausgewählt.

Wert der Einsätze der EAH aus Sicht der Helfer selbst n=44

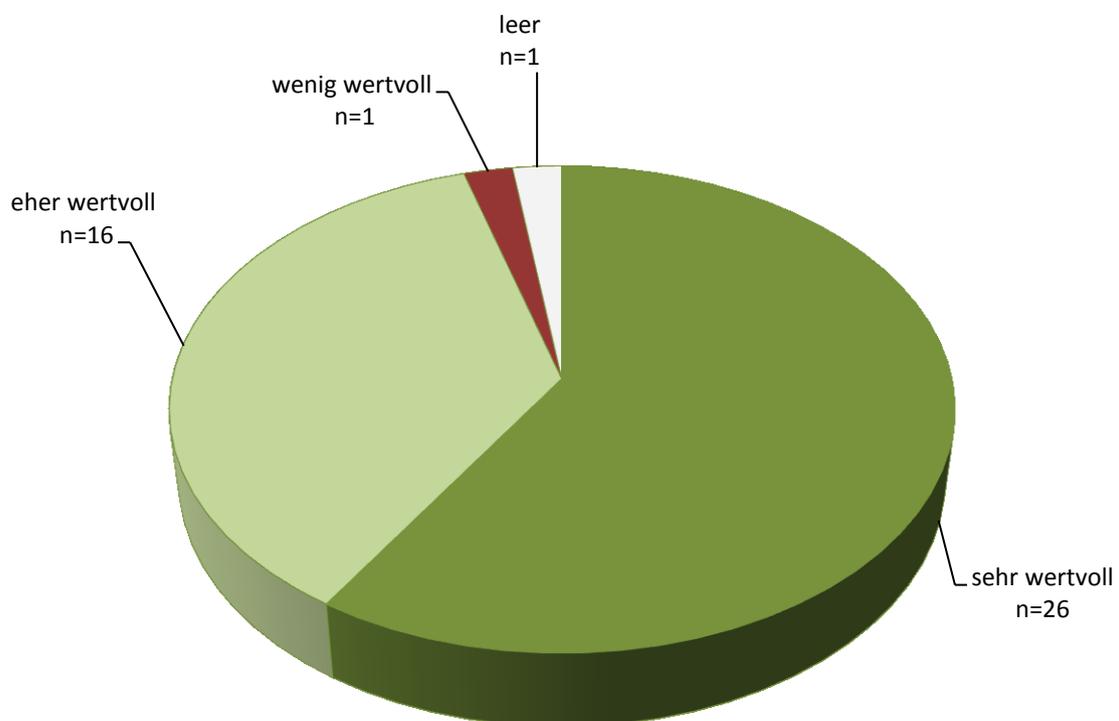


Abb. 4: Subjektive Bewertung des Wertes der Einsätze von EAH durch die Helferinnen und Helfer selbst.

6.2. Abschlussevaluation Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser

Insgesamt nahmen an der Abschlussbefragung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Projektkrankenhäuser 140 Personen teil. Vonseiten der Projektleitung war die Vorgabe, die Fragebögen wegen ihres auf die Fortbildungen bezogenen Inhaltes nur an Mitarbeiter auszugeben, die an den Fortbildungen auch tatsächlich teilgenommen hatten. Dennoch war eine Kontrollfrage im Fragebogen enthalten. Von den 140 Befragten hatten 103 Personen auch tatsächlich an den Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen. Die Fragen, die der Evaluation der Fortbildung dienen, beziehen sich auf diese Grundgesamtheit.

Zunächst war von Interesse, inwieweit die MA die Fortbildungen selbst als hilfreich empfanden. 56 Befragte (54%) stufte die Fortbildung als „sehr hilfreich“ ein, weitere 44 Personen oder 43% bewerteten sie als teilweise hilfreich. Nur zwei Befragte fanden die Fortbildung nicht hilfreich (2%). Somit konnten 100 Teilnehmer der Schulung (97%) einen Vorteil aus der Teilnahme ziehen.

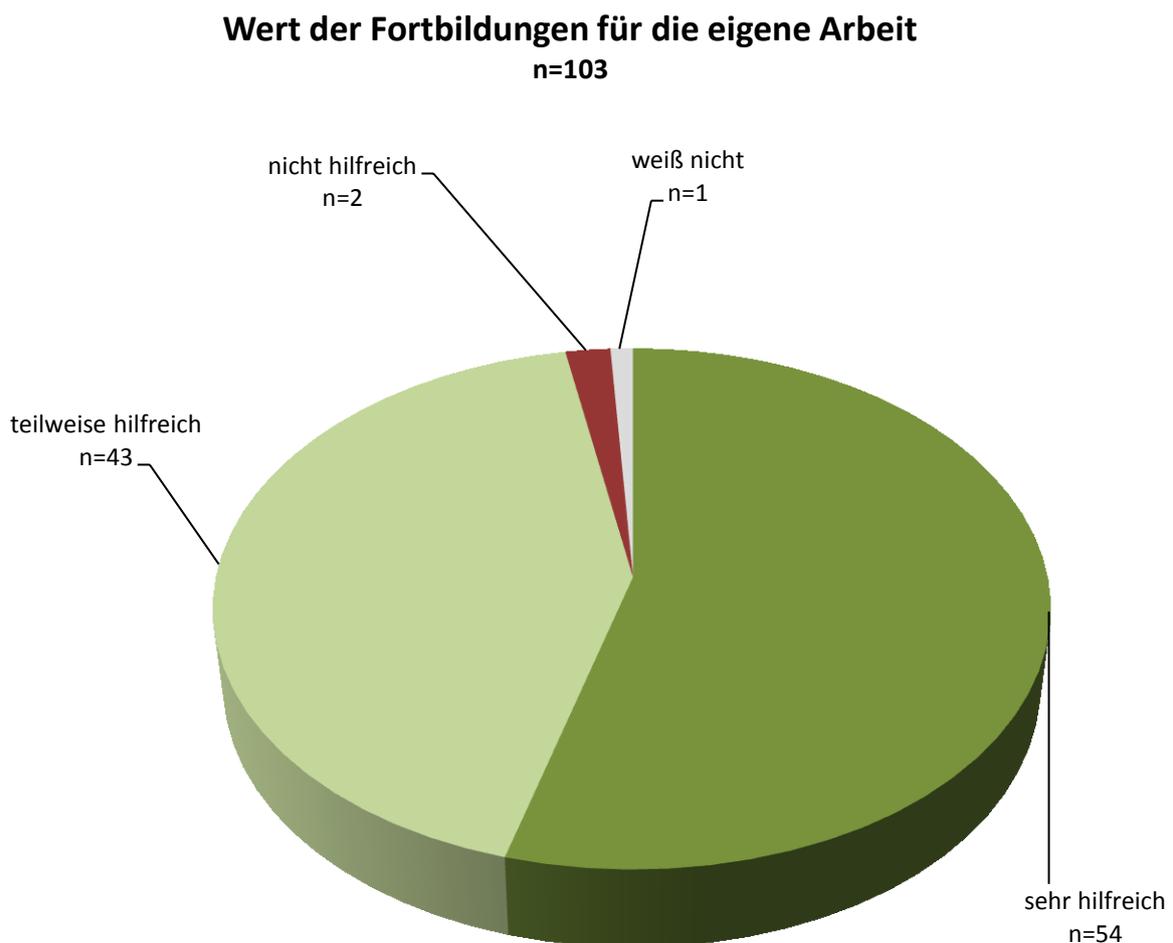


Abb. 5: Subjektive Bewertung des Wertes der Fortbildungen für die eigene Arbeit.

