

Empfehlungen für die Notfallversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

September 2024

Menschen mit Demenz und ihre Betreuungspersonen sind in hohem Maße auf die Versorgung in der Notaufnahme angewiesen. Doch der Aufenthalt in der Notaufnahme ist für diese Patientengruppe häufig außerordentlich belastend und kann eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands nach sich ziehen. Auch für die Mitarbeitenden des Teams der Notaufnahme stellt die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz eine besondere Herausforderung dar. Gleichzeitig wären viele Vorstellungen in der Notaufnahme vermeidbar, wenn die ambulante fachärztliche Versorgung die Betroffenen besser erreichen würde. Die Fachgesellschaften DGPPN und DGGPP legen deswegen in Absprache mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie (Maßnahme 3.3.2) Empfehlungen dazu vor, wie Notfällen bei Menschen mit Demenz vorgebeugt werden kann und wie eine demenzsensible Notaufnahme gestaltet sein sollte.

Inhalt

1. Menschen mit Demenz als medizinische Notfälle in der Notaufnahme eines Krankenhauses.....	1
2. Notwendigkeit der Weiterentwicklung zu einer demenzsensiblen Notaufnahme.....	4
2.1. Organisationsstrukturen innerhalb der Notaufnahme	4
2.1.1. Aufnahmeprozedere	4
2.1.2. Aufenthalt und Wartezeit.....	6
2.1.3. Kompetenz des Notaufnahmeteams im Umgang mit Menschen mit Demenz.....	7
2.1.4. Haltung und Interaktionskultur	8
2.1. 5. Bauliches Milieu und Innenausstattung	8
3. Prävention von Notfallversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus	9
3.1. Vernetzung und aufsuchende Behandlungsmöglichkeiten.....	9
3.2. Vorbeugender Rettungsdienst	11
3.3. Telemedizin	11
4. Empfehlungen zur Notfallversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus	11
Ersteinschätzung	12
Behandlung und Begleitung in der Notaufnahme.....	12
Spezifische Forschung	13
Vermeidung von notfallmäßigen Behandlungen	13
Bauliches Milieu und Innenausstattung.....	13
Autorinnen und Autoren	14
Literaturnachweise.....	15

1. Menschen mit Demenz als medizinische Notfälle in der Notaufnahme eines Krankenhauses

Die Notaufnahme (NA) ist eine zentrale Organisationseinheit eines Krankenhauses und eine Schnittstelle zwischen ambulantem und klinischem Versorgungsbereich. Die Arbeit in der Notaufnahme ist durch einen raschen und unvorhersehbaren Wechsel der Arbeitsabläufe durch plötzliche Notfallsituationen und die Individualität jeder Notfallsituation charakterisiert. In der NA müssen eine Vielzahl von Menschen gleichzeitig betreut, die Behandlungsdringlichkeit eingeschätzt, Patientinnen und Patienten überwacht und weitere Diagnostik und Therapie fachgerecht eingeleitet werden. Das Behandlungsteam muss sich in kürzester Zeit auf sehr unterschiedliche Ereignisse einstellen und dabei gleichzeitig den Überblick über die zu versorgenden Patientinnen und Patienten behalten. Ressourcen, die zur Verfügung stehen, müssen jeweils neu zugeteilt werden, damit ein schwerverletzter Mensch genauso wie ein ängstlicher Mensch mit Demenz eine bestmögliche Diagnostik und Behandlung erfährt.

Für die Behandlung von Menschen mit Demenz, so wie bei anderen Menschen mit erkrankungsbedingten Kommunikationsschwierigkeiten, ist es von zentraler Bedeutung, auf die Unterstützung und gemeinsame Arbeit mit Begleitpersonen zurückgreifen zu können. Vertraute Begleitpersonen können nicht nur das Sicherheitsgefühl bei den Patientinnen und Patienten in der unbekanntem Situation maßgeblich unterstützen, sondern auch fachkundige Auskünfte geben. D.h. im Konkreten, dass die Prozesse einer Notaufnahme die kontinuierliche Anwesenheit und den Einbezug, sowie den engen Austausch mit diesen Menschen möglich machen müssen.

Das Pflegeteam ist Ansprechpartner und vermittelt zwischen Patientinnen und Patienten, Angehörigen und dem multiprofessionellen Team der NA. Zur Realität der NA in Deutschland gehören Overcrowding-Situationen, die eintreten, wenn beispielsweise 10 % der Wartenden länger als 2 Stunden keine Behandlung bekommen oder Rettungstragen auf dem Flur stehen. Eine adäquate Versorgung aller Patientinnen und Patienten ist dann eine Herausforderung ganz besonderer Art.

Als medizinischer Notfall werden diejenigen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche die Person selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet [1]. Eine Umfrage der Arbeitsgruppe „Der ältere Patient in der Notfallmedizin“ der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) beziffert den Anteil der über 70-Jährigen in deutschen Notaufnahmen im Mittel bei 30 % [2]. Als häufige Nutzende des Gesundheitssystems sind auch Menschen mit Demenz und ihre Betreuungspersonen in hohem Maße auf die Dienste der NA angewiesen, um akute medizinische Bedürfnisse und schwerwiegende, akut aufgetretene Verhaltenssymptome (häufig auch Ausdruck eines Delirs) zu behandeln, und zwar mehr als andere ältere Erwachsene [3]. Laut einer Studie, in der pflegende Angehörige befragt wurden, hatten 30 % der in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Demenz in den letzten drei Monaten mindestens einen Besuch in der NA, von denen die meisten nach den Schilderungen vermeidbar gewesen wären, darunter beispielsweise Harnwegsinfektionen [4]. In einer anderen Studie wurde festgestellt, dass 47 % der Menschen mit Demenz, die langfristig in Pflegeeinrichtungen leben, im vergangenen Jahr einen oder mehrere Vorstellungen in der NA hatten [5]. Die hohe Inanspruchnahme durch Pflegeheime bei Menschen mit Demenz wird mit einer unzureichenden ambulanten fachärztlichen Versorgung der

Pflegeheimbewohnenden in Verbindung gebracht. Interessanterweise weist eine aktuelle Untersuchung bei Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit darauf hin, dass es auch kleineren Helfersystemen mit weniger beteiligten Menschen zuverlässig zu gelingen scheint, Notfallsituationen zu erkennen, indem sie eine große Vertrautheit gewährleisten können [6]. Untersuchungen weisen darauf hin, dass sozial deprivierte Menschen mit Demenz seltener in einer NA vorgestellt werden als diejenigen, die über gute soziale Kontakte verfügen [7], so dass davon auszugehen ist, dass Notfälle oder frühzeitige Behandlungen zur Abwehr einer gesundheitlichen Verschlechterung dort häufiger ausbleiben als bei sozial integrierten Menschen mit Demenz. In der Notaufnahme wird die Notwendigkeit der nächsten Behandlungsschritte besprochen, auch sie hat die Funktion eines ‚Gatekeepers‘ und koordiniert im Versorgungsnetz des Betroffenen beispielsweise, wo die Behandlung fortgeführt werden wird, was für Vorbereitungen dazu getroffen und wer im Versorgungsnetz dazu verständigt werden muss (z.B. an Wochenenden, in der Nacht). Sleeman und Mitarbeitende (2018) belegen häufige Vorstellung in NA im letzten Lebensjahr (78,6%) [8]. Die palliative Situation eines Menschen mit Demenz wird in der NA vielfach am Lebensende nicht erkannt [9, 10]. Besonders ein ungedeckter Bedarf an Schmerztherapie wurde mit häufigeren Besuchen in der Notaufnahme im letzten Lebensmonat in Verbindung gebracht [11]. Neuere, retrospektive Kohortenanalysen weisen eine deutliche Korrelation von Anstieg der Außentemperaturen und Zunahme von Vorstellungen von Menschen mit Demenz in der NA nach [12], so dass mit einem weiteren Anstieg von Notfallvorstellungen von Menschen mit Demenz aus unterschiedlichen Gründen gerechnet werden muss und spezielles Wissen, sowie ein Gesundheitskonzept (z.B. Zusammenhang zwischen Klima und menschlicher Gesundheit im Alter) dazu vermittelt werden muss.

Die Inanspruchnahme der Notaufnahmen durch Menschen mit Demenz zeigte eine höhere Rate schlechter Ergebnisse, einschließlich einer höheren 30-Tage-Rate für die Wiederaufnahme [5, 13], einer höheren Rate an Delirien, Stürzen und einer erhöhten Sterblichkeit. Eine einzelne Ursache für diese schlechten Ergebnisse ist nicht zu identifizieren [14]. Es ist aber davon auszugehen, dass die übermäßig stimulierende und damit ungewohnte und irritierende Umgebung für Menschen mit Demenz in der NA, die begrenzten Informationen, die den Mitarbeitenden der NA zur Verfügung stehen, und die daraus resultierenden Kommunikationsschwierigkeiten zwischen ihnen und den Betroffenen sowie den begleitenden Angehörigen dazu beitragen. Menschen mit Demenz empfinden in der fremden Umgebung in der NA häufig ein Bedrohungs- und Verunsicherungserleben, welches in starken Lautäußerungen und Weglauftendenzen resultieren kann. Während ersteres die differentialdiagnostische Abklärung gegenüber Schmerzen erschwert, kann letzteres zu Sekundärkomplikationen wie Stürzen führen. In einer Notfallsituation ist deshalb die Ursachensuche und Einschätzung der Beschwerden von Menschen mit Demenz besonders schwierig, erfordert einen höheren Betreuungsaufwand und macht unter Umständen einen längeren Aufenthalt in der NA notwendig. Das multiprofessionelle Team der NA muss dazu auf seine Kompetenz durch spezifische Schulung zurückgreifen können und es muss eine schnelle Identifizierung dieser Risikogruppe gelingen, genauso wie es auch für anderen Risikogruppen notwendig ist, wie beispielsweise bei Menschen mit geistiger Behinderung, sprachlichen oder motorischen Einschränkungen oder fehlenden Sprachkenntnissen.

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zeigen zusätzlich zu den akuten Symptomen häufig Fehleinschätzungen und selbstgefährdende Verhaltensweisen, die die Gefahr für verschiedene

vermeidbare Verletzungen erhöhen. Gagnon-Roy und Mitarbeitende untersuchten in einem Review 67 zwischen 1997 und 2017 publizierte Quellen zur Frage vermeidbarer Ereignisse bei Älteren, die zu einem Kontakt mit einer Notaufnahme geführt hatten [15]. Verletzungen durch Stürze, Unfälle im Straßenverkehr und giftige Substanzen machten danach einen großen Anteil (über 20 %) der NA-Besuche von älteren Menschen aus. Beim Vergleich von älteren Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung stürzten die kognitiv eingeschränkten Personen häufiger (60-80 % im Vergleich zu 30 %). Verkehrsunfälle waren die zweithäufigste Ursache für Besuche in der NA (14% -22,6%). Allerdings wurden ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen deutlich seltener stationär behandelt (3,5 %) als Personen ohne eine solche Beeinträchtigung. Verbrennungen und Verbrühungen waren die drittwichtigste Ursache für Besuche in der Notaufnahme (2% - 3%). Sie führten bei Seniorinnen und Senioren mit kognitiven Einschränkungen doppelt so häufig zu Notaufnahmen (25%) wie bei der älteren Allgemeinbevölkerung (13,8 %). Bei älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurden Schäden aufgrund von Selbstvernachlässigung mit einer Inzidenz von 11 % bis 21 % beobachtet, von denen 70 % eine dringende Intervention erforderten. Zu den schwerwiegenden Schäden aufgrund von Selbstvernachlässigung gehörten Probleme bei der Nahrungsaufnahme, Nichtbefolgen von Empfehlungen und Anordnungen von Ärztinnen und Ärzten oder Pflegepersonen, die die Behandlung, Medikamente oder technische Hilfsmittel betrafen, außerdem Verschweigen von gesundheitlichen Problemen und Nichtbeachtung der persönlichen Hygiene. Ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen waren zudem stärker gefährdet sich zu verirren und Folgeschäden zu erleiden (z. B. Erfrierungen). Schließlich tragen Polypharmazie, funktionelle und soziale Aspekte sowie Verhaltensbesonderheiten dazu bei, dass im Gegensatz zu jüngeren Patientinnen und Patienten die Verweildauer älterer und besonders kognitiv eingeschränkter Menschen in der NA häufig deutlich länger ist.