Auf die Frage, welche Themen besonders hilfreich waren, waren die drei am häufigsten genannten Bereiche „Symptome und Diagnose“ (n=26; 25% bezogen auf die Anzahl der Fragebögen; Mehrfachnennungen möglich), Umgang mit Demenzkranken (n=23; 22%) sowie „Erlebniswelt von Demenzkranken“, „Kommunikation“ und „Praxisbeispiele“ mit je 19 Nennungen (18%). Die Themen „medikamentöse Therapie“ oder „Delir“ finden sich am Ende der Aufzählung mit sieben bzw. fünf Nennungen. Aus dieser Aufzählung ergibt sich, dass sich das Ausbildungskonzept der BALzG bewährt hat, auf das Verständnis der Lebenswelt der Demenzkranken zu bauen und daraus Handlungsstrategien für den Umgang und die Kommunikation mit Demenzkranken zu entwickeln. 87 Befragte wünschten sich weitere Schulungen (85%), 14 Teilnehmer hielten diese für nicht notwendig (14%). Als Themenwünsche wurden hierbei am häufigsten „Auffrischung und Aktualisierung“ (n=22; 21%) sowie die „steigende Fallzahl“ angegeben (n=20; 19%).

Für die weiteren Auswertungen konnten alle 140 Fragebögen verwendet werden, weil sich die Fragen nicht spezifisch auf die Schulungsinhalte bezogen.

Weiterhin wurde untersucht inwieweit sich die Haltung der Mitarbeiter gegenüber Demenzkranken durch das Projekt als Gesamtheit verändert hat. Knapp zwei Drittel der Mitarbeiter (n=89, 64%) glauben, dass dies der Fall ist, etwa jeder fünfte hat nach eigenen Angaben seine Haltung durch das Projekt nicht verändert (n=30, 21%). Die restlichen 21 Fragebögen (n=21; 15%) blieben leer oder es wurde die Option „Weiß nicht“ gewählt (Abb. 6).

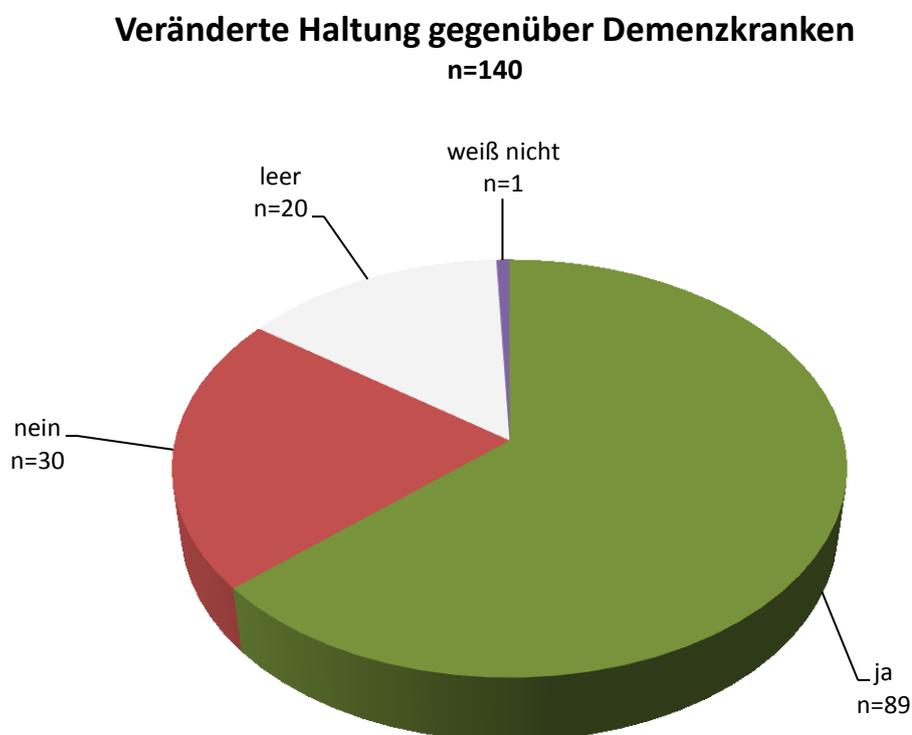


Abb. 6: Subjektive Bewertung der Haltungsänderung im Umgang mit Menschen mit Demenz durch das Gesamtprojekt.

Es wurde noch um eine Begründung zur Haltungsänderung gebeten. Bei diesem Freitextfeld waren auch Mehrfachnennungen möglich. Die drei häufigsten Antwortkategorien waren: „Sensibilisierung / Wertschätzender Umgang“ (n=55; 39%bezogen auf 140 Fragebögen), „Umfassendes Wissen über Demenz“ (n=20; 14%) und erleichterter Umgang mit Betroffenen (n=14; 10%). Diese Ergebnisse sprechen für die grundsätzliche Projektkonzeption.

Auch die Mitarbeiter wurden zu ihrer Einschätzung befragt, als wie wertvoll sie die Einsätze der EAH bewerten würden. 110 Mitarbeiter hielten die Einsätze der EAH für „sehr wertvoll“ (79%), weitere 27 für „eher wertvoll“ (19%). Nur eine Person wählte die Option „wenig wertvoll“ (1%), die Option „nicht wertvoll“ wurde in keinem Fall gewählt. Bei einem Fragebogen blieb das Feld leer.

Erfreulicherweise schätzen damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Wert der Einsätze der Helferinnen und Helfer sehr ähnlich ein, wie die EAH ihre Arbeit selbst. Die positive Wahrnehmung der ehrenamtlichen Tätigkeit durch beide Personengruppen ermutigt dazu dieses Unterstützungssystem weiter auszubauen.