Insgesamt ist die Vorstellung in einer Notaufnahme mit nicht auf geriatrische Bedürfnisse abgestimmten Strukturen und Prozessen für ältere Patientinnen und Patienten, besonders für solche mit kognitiven Einbußen, als Hochrisikosituation zu sehen [16].

Wir empfehlen den Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes, welches die bisherige „Gatekeeper“-Funktion der Notaufnahme übernimmt. Dazu muss es gesundheitliche Verschlechterungen bei Menschen mit Demenz früh identifizieren, gut mit den weiterbehandelnden Strukturen einschließlich Krankenhäuser und Notaufnahmen vernetzt sein, eine frühzeitige, gestufte Behandlung ermöglichen und im Notfall für die Vorstellung in der Notaufnahme sorgen. In diesem Netzwerk nehmen Angehörige und Pflegenden eine zentrale Rolle ein. Wir empfehlen die Stärkung der Prävention von Notfällen bei Menschen mit Demenz durch ambulante, aufsuchende Dienste der Krisenintervention, um der Vorstellung von Menschen mit Demenz in der NA eines Krankenhauses vorzubeugen. Wir empfehlen die gemeinsame Arbeit mit den Rettungsdiensten bei der Erarbeitung des Modells eines vorbeugenden Rettungsdienstes. Ferner empfehlen wir eine substanzielle Unterstützung der Notaufnahmen in Deutschland bei der Einrichtung von demenz- und alterssensiblen Behandlungspfaden, um die Notfallbehandlung von Menschen mit Demenz zu verbessern. Eine Begleitforschung zur Notfallbehandlung von Menschen mit Demenz und alten Menschen in der NA ist zur Evaluierung der Maßnahmen unbedingt erforderlich, um Daten zu dem deutschen Notfallsystem zu generieren und der Weiterentwicklungen zugrunde legen zu können.

2. Notwendigkeit der Weiterentwicklung zu einer demenzsensiblen Notaufnahme

Für die Notfallversorgung älterer Menschen bedarf es der Entwicklung einer demenzsensiblen und damit auch alterssensiblen NA, so wie es beispielsweise in den Geriatric Emergency Department Guidelines erarbeitet worden ist und deren Umsetzungsstand intensiv diskutiert wird [17]. Es gibt auf der Grundlage einer erhöhten Vulnerabilität bei Menschen mit Demenz und auch hochaltrigen Menschen Gemeinsamkeiten, die vergleichbare Prozess- und Umgebungsgestaltungen erfordern, um der Vulnerabilität dieser Menschengruppen Rechnung tragen zu können. Daher wird eine gemeinsame Versorgung von Menschen mit Demenz und hochaltrigen Personen in einem spezifischen demenz- und alterssensiblen Track empfohlen, die auch eine gemeinsame Nutzung von schwer gewinnbaren Personalressourcen für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht. Dazu ist es erforderlich, unterschiedliche Ebenen und Faktoren zu bedenken und zu erarbeiten, wie Organisationsstrukturen innerhalb der NA, Kompetenz des NA Teams im Umgang mit Menschen mit Demenz, Haltung und Interaktionskultur, Bauliches Milieu und Innenausstattung [18, 19]

2.1. Organisationsstrukturen innerhalb der Notaufnahme

2.1.1. Aufnahmeverfahren

Bei der Aufnahme in die NA müssen lebensbedrohliche Erkrankungen und eine Behandlungsdringlichkeit innerhalb einer 10-Minuten-Frist in der Ersteinschätzung nach Eintreffen in der NA erfolgen [20], um die Reihenfolge der Behandlung in der NA zu steuern (sogenannte Triage). D.h. dass nicht die Reihenfolge des Eintreffens der Patientinnen und Patienten entscheidend ist, sondern die Dringlichkeit der Erkrankung. Damit kann gewährleistet werden, dass lebensbedrohliche Erkrankungen verlässlich erkannt und unverzüglich behandelt werden können. Die Besonderheiten vulnerabler Patientinnen und Patienten, wie es Menschen mit Demenz oder auch hochaltrige Menschen sind, werden mit ihren häufig unspezifischen Beschwerdebildern (wie z.B. Verschlechterung Allgemeinzustand) in dem Triage-System nicht ausreichend berücksichtigt. Studien weisen darauf hin, dass es sogar bei diesen Patienten zu der sogenannten Untertriarierung kommen kann, so dass sie fälschlicherweise weniger dringlich eingestuft werden, als sie es sind. Das ist Anlass zu großer Sorge, da mit steigendem Lebensalter die Vorstellung in der NA zunimmt [21].

Bei den Triage-Systemen ist beispielsweise der ESI (Emergency Severity Index) ein verfügbares Triageinstrument, welches auch für geriatrische Patientinnen und Patienten validiert worden ist. Darin enthalten ist das Kriterium „Bewusstseinsveränderungen“, das Verwirrtheit und fehlende Orientierung einschließt und diese Betroffenen damit, im Unterschied zum Manchester Triage System, einer Hochrisikokonstellation gleichstellt und in eine dringliche Behandlungskategorie einstuft [21].

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Juli 2023 im Rahmen der Reform der Notfallversorgung beschlossen, dass in Notaufnahmen ab Juni 2024 ein nach bundeseinheitlichen Vorgaben standardisiertes und qualifiziertes Ersteinschätzungsverfahren installiert werden soll (Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur

Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V [22]).

Das neue Verfahren soll sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten mit medizinisch dringendem Bedarf in der Klinik und bei geringerer Dringlichkeit zukünftig im niedergelassenen Bereich versorgt werden. Dieser Prozess soll gesteuert werden. Hier wird sich eine Gelegenheit ergeben, Defizite in der Triagierung von vulnerablen Patientengruppen und deren akute Weiterbehandlung zu bearbeiten.

Eine demenzsensible NA ist eine NA, die durch ein komplexes Projektmanagement eine Behandlungskultur vertritt, in der die Notfallversorgung von vulnerablen Personengruppen, wie Menschen mit Demenz und hochaltrige Menschen (ab dem 80. Lebensjahr), in angepassten Abläufen (Spezifische Tracks) erfolgt. In den USA gibt es seit 2014 dazu eine Konzept- und Strategieempfehlung zur Implementierung Geriatrischer Notaufnahmen (Geriatric ER), die bislang noch nicht flächendeckend umgesetzt worden ist [23]. Eine eigenständige Geriatrische Notaufnahme entspricht nicht dem Konzept der Notfallversorgung in Deutschland, so dass die Implementierung eines demenz- und alterssensiblen Tracks in Notaufnahmen das Ziel sein sollte. Die Voraussetzungen einer Triagierung in den demenz- und alterssensiblen Pfad müssen dazu erarbeitet werden. Es gibt bereits eine Reihe von Krankenhäusern, die speziell altersgerechte Räume zur Verfügung stellen mit dem Ziel zu beruhigen, Sicherheit herzustellen, abzulenken und aufzumuntern [24]. Ein Best-Practice Beispiel wäre das Klinikum Frankfurt (Oder) in Brandenburg, in dem eine sogenannte „Alters-Unit“ mit sechs Behandlungsplätzen in ruhiger und abgeschirmter Lage direkt an die Notfallambulanz angegliedert ist.

Die klinische Realität zeigt uns, dass Demenzdiagnosen, sollten sie bereits gestellt worden sein, dem NA Team oft nicht im Erstkontakt bekannt sind [25].

Eine Anamnese durch eine zugewandte und vertraute Begleitperson ist von zentraler klinischer Bedeutung und gleichzeitig ist die Anwesenheit dieser Person für einen Menschen mit Demenz und das Team der NA über den gesamten Zeitraum der Behandlung in der Notaufnahme von unverzichtbarem Wert. Wie empfehlen daher bei der Planung der Behandlungspfade zwingend die Anwesenheit vertrauter Begleitpersonen nicht nur möglich zu machen, sondern so vorzusehen.

Ein Screening bei der Aufnahme in die NA sollte die kognitive Leistungsfähigkeit (z.B. 4A) erheben, das Vorliegen eines Delirs (z.B. mCAM-ED, Delirium Triage Screen und 4AT) prüfen und akute Schmerzsyndrome erfassen (z.B. BESD PAINAD Beurteilung). Verlässliche Instrumente zur Identifikation von Hochrisikofällen im Alter liegen gegenwärtig noch nicht vor [21]. Darin zeigt sich, wie sehr wir international ein Defizit in der Forschung im Bereich der Notfallversorgung von alten Menschen verzeichnen müssen [26].

Darüber hinaus sollte die Kompetenz bestehen, eine palliative Situation bei Menschen mit Demenz am Lebensende in der NA zu erkennen und dazu entweder die Expertise im Team oder einen Konsiliardienst zur Verfügung zu haben, der in definierten Situationen hinzugerufen wird.

Die Realität einer NA zeigt beständig die Herausforderungen, die durch unzureichende Informationsübermittlung zwischen den Behandelnden und Angehörigen und dem Team der NA

entstehen, so dass sich ein Behandlungsbeginn verzögern kann. Dazu gehört auch, dass der aktuelle Medikationsplan und Diagnosen nicht vorliegen. Ein Zugriff auf eine elektronische Patientenakte (mit aktuellem Medikationsplan) ist eine uneingeschränkt notwendige Voraussetzung für die Sicherheit und Effizienz in der Notfallversorgung von allen Menschen und insbesondere von vulnerablen älteren Menschen. Wir empfehlen, solange die elektronische Patientenakte nicht den uneingeschränkten Zugriff der Behandler auf die relevanten Informationen gewährleistet, das Konzept einer „Notfallmappe“ umzusetzen, in der sich alle aktuellen Papiere an einem dem Rettungsdienst bekannten Ort befinden. Die Dokumente sollten in Zusammenarbeit mit Hausärzten regelmäßig aktualisiert werden. Diese Maßnahme könnte z.B. von der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege koordiniert werden und ergänzt die direkte Auskunft begleitender Bezugspersonen.