Wert der Einsätze der Ehrenamtlichen aus Sicht der Mitarbeiter n=140

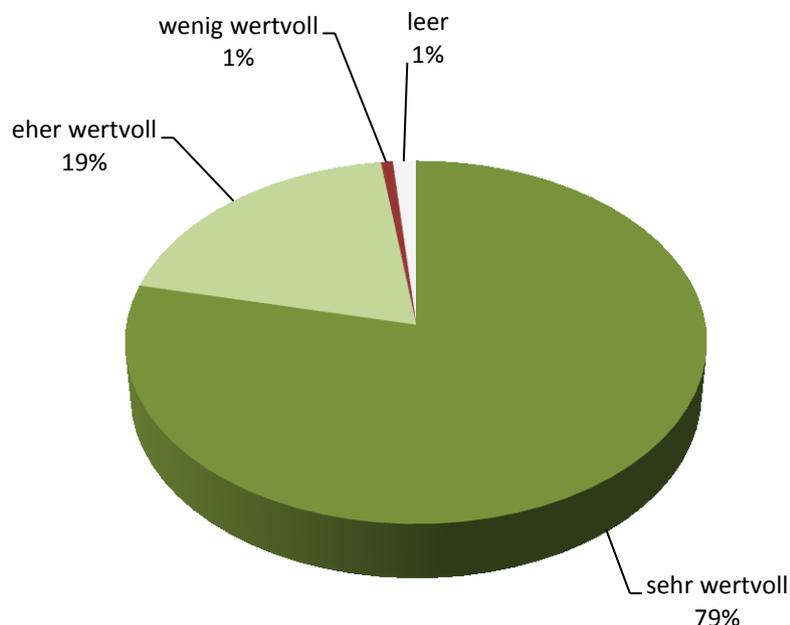


Abb.7: Beurteilung des Wertes der Einsätze von Ehrenamtlichen durch die Mitarbeiter.

Diese Bewertung beruht auf einem häufigen Kontakt der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit den EAH: 10% gaben an, täglichen Kontakt mit den Ehrenamtlichen zu haben (n=14),

während der bei weitem größte Anteil auf die Option „mehrmals pro Woche“ entfiel (54%, n=75). Nochmals 15% hatten einmal pro Woche Kontakt zu Ehrenamtlichen (n=21). Die restlichen Antworten entfielen auf seltener, nie und keine Angabe.

Die Mitarbeiter wurden ebenfalls nach den Tätigkeiten befragt die von Ehrenamtlichen übernommen worden sind. Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Am häufigsten - in 109 Fragebögen - wurde die persönliche Zuwendung oder Beschäftigung mit den demenzkranken Patienten genannt (78% bezogen auf 140 Bögen). Bei 40 Bögen wurde Unterstützung beim Essen und Trinken benannt (29%) und bei 13 Bögen die Begleitung zu Untersuchungen (9%). Damit gibt es eine gute Übereinstimmung der Einschätzung der Mitarbeiter bzgl. der Tätigkeiten der Ehrenamtlichen mit deren eigenen Angaben (vgl. Abb. 2). Die ehrenamtlichen Helfer werden dementsprechend genau so tätig, wie es der Projektkonzeption entspricht.

7. Erreichung der Ziele

Die Evaluation (Befragung der Projektleitungen, Mitarbeiter und ehrenamtliche Helfer), aber auch schriftliche Rückmeldungen aus den Fortbildungen zeigen, dass alle mit der Durchführung des Projektes sehr zufrieden waren.

7.1. Zielebene Umsetzung konkreter Hilfen in den Klinikalltag

Hauptziel des Projektes war es, konkrete und umsetzbare Hilfen für die erkrankten Menschen und deren Angehörige bei einem Krankenhausaufenthalt zu entwickeln und in den Klinikalltag einzuführen. Wichtige Bausteine zur Erreichung dieses Zieles waren dabei:

- die Gewinnung, Schulung und der Einsatz von Ehrenamtlichen zur Begleitung von Menschen mit Demenz
- die Schulung des Krankenhauspersonals zum Thema Demenz
- die Beratung von Angehörigen im Krankenhaus

Wie bereits im Abschnitt 4 beschrieben konnten diese Bausteine wie geplant umgesetzt werden. Insbesondere die Gewinnung von Ehrenamtlichen kann als Erfolg gesehen werden. In allen Projekten, bis auf eine Ausnahme, konnten Demenzhelfer geschult werden, die sowohl innerhalb der Projektzeit umfassend eingesetzt wurden, als auch über die Laufzeit hinaus nachhaltig in den jeweiligen Häusern integriert werden konnten. Die Helfer wurden an allen Standorten fester Bestandteil der Versorgung und die Entwicklungen im Rahmen des Projektes weisen auf einen weiteren Ausbau des Angebotes hin. So zeigten in vielen Häusern auch Stationen, die nicht am Projekt teilnahmen großes Interesse am Einsatz von ehrenamtlichen Helfern.

Auch der Baustein der Schulung von Krankenhausmitarbeitern konnte äußerst zufriedenstellend durchgeführt werden. Die tatsächlichen Kosten für die Schulungen überstiegen letztendlich sogar die geplanten Kosten, da mehr Schulungen abgehalten wurden als ursprünglich geplant. Durchweg an allen Standorten besteht noch Bedarf an Fortbildungen zum Thema Demenz. Dies trifft sowohl auf bereits geschulte Mitarbeiter, was die Rückmeldungen im Rahmen der Abschlussbefragung zeigen, als auch auf Mitarbeiter, die noch keine Demenz-Fortbildung besucht haben zu

Die Beratung von Angehörigen im Krankenhaus konnte, aus den in Punkt 4.2.7 genannten Gründen, nicht umfassend realisiert werden. Jedoch sind die umgesetzten Ansätze ein Weg in die richtige Richtung. Die Rückmeldungen im Laufe des Projektes zeigen, dass die Beratung von Angehörigen merklich verbessert wurde und vor allem die Alzheimer Gesellschaften als kompetente Berater mehr in den Fokus der Krankenhäuser und ihrer Mitarbeiter gerückt sind.

7.2. Zielebene Sensibilisierung und Nachhaltigkeit

Ein weiteres Ziel war es, durch die Auseinandersetzung mit dem Thema die Krankenhäuser zu sensibilisieren weitere Anpassungen und Veränderungen zu einer verbesserten Versorgung von Menschen mit Demenz zu diskutieren und zu initiieren, und diese auch nach dem Projektende weiterzuführen (Nachhaltigkeit).

Wichtige Bausteine dazu waren:

- Die Information der Klinikmitarbeiter zu demenzsensiblen Bausteinen und Aspekten, zu anderen Modellen in anderen Bundesländern
- Beispiele aus der Altenpflege oder aus anderen Kliniken, die im Rahmen der Mitarbeiterfortbildungen vorgestellt wurden

Wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben konnte eine Vielzahl von Projektbausteinen erfolgreich umgesetzt werden. Besonders wichtig dabei ist, dass sich zum Ende des Projektes fast durchweg abzeichnet, dass diese Erfolge nicht mit dem Ende des Projektes im Sand verlaufen, sondern dass nachhaltige Veränderungen innerhalb der einzelnen Standorte bewirkt werden konnte. Nicht nur werden die ehrenamtlichen Besuchsdienste fortbestehen und ausgebaut, auch weitere Schulungen für Krankenhausmitarbeiter sind gewünscht und geplant. Insbesondere die Haltung der Mitarbeiter gegenüber Menschen mit Demenz konnte durch die Schulungen, wie die Befragungen zeigen, nachhaltig geändert werden. Auch viele der demenzsensiblen Projekte werden die Häuser dauerhaft verändern und eine längerfristige Beschäftigung mit dem Thema Demenz und weitere eine Sensibilisierung zur Folge haben.