Es sollten Standards erarbeitet werden, die Menschen mit Demenz in der elektronischen Patientenakte hinterlegen können oder auf die sie verweisen und auf die die Behandler zurückgreifen können [27]:

1. Bezugspersonen und behandelnde Ärzte
2. Biographische Informationen im kurzen Überblick
3. Rechtliche Vorsorgedokumente (z.B. Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung)

2.1.2. Aufenthalt und Wartezeit

Für Menschen mit Demenz sind unbekannte Situationen und Menschen sowie unvertraute Eindrücke ein enormer Stressfaktor. Die Gründe für erhöhtes Stresserleben sind vielfältig [28] und Beispiele sind:

1. Höhere bio-psychische Vulnerabilität durch das hohe Lebensalter und die kognitiven Defizite
2. Hilflosigkeit und Angst durch den Ortswechsel in eine NA ohne Begleitung einer vertrauten und Sicherheit vermittelnden Person
3. Reizüberflutung durch akustische und visuelle Reize in einer hochfrequentierten NA
4. Unübersichtlichkeit und hohes Tempo der Prozesse
5. Vielzahl von Kontakten mit unbekanntem Menschen, die sich mit ihnen beschäftigen

Bei Menschen mit Demenz kann eine eingeschränkte Auskunftsfähigkeit oder unzureichende Einsicht in die aktuelle persönliche Gesundheitssituation vorliegen. Menschen mit Demenz bedürfen daher einer professionellen und erfahrenen Anleitung und Fürsorge, die sie durch die besonderen Prozesse der NA (z.B. Lautstärke, Hektik, Unübersichtlichkeit, Zeitdruck) begleiten und die eine notwendige Diagnostik vollumfänglich möglich machen kann. Begleitende Angehörige und Bezugspersonen sollten nicht von der Behandlung ausgeschlossen, sondern in die Prozesse integriert werden, um aufenthaltsverlängernde Komplikationen zu vermeiden. Wissenschaftliche Untersuchungen gehen davon aus, dass Hilfesuchende 75 % der Zeit des Aufenthaltes in der NA mit Warten verbringen [29]. Es ist eine besondere Expertise im Umgang mit Menschen mit Demenz notwendig, um eine Kommunikation herbeizuführen, die eine Verständigung trotz der kognitiven Einbußen und der besonderen Belastungssituation möglich macht, die verhindert, dass der Aufenthalt der NA für Menschen mit Demenz (und auch hochaltrige Menschen) zu einer weiteren gesundheitlichen Verschlechterung führt. Selbstverständlich sollte das dazu führen, dass alle Mitarbeitenden einer NA die dafür notwendige Form des Umgangs und der Kommunikation (z.B. personen-zentrierte

Konzepte) erlernen und umsetzen können. Menschen mit Demenz bilden eine vergleichsweise kleine Personengruppe innerhalb der Klientel der NA und das Team der NA muss primär über eine sehr hohe Expertise in der medizinischen Notfallversorgung verfügen und jederzeit abrufen können. Wir empfehlen daher eine Basisweiterbildung für das multiprofessionelle Team der NA zur Kommunikation und zum Umgang mit Menschen mit Demenz oder hochaltrigen Menschen, um die enorme psychische Belastung eines Aufenthaltes in der NA zu minimieren. Darüber hinaus empfehlen wir den Einsatz von sogenannten Patientenlotsen als eine Voraussetzung für den Aufbau eines demenz- und alterssensiblen Tracks.

Patientenlotsen verfügen über eine umfassende Kompetenz, und notwendige Professionalität im Umgang, der Kommunikation (z.B. personen-zentrierte Konzepte) und Anwendung von Interventionsmöglichkeiten bei Menschen mit Demenz. Ziel ist die Verringerung von Belastung, Verhinderung von Delirien und gesundheitlichen Verschlechterung (z.B. durch Stress oder Verhinderung von zeitnahen und notwendigen Untersuchungen) während des Aufenthaltes in der NA. Ein gemeinsames Vorgehen mit und eine Unterstützung durch die Begleitpersonen, sollten sie anwesend sein, ist eine enorm wertvolle und häufig zeitökonomische Ressource. Die Aufgaben von Patientenlotsen müssen erarbeitet und die dazu notwendige Qualifikation festgelegt werden, die beispielsweise Mitarbeitende der Altenpflege und Demenzfachkräfte erfüllen könnten.

Zur Sichtbarmachung der Patientinnen und Patienten, die in den demenz- und alterssensiblen Track triagiert werden, könnten zur Unterstützung folgende Kennzeichnungen als Zeichen erhöhten Fürsorgebedarfs implementiert werden, beispielsweise: Vorhalten von Seh- und Hörhilfen [30], farbiger Vermerk in der elektronischen Akte, Papierakte, im klinischen Informationssystem und am Krankenbett; farbiges Patientenarmband; verkürzte Wartezeiten in den Prozessen (z.B. Radiologie).

2.1.3. Kompetenz des Notaufnahmeteams im Umgang mit Menschen mit Demenz

Die Erfahrungen, die Menschen mit Demenz in der NA machen, wenn keine fachkundige Begleitung durch das multiprofessionelle Team gewährleistet werden kann, verstärken negativ die individuelle Vulnerabilität. Das lange Warten, unbeantwortete Sorgen bei zu wenig Rückmeldungen durch das beanspruchte NA-Team an die wartenden Menschen mit Demenz und ihre Begleitung, unerkannte Bedürfnisse wie Hunger, Durst und Blasendruck [31], sowie unerkannte Schmerzsyndrome bedeuten schwere Belastungen für die Menschen mit Demenz. In einer Untersuchung empfanden Menschen mit Demenz als große Unterstützung, dass sie sich in einem geschützten Wartebereich aufhalten konnten, dass ihnen regelmäßig Aufmerksamkeit entgegengebracht wurde und eine Rückversicherung durch sehr regelmäßige Kontakte mit dem NA-Team stattfand, und sie Informationen zum Verlauf und der gegenwärtigen Situation erhielten. Damit konnten Angst und Sorgen und das Gefühl, vergessen worden zu sein, bei Menschen mit Demenz und ihrer Begleitung minimiert werden. Das sind sehr wichtige Aufgaben im Rahmen eines respektvollen, empathischen und bestärkenden Umgangs mit Menschen mit Demenz, die nicht einer differenzierten Notfalle Ausbildung bedürfen. Gleichzeitig erzielen sie eine hohe medizinische Wirksamkeit. Patientenlotsen können auch gemäß ihrer Ausbildung Aufgaben übernehmen wie die Durchführung von Screenings oder die Erhebung von Vitalparametern (Alten- oder Krankenpflege). Andererseits kann die Beschäftigung während der Wartezeit und Begleitung zu Untersuchungen auch durch z. B.

Demenzfachkräfte gewährleistet werden. Eine Planung mit einem Qualifikationsmix der Besetzung in der demenzsensiblen NA könnte eine vorteilhafte Lösung darstellen.

2.1.4. Haltung und Interaktionskultur

Die Haltung und Interaktionskultur einer demenzsensiblen NA zeigt sich im direkten Umgang mit Menschen mit Demenz und ihren Begleitpersonen sowie in den Prozessen der Behandlung. Dazu ist das Basisziel der Weiterbildung eine Sicherheit in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz und hochaltrigen Menschen, sowie die verständnisvolle Begegnung mit den Angehörigen, die häufig sehr besorgte und möglicherweise auch sehr alte, nahestehende Menschen sind.

Interaktion und Kommunikation findet mit dem Menschen mit Demenz und nicht über ihn statt. Dazu gehört auch die aussagekräftige Kommunikation der Befunde und Behandlungsempfehlungen in einfacher, angemessener Sprache sowohl an die betroffenen Menschen mit Demenz als auch an ihr Versorgungsnetz nach ihrer Entlassung aus der NA, damit eine bestmögliche Weiterbehandlung gelingen kann.

Das mangelnde Angebot von Verlaufsbeurteilungen nach akuter Behandlung stellt eine substantielle Schwachstelle dieser Schnittstelle dar. Behandlungen bleiben dadurch unvollständig und gefährden die Gesundheit der Menschen mit Demenz. Dazu sollten die Möglichkeiten von aufsuchenden Diensten in Deutschland erheblich ausgebaut werden, wie sie für Konzepte für Community Paramedics, Community Health Nurses und Advanced Practice Nurses bekannt sind [32, 33].

Wie empfohlen, dass diese Informationen standardisiert festgelegt werden und auch eine konkrete Zeitfrist zur Wiedervorstellung im ambulanten Bereich klar vermerkt, sowie der klinische Auftrag dazu notiert ist. Diese Informationen und Empfehlungen sollten auch für das Verständnis der Betroffene und ihre Begleitpersonen oder stationären Pflegeeinrichtungen übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt sein.

2.1. 5. Bauliches Milieu und Innenausstattung

Das bauliche Milieu muss in einer NA komplexen Anforderungen nachkommen und soll durch eine demenzsensible Architektur beruhigend in der Notfallsituation wirken können. Altersbedingte und erkrankungsbedingte Defizite sollen in der Architektur beachtet werden. Bei Neubauten kann viel umfassender in der Planung darauf eingegangen werden.

Wir empfehlen zu beachten, dass einige Aspekte der Unterstützung in der Architektur auch in bereits bestehenden NA implementierbar sind und die Gestaltung eines hilfreichen Milieus unterstützen.

Dazu sind Faktoren wie eine Unterstützung in der Orientierung, ein guter Überblick und ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit erforderlich. Eine demenzsensible Architektur ermöglicht Menschen mit Demenz in den Räumlichkeiten zurechtzukommen [34, 35]. Beim Neubau oder Umbau einer NA sollten nutzerzentrierte und genesungsfördernde Umgebungen geschaffen werden. Vorteilhaft ist es zwischen einem demenz- und alterssensiblen Wartebereich und den demenz- und alterssensiblen Behandlungszimmern zu unterscheiden. Eine demenzsensible (und alterssensible) Architektur unterscheidet sich dabei nicht durch ein spezielles Aussehen, sondern sie soll leicht verständliche,

intuitiv nutzbare, anpassbare und ästhetische Räume schaffen. Dazu gehören beispielsweise Faktoren zur Sicherheit von Menschen mit Demenz, wie rutschfeste Böden, Kontraste von Sitzmöbeln zu Fußboden, altersgerechte und bequeme Sitzmöbel auch für die Begleitpersonen (eventuell auch Zweiersitzmöbel), abgerundete Möbel, Sichtnähe der Toiletten zum Wartebereich, Sichtnähe zum und für das NA-Personal (Anwesenheit des Patientenlotsen vorwiegend in dem Raum). Ferner spielen die Lichtverhältnisse eine wichtige Rolle, die auch zirkadian angepasst werden können und die das Erkennen der Umgebung und der Hinweisschilder sowie die Orientierung unterstützen. Als zusätzliche Orientierungshilfen sollten gut ablesbare Uhren und Kalender in Wartungs- und in Behandlungszimmern hinzugefügt werden. Die Akustik sollte durch entsprechende schall- und lärmabsorbierende Wände und Decken oder eventuell bewegliche Akustiktrennwände optimiert werden sowie für liegende Menschen mit Demenz eine Deckengestaltung geplant werden. Ferner sollten die Patientenlotsen mit einem möglichst angenehm klingenden und gleichzeitig unüberhörbaren Rufsystem ausgestattet sein. Zur positiven Ablenkung und gleichzeitigen Versorgung, und sofern mit dem medizinischen Vorgehen abgestimmt (z.B. nüchterer Zustand), sollten Getränke und auch Essen angeboten werden (z.B. Automat), olfaktorische Reize zur Stress- und Angstminimierung (Gerüche wie Lavendel) können eingesetzt werden, und ansprechende Fotowände, die die Aufmerksamkeit auf sich ziehen, dabei nicht überfordern und zum Verweilen einladen. Der Ausblick in eine grüne Umgebung, sowie eine direkte Erreichbarkeit von begrünten Innenhöfen, vermitteln eine beruhigende Wirkung. Die Fenster sollten gefahrenfrei geöffnet werden können („frische Luft machen“). Erfahrungsgemäß trägt die Arbeit an solchen Gestaltungsplänen, auch bei schon bestehenden Räumlichkeiten, bereits dazu bei, dass ein Team sich mit alters- und demenzsensiblen Themen in ihren Räumlichkeiten beschäftigt und sie in der Haltung bestärken kann.