An allen Standorten wird die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den Alzheimer Gesellschaften grundsätzlich fortgesetzt.

7.3. Zielebene Wirkungen außerhalb des Projektes

Neben diesen Zielen erhofften wir uns auch eine Wirkung des Projektes auf andere Beteiligte im bayerischen Krankenhauswesen (Nachhaltigkeit).

Aus unserer Sicht hat eine – auch im Vergleich zur Projektphase I - verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz im Krankenhaus in der Krankenhauslandschaft, in der Wissenschaft, bei den Selbsthilfeorganisationen und –verbänden und in der Öffentlichkeit eingesetzt.

- Der Landesverband arbeitet nach wie vor mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege im Bereich Demenz im Krankenhaus zusammen.
- Die Planungen und Ergebnisse der Projektphase I wurden v.a. durch Dr. Teschauer, aber auch andere Vertreter des Landesverbandes in eine Reihe von Vorträgen zum Thema dargestellt, so z.B. beim Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, in den sechs

Öffentlichkeitsveranstaltungen der Projektphase II, beim Kongress der Universität Witten-Herdecke und Vorträgen an nicht am Projekt beteiligten Kliniken.

- Die Ergebnisse der Projektphase I gingen direkt in die Broschüre „*Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus*“, die unter Mitwirkung von Dr. Teschauer im Dezember 2013 von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in Berlin herausgegeben wurde.
- Aus unserer Sicht gibt es immer mehr Krankenhäuser die sich diesem Thema zuwenden und von sich aus aktiv werden.
- Die Anfragen von Krankenhäusern nach einer Zusammenarbeit („wollen auch an weiteren Projekten teilnehmen“, Einführung ehrenamtlicher Begleitpersonen) mit dem Landesverband nehmen zu.
- Die Nachfrage nach Schulungen für Mitarbeiter im Krankenhaus (Pflege, Betreuung, Schulung Ehrenamtlicher) beim Landesverband hat sich ab dem Jahr 2012 deutlich erhöht.
- Seit Herbst 2011 gibt es in Bayern ein Fortbildungsangebot Demenzbeauftragter in Krankenhaus. Im Jahr 2011 wurde ein Kurs angeboten, im Jahr 2012 zwei Kurse. Der Umfang beträgt 72 Fortbildungseinheiten á 45 Minuten. Nach unserem Wissen sind die Fortbildungen gut nachgefragt. Aus den Reihen der Projektteilnehmer nehmen zwei Klinikmitarbeiter an einer solchen Schulung teil (Hinweise unter www.alzheimer-bayern.de)
- Die Ergebnisse dieses Projektes des Landesverbandes Bayern werden in einen Arbeitskreis der Bundesverbandes zum Thema „Demenz im Krankenhaus“ mit eingehen, den Dr. Teschauer vonseiten des Bundesverbandes als Mitglied des Vorstandes betreut.
- Dr. Bickel und Prof. Schäufele haben mit einem großen, mehrjährigen Forschungsprojekt zu Erfassung der Prävalenz von Demenzerkrankungen in Akutkrankenhäusern begonnen, das auf der Überzeugungsarbeit von Dr. Teschauer gegenüber den Verantwortlichen aufbaut.

Diese Beispiele zeigen, dass das Thema Demenz im Krankenhaus immer mehr Bedeutung erlangt.

8. Bewertung

Die Resonanz aller Beteiligten und die Ergebnisse zeigen, dass das Projekt sehr erfolgreich verlaufen ist - bei aller kritischen Betrachtung, dass noch manches geklärt und vieles bewegt werden muss (wie unter 5. beschrieben), und wissend, dass manches hätte noch besser laufen können.

- Es ist ein Erfolg, dass alle sechs Projekte zustande kamen. Dies zeigt, dass in den Kliniken ein Handlungsbedarf zur Anpassung der Organisation an die zunehmende Zahl von Menschen mit Demenz gegeben ist, der von den Entscheidungsträgern auch entsprechend wahrgenommen wird. Es zeigt auch, dass zwischen Selbsthilfe- und professionellen Organisationen eine gelingende und vertrauensvolle Zusammenarbeit entstehen kann, die auch eine Anerkennung der fachlichen Kompetenz der Alzheimer Gesellschaften zum Ausdruck bringt.
- Den erfolgreichen Verlauf des Projektes verdeutlicht, dass alle Kliniken zusammen mit den Alzheimer Gesellschaften über das Projektende hinaus weiterarbeiten. Die an der Projektphase II beteiligten Kliniken haben diesen Wunsch von sich aus an den Landesverband herangetragen, der auch eine engere Zusammenarbeit der Kliniken in der Zukunft vorsieht.
- Dass alle wesentlichen Projektbausteine in die Praxis umgesetzt werden konnten, unterstreicht, dass diese auch von anderen als wesentlich gesehen werden und für die Zielerreichung als notwendig eingestuft werden. Dies ist außerdem Indiz für eine sorgfältige Planung und zielführende Projektorganisation durch den Projektträger.
- Nach manchen anfänglichen Bedenken konnten in fünf von sechs Kliniken Ehrenamtliche in die bestehenden Krankenhausstrukturen erfolgreich integriert werden.
- Weiterhin hat das Projekt gezeigt, dass die Vermittlung von Wissen zu einem besseren Verständnis der erkrankten Menschen führt und den Mitarbeitern neue Handlungskompetenzen eröffnet. Personalfortbildung gilt insbesondere für das Personal auch in der wissenschaftlichen Literatur als die wesentliche Intervention. Wichtig ist dabei eine Veränderung der Haltung gegenüber den Kranken, die v.a. durch die Selbsthilfe glaubhaft vertreten werden kann.
- Das Projekt zeigt, dass ein Sensibilisierungs- und Veränderungsprozess bei allen Beteiligten in Gang gekommen ist, und die Absicht besteht, diesen in der Zukunft weiterzuführen.

9. Perspektiven

Aufgrund des erfolgreichen Projektverlaufes, aber auch wissend, dass wir erst am Anfang eines notwendigen Veränderungsprozesses stehen, möchte der Landesverband das Thema weiterverfolgen.

Als wesentliches Arbeitsfeld haben sich die psychologischen und psychiatrischen Symptome des Demenzsyndroms herausgestellt die sich im Setting Akutkrankenhaus besonders zeigen oder verstärken. Von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden sie als herausforderndes Verhalten wahrgenommen – auch, wenn dieser Begriff im Krankenhaus kaum gängig ist. Hier müssen zukünftige Projekte ansetzen, um das aus der Altenpflege vorhandene Wissen zu transferieren und eher theoretische Ansätze zu operationalisieren.

Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat seine Bereitschaft zu einer Fortsetzung der Zusammenarbeit gezeigt. Ebenso die bayerischen Krankenkassen, bei denen ein Antrag auf Neuförderung des Projektes bereits gestellt wurde.

Nürnberg den 11.04.2014



Gerhard Wagner, Geschäftsführer



Dr. Winfried Teschauer, Projektkoordination

Anhang 1

Vertrag

zwischen

Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e.V.

(im folgenden Alzheimer Gesellschaft genannt)

und

Krankenhaus/Klinikum

(im folgenden Klinikum genannt)

über eine Kooperation

im Rahmen des bayernweiten Projektes

„Menschen mit Demenz im Krankenhaus“

der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e.V.

1. Grundlage der Kooperation

Grundlage der Kooperation ist das vom Landesverband als Träger durchgeführte Projekt „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ welches durch öffentliche Mittel und Eigenmittel des Landesverbandes und des Klinikums finanziert wird.

Das dem Projekt zugrundeliegende Konzept hat folgende zentrale Ziele:

- Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz in der Klinik und deren Angehörige zu entwickeln, in die Praxis einzuführen und zu erproben,
- das Personal in der Klinik im Umgang mit Demenzkranken zu sensibilisieren, zu unterstützen und vorhandene Kompetenzen zu fördern,
- demenzsensible Konzepte (z.B. Optimierung von Arbeitsabläufen, Zusammenarbeit mit den Angehörigen, Rooming-in, Milieugestaltung, Informationsgewinnung zu Risikopatienten, Zimmergestaltung....) in der Klinik vorzustellen und ein konkretes Konzept umzusetzen
- Informationen über die Situation von Menschen mit Demenz in der Klinik und entsprechender Lösungsmöglichkeiten zu erstellen und die Öffentlichkeit zu informieren

- Die im Verlauf des Projektes umgesetzten Maßnahmen zu evaluieren um nach Projektende eine zukünftige breitere Umsetzung zu ermöglichen

Beide Kooperationspartner verpflichten sich die im obengenannten Konzept beschriebenen Ziele und Maßnahmen zum zentralen Inhalt ihrer Zusammenarbeit im Projektzeitraum zu machen und die Projektbausteine umzusetzen.

2. Gegenstand der Kooperation

Die Kooperationspartner verpflichten sich folgende Projektbausteine gemeinsam zu planen und in die Praxis umzusetzen:

- Ehrenamtliche zu gewinnen, zu schulen und im Verlauf des Projektes als Betreuungspersonen bei Menschen mit Demenz in der Klinik einzusetzen. Die Ehrenamtlichen werden dabei von der Klinik gegen Unfall- und Haftpflichtschäden versichert und erhalten aus Projektmitteln Aufwandsentschädigungen
- die Aufgaben, die Einsatzplanung, und die fachliche Anleitung der Ehrenamtlichen während ihrer Einsätze so zu regeln und zu gewährleisten, dass diese ihre Aufgaben ohne Überforderung wahrnehmen können
- Mitarbeiter (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, andere) der Klinik zum Thema zu schulen. Eine Schulung im Umfang von mindestens 16 Fortbildungseinheiten ist für die Klinik verpflichtender Bestandteil des Projektes. Zusätzliche Schulungen können frei vereinbart werden. Die Verträge für Schulungen sind mit dem Landesverband abzuschließen.
- mindestens ein demenzsensibles Konzept auszuwählen, dafür ein Konzept zu erstellen, und dieses im Projektverlauf in den Klinikablauf einzuführen und zu erproben
- die pflegende Angehörigen der im Krankenhaus behandelten Menschen mit Demenz zu begleiten, zu beraten und entsprechend ihrer Möglichkeiten in den Betreuungsprozess einbinden
- Die Öffentlichkeit zu informieren und mindestens eine öffentliche Informationsveranstaltung durchzuführen

3. Durchführung

3.1. Allgemein

- Die Klinik bildet eine Steuerungsgruppe, der die Geschäftsführung, die ärztliche Leitung, die Pflegeleitung und evtl. die Leitung des Sozialdienstes angehört. Diese Steuerungsgruppe trifft die für das Projekt notwendigen Rahmenentscheidungen, sorgt für die interne Kommunikation des Projektes und arbeitet darauf hin, dass wesentliche Inhalte des Projektes auch nach Projektende weitergeführt werden können. Die Steuerungsgruppe trifft sich zum Thema mindestens vier Mal in der Projektlaufzeit.
- Zur Steuerungsgruppe sollen die Gesamtprojektleitung des Landesverbandes und die Projektleitungen (Klinik und Alzheimer Gesellschaft hinzugezogen werden)
- Jeder Kooperationspartner beauftragt, eine Person, die die Kooperation verantwortlich leitet (Projektleitung) und klärt deren Aufgaben

- Die Kooperationspartner arbeiten mit der Gesamtprojektleitung des Landesverbandes zur Erreichung der genannten Ziele zusammen. Dies bedeutet den regelmäßige Informationsaustausch, die Teilnahme an Projektbesprechungen und die Zusammenarbeit bei der Dokumentation und Evaluation des Projektes
- Die Projektleitungen erstellen einen Projektplan, der die konkreten Kooperationsziele, die konkreten Maßnahmen und den zeitlichen Verlauf beschreibt. Der schriftliche Projektplan ist der Gesamtprojektleitung des Landesverbandes vorzulegen.
- Die vom Landesverband vorgelegten Qualitätsstandards, vorgegebenen Budgets und Projektvorgaben werden von den Projektpartnern eingehalten. Ebenso werden die für das Projekt entwickelten Materialien (Skripte, Flyer) verwendet.
- Auf die Förderer des Projektes ist in Veröffentlichungen hinzuweisen. Die Förderer werden an Öffentlichkeitsveranstaltungen beteiligt.