3. Prävention von Notfallversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

3.1. Vernetzung und aufsuchende Behandlungsmöglichkeiten

Die Notfallversorgung von Menschen mit Demenz stützt sich in Deutschland maßgeblich auf die Arbeit von NA in Krankenhäusern, nachdem in aller Regel die Notwendigkeit einer Vorstellung durch den aufsuchenden Rettungsdienst festgelegt worden ist. Die Prävention von Notfällen bei Menschen mit Demenz muss gefördert und gestärkt werden, um die Vorstellungen von Menschen mit Demenz deutlich zu minimieren. Eine Reduktion ist möglich, da ein großer Anteil von Vorstellungen sich als nicht notwendig erweisen und viele Notfälle im Vorfeld durch gebesserte Versorgungsstrukturen vermieden werden können. Hier muss ein Ziel die Kompetenzsteigerung durch Schulung sein, die sowohl die pflegenden Angehörigen als auch die Teams von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur Einschätzung von Notfällen bei Menschen mit Demenz fortbilden. Dazu trägt bei den Pflegenden in der Häuslichkeit auch der Austausch in Angehörigengruppen erheblich bei. Die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes durch Überforderungssituationen kann damit gesenkt werden. Darüber hinaus ist ein gestuftes akutes professionelles Helfersystem erforderlich, das mit hoher Fachexpertise niederschwelliger und koordinierte Unterstützungsmöglichkeiten erbringen, um Notfallsituationen im Vorfeld zu verhindern (z.B. Koordination und Einsatz durch akademisierte Mitarbeitende der Pflege, wie Community Health Nursing, Advanced Practise Nursing [32, 33]).

Um Notfälle bei Menschen mit Demenz zu verhindern ist folgendes notwendig:

1. **Prävention und Gesundheitsförderung:** Aufbau von Gesundheitswissen und Wissensvermittlung für Angehörige und alle im Versorgungsnetz Beteiligten
2. **Früherkennung:** Kontinuierliches, klinisches Monitoring durch Verlaufsvorstellungen, auch aufsuchend, wenn erforderlich
3. **Frühintervention:** Mobile und gestufte Interventionsmöglichkeiten am Lebensort (Krisendienste)
4. **Notaufnahme/stationäre Behandlung:** Gewährleistung einer vollständigen Übermittlung notwendiger Informationen und möglichst Begleitung des Menschen mit Demenz durch eine vertraute Person

Dazu sind multiprofessionelle Behandlungsteams mit Expertise für Menschen mit Demenz notwendig, die eine gestufte und flexibel gestaltete, aufsuchende Behandlung und Unterstützung dort, wo der Betroffene lebt, anbieten können. Diese Strukturen fehlen im jetzigen Versorgungssystem in Deutschland. In England sind aufsuchende Krisenteams dazu eingerichtet und das Konzept evaluiert worden (dementia crisis teams [36]; dementia intensive support [37]), und es konnten sehr gute Erfolge nachgewiesen werden. Ferner entwirft eine aktuelle Untersuchung einen Punkteplan zur Stärkung der ambulanten Versorgungsnetzwerke für Menschen mit Demenz [38], die den Krisenteams vorgeschaltet wären, und die die erste medizinische Versorgungsstufe im hausärztlichen Bereich ansiedelt. Mithilfe neuer Pflegefachexpertise, die sich durch einen größeren Kompetenz- und Handlungsspielraum auszeichnet (Community Health Nursing, Advanced Practise Nursing) sollte die Akademisierung des Pflegeberufes perspektivisch dazu beitragen, die Krisenteams zu ergänzen.

Eine Expertise und Kompetenz im Umgang und mit der Behandlung muss im hausärztlichen Bereich selbstverständlich sein. Darüber hinaus muss eine hausärztliche Versorgung auch über eine enge Zusammenarbeit mit den gemeindenahen Gesundheitsstrukturen (z.B. Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Tagesstätten, Pflegestützpunkte, Heime) verfügen, um so eine Behandlungskontinuität von Menschen mit Demenz zu gewährleisten. Dazu gibt es unterschiedliche Herangehensweisen, die wissenschaftlich untersucht worden sind, beispielsweise die kollaborative Behandlung (collaborative care) und das Assertive Community Treatment (ACT). Die konzeptionelle Grundlage stützt sich auf eine Vernetzung und verbindliche Zusammenarbeit der wesentlichen Akteure der Behandlung mit den Menschen mit Demenz und ihren Bezugspersonen und Angehörigen. Wenn von einem holistischen Versorgungssystem ausgegangen wird, wäre das Ziel bei Menschen mit Demenz, gemeinsam ein leitlinienbasiertes Therapieregime zu erstellen, auch Angebote im häuslichen Umfeld zu gewährleisten, wenn diese indiziert sind, und im Dialog gemeinsam mit den behandelnden Ärzten individualisierte Therapiepläne zu erarbeiten, die auch die Besuchsfrequenz und Notfallpläne einschließen. Dazu ist eine koordinierte und komplexe Behandlung innerhalb eines differenzierten und effizient vernetzten, flexiblen und kommunizierenden Hilfesystems gemeinsam mit den Angehörigen notwendig. Die besondere Stärke des deutschen Systems liegt darin, dass die psychiatrische Versorgung (ambulant und stationär) bereits regional und gemeindenah organisiert ist. Diese Behandlungsform müsste in einer (psychiatrischen) Regelversorgung implementiert und Teil des Gesundheitswesens werden [39]. Eine Effektivität und auch anhaltende regionale Implementierung erfordern eine gesicherte Finanzierung sowie einen hohen Standard in der Aus- und Weiterbildung der ambulanten Behandlungsteams und der Teams der NA (demenzsensibler

Track). Die aufsuchende Krisenbehandlung von Menschen mit Demenz wäre dann primär Teil dieses Versorgungssystems, und eine Aufnahme in einer auf Menschen mit Demenz vorbereiteten NA im Krankenhaus wäre dann die nächste Stufe einer Notfallversorgung.