3.2. Dienstleistungen der Alzheimer Gesellschaft

Die Alzheimer Gesellschaft erbringt im Rahmen der Kooperation folgende Leistungen:

- Die Schulung aller Ehrenamtlichen in einer mindestens 24 Fortbildungseinheiten umfassenden Fortbildung. Eine Fortbildungseinheit beträgt 45 Minuten.
- Sofern das Krankenhaus keine Ehrenamtlichen („Grüne Damen“) hat, oder diese nicht geschult und in diesem Bereich eingesetzt werden wollen, unterstützt die Projektleitung der Alzheimer Gesellschaft das Klinikum bei der Gewinnung von Ehrenamtlichen.
- Die fachliche Anleitung der Ehrenamtlichen (mindestens 2-monatlicher Erfahrungsaustausch) durch die Projektleitung der Alzheimer Gesellschaft
- Beratungsangebote für Angehörige von Menschen mit Demenz im Krankenhaus
- Information und Beratung des Krankenhauses über Bausteine demenzsensibler Konzepte (Erfahrungen aus anderen Projekten, Erfahrungen aus der Arbeit mit den erkrankten Menschen) und Begleitung bei der Umsetzung solcher
- Schulungen für die vom Krankenhaus benannten Mitarbeiterinnen
- Die Planung einer Informationsveranstaltung im Regierungsbezirk

3.3. Dienstleistungen des Klinikums

Die Klinik erbringt im Rahmen der Kooperation folgende Leistungen

- interne Klärungen, die gewährleisten, dass die Projektziele und Maßnahmen erfolgreich durchgeführt werden können (Steuerungsgruppe)
- die Kommunikation des Projektes innerhalb des Klinikums
- die Gewinnung von Ehrenamtlichen die im Rahmen des Projektes in der Begleitung von Menschen mit Demenz tätig werden
- ermöglicht den Ehrenamtlichen die Teilnahme an der mindestens 24 Fortbildungseinheiten umfassenden Fortbildung und stellt für diese Schulungsräume zur Verfügung

- die Einsatzplanung der Ehrenamtlichen
- organisiert die Fortbildungen für seine Mitarbeiterinnen und stellt dafür Räumlichkeiten zur Verfügung
- entscheidet sich für ein demenzsensibles Thema, und gewährleistet und organisiert dessen Umsetzung im Projektverlauf
- beteiligt sich an der Anfangs- und Abschlussevaluation

4. Kosten

- Der Eigenbeitrag für die Projektteilnahme beträgt für das Klinikum 1.500 €.
- für die verpflichtende Schulung der Krankenhausmitarbeiterinnen (16 Fortbildungseinheiten á 45 Minuten) werden dem Krankenhaus 980,00 € an Honorarkosten berechnet. Dazu kommen die Fahrtkosten für die Referenten in Höhe von 0,30 € pro gefahrenen km.
- Weitere freiwillige Schulungen können nach Vereinbarung mit der Alzheimer Gesellschaft zum Preis von 60,00 € pro Fortbildungseinheit, zusätzlich der Fahrtkosten für die Referenten in Höhe von 0,30 € pro gefahrenen km vereinbart und durchgeführt werden
- Für die Aufwandsentschädigungen der Ehrenamtlichen stehen 3.333 € aus Projektmitteln zur Verfügung.
- Für die Informationsveranstaltung/Öffentlichkeitsarbeit stehen 650 € für Referentenhonorare/ Sachkosten aus Projektmitteln zur Verfügung
- Die Kosten der Leistungen, die die Alzheimer Gesellschaft erbringt, werden in Rahmen der vorgesehenen Projektmittel finanziert
- Alle Rechnungen und Zahlungen sind an den Landesverband zu richten

5. Vertraulichkeit

Die Vertragspartner werden alle gegenseitig zugänglich gemachten Informationen technischer und geschäftlicher Art sowie Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse vertraulich behandeln. Die gegenseitig zur Verfügung gestellten Unterlagen, Dokumentationen und Datenträger sind sorgfältig zu behandeln; sie sind unter Berücksichtigung der Verpflichtung zur vertraulichen Behandlung bis zu Rückgabe aufzubewahren und nur zum bestimmungsgemäßen Gebrauch zu verwenden.

6. Veröffentlichungen

Alle Veröffentlichungen, die den Vertragsgegenstand betreffen, werden gegenseitig abgestimmt. Die Vertragspartner werden hinsichtlich des Zeitpunkts und Inhalts der Veröffentlichungen die Interessen der anderen Vertragspartner berücksichtigen. Die Zustimmung zur beabsichtigten Veröffentlichung darf von keinem Vertragspartner unbillig

verweigert werden. Bei Veröffentlichungen ist stets derjenige Vertragspartner zu benennen, von dem sie erarbeitet wurden.

Insbesondere die Verwendung des Logos des Krankenhauses oder der Alzheimer Gesellschaft darf nur nach Genehmigung des jeweiligen Inhabers erfolgen

7. Zeitlicher Ablauf

Projektlaufzeit für das bayernweite Projekt ist vom 01.09.2012 bis 31.03.2014. Die Erstellung der für die Kooperation notwendigen Grundlagen (Vertrag und Projektplan) muss spätestens bis Ende 2012 abgeschlossen sein. Die Gewinnung von Ehrenamtlichen muss ebenso bis Ende 2012 abgeschlossen sein. Ab Anfang 2013 sollen die Projektbausteine (Schulungen, Miteinbeziehung Angehöriger, Betreuung der Patienten, Umsetzung demenzsensibles Konzept) praktiziert werden. Die praktischen Bausteine sollen eine Laufzeit von mindestens 9 Monaten umfassen, um sie ausreichend evaluieren zu können. Leistungen, die nach dem 31.12.2013 erbracht werden (ausgenommen ist die Abschlussevaluation) können nicht mehr aus Projektmitteln finanziert werden.

8. Auflösung des Vertrages/Kündigung

Der Vertrag kann jederzeit im gegenseitigen Einvernehmen der Vertragspartner schriftlich aufgelöst werden. Die bis zu diesem Zeitpunkt erbrachten Leistungen sind zu bezahlen. Der für die Projektbeteiligung zu zahlende Eigenbeitrag ist auch bei vorzeitiger Auflösung des Vertrages fällig.

Ein Kündigungsgrund liegt insbesondere auch dann vor, wenn der obengenannte Projektgegenstand nicht umgesetzt werden kann.

9. Schlussbestimmungen

Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern möglich, müssen als solche gekennzeichnet sein und bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform.

Die Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung in Kraft.

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein, so berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht. Die Bestimmung soll vielmehr durch eine Regelung ersetzt werden, die rechtlich zulässig ist und die inhaltlich der ursprünglichen Bestimmung am Nächsten kommt.

Ort/Datum

Klinikum
(rechtsverbindliche Unterschrift)

Alzheimer Gesellschaft
(rechtsverbindliche Unterschrift)

Anhang 2

**Evaluation des Projektes
„Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus“
der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern, gefördert u.a. durch das Bayerische
Gesundheitsministerium und die Robert-Bosch-Stiftung**

Ihre Tätigkeit und Ausbildung

1. An welchem Projektstandort sind Sie beteiligt?
 Augsburg Kempten Mainburg / Pfaffenhofen
 Naila / Münchberg Regensburg Weißenburg / Gunzenhausen

2. Welche Funktion haben Sie auf der Station bzw. welche Aus- bzw. Weiterbildung haben Sie absolviert (z.B. Pflegefachkraft, Assistenzarzt, Physiotherapeut)?

3. Wie lange arbeiten Sie bereits in ihrem Beruf?
 weniger als 2 Jahre zwei bis fünf Jahre sechs bis zehn 10 Jahre
 mehr als 10 Jahre

4. Haben Sie Fortbildungen (z.B. Seminar, Vortrag, Kongress) besucht, die den Umgang mit älteren Patienten, verwirrten Patienten oder Patienten mit herausfordernden Verhalten zum Inhalt hatten?
 nein ja, _____

Patienten auf Ihrer Station: Ältere Patienten und herausforderndes Verhalten

5. Wenn Sie den Betrieb auf Ihrer Station für einen längeren Zeitraum, - ca. ein halbes Jahr- Revue passieren lassen, gibt es Patienten, an die sie sich besonders erinnern, weil sie mehr oder weniger stark verwirrt waren?
 ja nein weiß nicht

6. Wie hoch schätzen* Sie den Anteil solcher Patienten auf Ihrer Station?
____ % weiß nicht

7. Wie hoch schätzen* Sie den Anteil von Patienten über 65 Jahren auf Ihrer Station?
____ % weiß nicht

8. Im Zusammenhang mit demenziellen Veränderungen wird oft der Begriff des „Herausfordernden Verhaltens“ verwendet. Was verbinden Sie mit diesem Begriff?

* Bitte schätzen Sie die Anteile aus Ihrer täglichen Arbeit heraus. Die Abgaben sollen Ihren *persönlichen Eindruck* wiedergeben.

Im folgenden Teil des Fragebogens sind Eigenschaften und Verhaltensweisen aufgelistet, die bei Menschen mit Demenz möglicherweise in der täglichen Pflege wahrgenommen werden. Bitte geben Sie an, wie leicht oder schwer es Ihnen fällt, mit dieser Eigenschaft oder diesem Verhalten umzugehen. Falls Sie das Verhalten oder die Eigenschaft in Ihrer Pflegepraxis nicht kennengelernt haben, wählen Sie bitte die Option „trifft nicht zu“ (Fragen 9 - 24 in Anlehnung an Hrncir, 2009)

Menschen mit Demenz

Der Umgang fällt mir

	sehr leicht	leicht	schwer	sehr schwer	trifft nicht zu
9. scheinen sich oft komplett planlos zu verhalten	<input type="checkbox"/>				
10. sind ängstlich	<input type="checkbox"/>				
11. sind unberechenbar	<input type="checkbox"/>				
12. sind apathisch, scheinen eingeschränkte Emotionen zu haben	<input type="checkbox"/>				
13. sind egoistisch	<input type="checkbox"/>				
14. sind paranoid	<input type="checkbox"/>				
15. suchen oft Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>				
16. sind manipulierend	<input type="checkbox"/>				
17. sind undankbar	<input type="checkbox"/>				
18. sind verletzlich	<input type="checkbox"/>				
19. sind einsam	<input type="checkbox"/>				
20. sind oft absichtlich schwierig	<input type="checkbox"/>				
21. brauchen die ganze Zeit jemanden in der Nähe, sind fordernd	<input type="checkbox"/>				
22. haben ein leeres Leben	<input type="checkbox"/>				
23. sind stur und eigensinnig	<input type="checkbox"/>				
24. sind aggressiv und feindlich	<input type="checkbox"/>				

25. Welche besonderen Situationen traten bei der Versorgung dieser verwirrten Personen häufig auf? (Mehrfachnennungen möglich)

- Schreiatacken Enthemmung Apathie (Passivität)
 Wahnvorstellungen Hilferufe zielloses Herumlaufen
 verbale Aggression körperliche Aggressionen

26. Wie häufig treten die häufigsten dieser besonderen Situationen im Stationsalltag auf?

- täglich zweimal / Woche einmal / Woche seltener weiß nicht

27. Welche Maßnahmen werden in diesen Situationen üblicherweise getroffen?

Deeskalierende Maßnahmen (z.B. auf Gefühle des Patienten eingehen):

- häufig gelegentlich nie weiß nicht

Einbindung von Angehörigen (z.B. Hinzuziehen, Rooming-In)

- häufig gelegentlich nie weiß nicht

Hinzuziehen Dritter (z.B. Sitzwache, Ehrenamtliche Helfer)

- häufig gelegentlich nie weiß nicht

Medikamentöse Intervention

- häufig gelegentlich nie weiß nicht

Sonstige: _____

- häufig gelegentlich nie weiß nicht

28. Welche anderen Lösungswege könnten Sie sich vorstellen?

- _____
 keine weiß nicht

29. Warum werden diese anderen Lösungen nach Ihrer Meinung nicht angewendet?

- _____ weiß nicht

Patienten mit kognitiven Risiken

30. Sind i.d.R. die Informationen über ein bestehendes kognitives Risiko beim Patienten bereits bei der Aufnahme bekannt?

- ja nein

31. Wie häufig finden konsiliarische Untersuchungen wegen kognitiver Risiken statt?

- täglich zweimal / Woche einmal pro Woche seltener nie
 weiß nicht

32. Treffen Sie besondere Maßnahmen, wenn Patienten mit kognitiven Risiken von Ihrer Station aus zu anderen Zielen im Haus gehen oder gebracht wird (z.B. Begleitsdienst, Ankündigung)?

- ja nein Weiß nicht

33. Werden besondere Pflegesituationen im Pflgeteam besprochen (Fallbesprechungen)?

- ja nein Weiß nicht

34. Gibt es zu Patienten mit kognitiven Risiken interdisziplinäre Fallbesprechungen?
 ja nein Weiß nicht
35. Falls Fallbesprechungen durchgeführt werden: Worin liegen aus Ihrer Sicht die wesentlichen Vorteile (Stichworte)?
 _____ Weiß nicht
36. Falls nein: Würden Sie sich solche interdisziplinären Fallbesprechungen wünschen?
 ja nein Weiß nicht
37. Welche Hoffnungen knüpfen Sie daran (Stichworte)?
 _____ Weiß nicht
38. Wie häufig treten nach Ihrer Meinung Delirien auf Ihrer Station auf?
 täglich zweimal / Woche einmal / Woche
 einmal / Monat seltener nie Weiß nicht

Patienten mit Nebendiagnose Demenz

39. Wie hoch schätzen* Sie den Anteil von Patienten auf ihrer Station bei denen eine Demenz als Diagnose in der Krankenakte vermerkt ist.
 ____ % weiß nicht
40. Wie hoch schätzen* Sie den Anteil von Patienten, die nach Ihrer Auffassung an einer Demenzerkrankung leiden, aber keine Diagnose in Ihrer Krankenakte aufweisen?
 ____ % weiß nicht
41. Können Sie sich Veränderungen bei der klinischen Versorgung Demenzkranker vorstellen?
 nein ja und zwar _____
 _____ weiß nicht

Einbindung Ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer

42. Besteht in ihrem Haus / ihrer Station ein ehrenamtlicher Helferkreis (z.B. Grüne Damen, Hospizverein, Besuchsdienst)?
 nein, kein Helferkreis im Haus ➔ **Frage 43** ja, Helferkreis vorhanden ➔ **Frage 46**
43. In einigen Krankenhäusern gibt es gute Erfahrungen mit dem Einsatz von Ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern (EAH). Wie stehen Sie persönlich zu diesem Modell?
 kann ich mir gar nicht vorstellen wäre ggf. möglich
 kann ich mir gut vorstellen EAH wären in jedem Fall eine Bereicherung
 weiß nicht

* Bitte schätzen Sie die Anteile aus Ihrer täglichen Arbeit heraus. Die Abgaben sollen Ihren *persönlichen Eindruck* wiedergeben.

44. Worin sehen Sie die wesentlichen Hindernisse beim Einsatz von EAH auf Ihrer Station?

_____ Weiß nicht

45. Welche Verbesserungspotenziale sehen Sie durch den Einsatz von EAH?

_____ weiß nicht

➔ **Ende des Fragebogens**

46. In Ihrem Haus / in Ihrer Station werden u.a. auch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer (EAH) eingesetzt. Haben Sie in den vergangenen drei Monaten Patienten versorgt, die auch Besuch von EAH erhielten?

ja nein weiß nicht

47. Ist die Zahl der durch die EAH betreuten Patienten:

zu niedrig genau richtig zu hoch weiß nicht

48. Als wie hilfreich für ihre Arbeit würden Sie den Einsatz von EAH beschreiben?

gar nicht wenig hilfreich hilfreich weiß nicht

Würden Sie Ihre Antwort kurz begründen?

49. Wie würden Sie aus Ihrer Sicht die Aufgaben der EAH beschreiben?

_____ weiß nicht

50. Welche Aufgaben haben die EAH übernommen?

_____ weiß nicht

51. Glauben Sie, dass Patienten mit kognitiven Risiken besonders vom Einsatz von EAH profitieren?

ja nein weiß nicht

Bemerkungen zu Fragebogen:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang 3

Abschlussevaluation des Projektes „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern

Fragebogen für Mitarbeiter der Krankenhäuser

Projektstandort ???

1. Haben Sie an der Anfangsbefragung, oder der Zwischenbefragung im Rahmen des Projektes „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ teilgenommen?
 nur Anfangsbefragung nur Zwischenbefragung
 beide Befragungen keiner der Befragungen

2. Haben Sie innerhalb des Projektes an der zweitägigen Schulung (16 UE) durch die Alzheimer Gesellschaft oder einer Fortbildung für Ärzte teilgenommen?
 ja nein

3. Empfinden Sie die Inhalte der Schulung als hilfreich im Umgang mit Menschen mit Demenz?
 sehr hilfreich teilweise hilfreich nicht hilfreich weiß nicht

4. Welche Teilbereiche aus den Schulungen haben sich als besonders hilfreich im Umgang mit Demenzkranken erwiesen?

5. Wünschen Sie sich weitere Schulungen zu dem Thema Demenz?
 ja nein
weil

6. Als wie wertvoll würden Sie den Einsatz von ehrenamtl. Demenz Helfern im Krankenhaus bezeichnen?
 nicht wertvoll wenig wertvoll eher wertvoll sehr wertvoll

7. Wie häufig treffen Sie ehrenamtliche Demenzhelfer auf Ihrer Station an?
 täglich mehrmals pro Woche einmal pro Woche seltener nie

8. Welche Aufgaben haben die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer v.a. übernommen?

_____ weiß nicht

9. Im Zusammenhang mit demenziellen Veränderungen wird oft der Begriff des „Herausfordernden Verhaltens“ verwendet. Was verbinden Sie mit diesem Begriff?

_____ weiß nicht

10. Treffen Sie besondere Maßnahmen, wenn Patienten mit kognitiven Risiken von Ihrer Station aus zu anderen Zielen im Haus gehen oder gebracht werden (z.B. Begleitsdienst, Ankündigung)?

nein ja, und zwar folgende:

_____ weiß nicht

11. Von welchen weitergehenden Veränderungen könnten Demenzkranke in Ihrem Krankenhaus profitieren?

_____ weiß nicht

12. Wie häufig kommen Sie mit Angehörigen von demenzkranken Patienten in Kontakt?

täglich mehrmals pro Woche einmal pro Woche seltener nie

13. Hat sich Ihre Haltung gegenüber Demenzkranken durch das Projekt verändert?

ja nein

weil _____

_____ weiß nicht

14. Welche Veränderungen hat Ihrer Meinung nach das Projekt „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ in Ihrem Krankenhaus bewirkt?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Anhang 4

Abschlussevaluation des Projektes „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern

Fragebogen für ehrenamtliche Demenzhelfer

Projektstandort

1. Wünschen Sie sich weitere Schulungen zu dem Thema Demenz

ja nein

weil, _____

2. Welche Teilbereiche des Themas Demenz würden Sie tiefergehend interessieren?

3. Als wie wertvoll würden Ihre Einsätze im Krankenhaus bezeichnen?

nicht wertvoll wenig wertvoll eher wertvoll sehr wertvoll?

4. Wie häufig sind Sie für Besuche im Krankenhaus eingesetzt?

täglich mehrmals pro Woche einmal pro Woche seltener nie

5. Welche Aufgaben haben Sie im Rahmen Ihrer ehrenamtlichen Einsätze übernommen?

6. Können Sie sich an Situationen während Ihrer Einsätze erinnern, auf die Sie sich durch die Schulung zu wenig vorbereitet gefühlt haben?

- nein ja, und zwar folgende

7. Wie würden Sie Ihre Einbindung und Akzeptanz auf den Stationen beschreiben?

- gut eingebunden in Station freundlicher Umgang Personal ist dankbar
 anfangs Skepsis der Mitarbeiter wichtige Informationen werden an mich weitergegeben
 wenig eingebunden und akzeptiert werde als Entlastung für das Personal gesehen

8. Wie häufig kommen Sie mit Angehörigen von demenzkranken Patienten in Kontakt?

- täglich mehrmals pro Woche einmal pro Woche seltener nie

9. Welche Erfahrungen haben Sie im Kontakt im Angehörigen (ANG) von Demenzkranken gemacht? Wie haben die Angehörigen auf Sie als ehrenamtlichen Helfer reagiert?

- ANG sind dankbar für Hilfe Akzeptanz als Ansprechpartner gutes Verhältnis zu ANG
 wenig Kontakt zu ANG ANG eher abweisend anfangs Skepsis
 ANG teilweise überlastet Gespräch auch für ANG positiv
 gesprächsbereit über Biographie der Betroffenen

10. Von welchen weitergehenden Veränderungen könnten Demenzkranke in Ihrem Krankenhaus profitieren?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Raum für weitere Bemerkungen / Antworten / Kommentare