3.2. Vorbeugender Rettungsdienst

In einer aktuellen Arbeit von Breuer und Kollegen (2023) wird ein sogenannter vorbeugender Rettungsdienst diskutiert, unter dem alle Maßnahmen verstanden werden, die präventiv dazu dienen, das Hilfeersuchen an den regulären Rettungsdienst zu minimieren [40]. Dies umfasst u.a. die Optimierung von Schnittstellenarbeit mit anderen Versorgungsdiensten, die Einführung einer übergreifenden Koordinationsstelle, die Initiierung von Präventionsprojekten, die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, die weitere Bekanntmachung der bundeseinheitlichen Rufnummer 116 117 des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, das Etablieren alternativer Versorgungswege wie Gemeindefirst-aid-Stationen (Community Paramedics) und die gesetzliche Verankerung systematischer Berichterstattung von Einsätzen. Es sollte im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie eine enge Zusammenarbeit mit lokalen Rettungsdiensten etabliert werden, damit auch diese Patientengruppe mit ihren spezifischen Bedarfen ausreichend bei der Entwicklung vorbeugender Maßnahmen berücksichtigt wird und die Konzeptualisierung fachlich durch die Nationale Demenzstrategie unterstützt wird.

3.3. Telemedizin

Telemedizinische Strategien können so eingesetzt werden, dass sie Aufnahme oder auch Wiederaufnahme in eine Rettungsstelle minimieren können. So konnte in einer kontrollierten Studie in 31 Senioreneinrichtungen gezeigt werden, dass die Versorgung mit telemedizinischen Angeboten innerhalb eines Jahres zu einem Rückgang der Besuche in einer NA um 24 % führten [41]. In weiteren Studien konnten gute Vorteile für die Kombination von Hausbesuchen und nachfolgenden Telefonkontakten bei Menschen mit kognitiven Defiziten, die in ihrer eigenen Häuslichkeit lebten, nachgewiesen werden [42]. Verschiedene Untersuchungen weisen nach, dass einer zuverlässig geplanten Taktung von Verlaufskontrollen eine große Bedeutung zukommt. Die Telemedizin könnte eine wichtige Möglichkeit sein, diese zur Ressourcenoptimierung dafür einzusetzen, insbesondere in der Versorgung in Flächenregionen [43].

4. Empfehlungen zur Notfallversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Die NA des Krankenhauses ist ein Teil des Notversorgungsnetzes in Deutschland. Die Punkte, die im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie bearbeitet und für Menschen mit Demenz vorangebracht werden müssen, erfordern eine komplexe Reorganisation und Klärung der Ressourcen in der Notfallversorgung innerhalb und außerhalb der Krankenhäuser. Neben der Verbesserung der Notfallbehandlung im Krankenhaus durch einen demenzsensiblen Track sollte die Nationale Demenzstrategie einen Fokus auf die Erarbeitung besserer Krisenpräventionsmaßnahmen und frühzeitig aufsuchender Krisenbehandlung bei Menschen mit Demenz legen. Die multiprofessionellen Teams der NA in Deutschland sollten in Anbetracht der demographischen Entwicklung eine ausgezeichnete geriatrische Kompetenz vorhalten. Menschen mit Demenz sollten innerhalb dieser

Gruppe automatisch aufgrund ihrer besonderen Bedürfnisse und erhöhten Vulnerabilität einen spezialisierten Behandlungspfad durchlaufen (demenzsensibler Track), von dem auch anderen Menschen im höheren Lebensalter profitieren können, nämlich z. B. die sogenannten ‚Seniors at Risk‘ (z. B. von dem ISAR Fragebogen identifiziert [44]).

Die Empfehlungen sind so zusammengetragen, dass die Expertise der Teams und die Prozesse nach den gegebenen Möglichkeiten in einer bestehenden NA umgesetzt werden können, und eine Neuplanung unterstützen.

Ersteinschätzung

1. Eine Ersteinschätzung in der Notaufnahme sollte Menschen mit Demenz explizit berücksichtigen. Im Rahmen Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie) des G-BA sollte erarbeitet werden, wie Menschen mit Demenz (1) in einen speziellen demenzsensiblen Track der NA für vulnerable hochaltrige Personen durch die Triagierung geleitet werden können und (2) wie die Koordination in den vertragsärztlichen Bereich in unmittelbarer Nähe gelingen kann, wenn keine sofortige Behandlungsdringlichkeit in der NA vorliegt. Um diese Ersteinschätzung zu unterstützen, sollte das Konzept der „Notfallmappe“ mit allen behandlungsrelevanten Informationen etabliert werden. Die Expertise zu Menschen mit Demenz sollte für diese Stelle aufgeführt werden. KV-Ambulanzen oder MVZ des Krankenhauses sollten dazu eng mit den regionalen psychosozialen Versorgungssystemen und anderen Partnern des Behandlungsnetzes vernetzt sein.

2. Vulnerabilität und Risikofaktoren von alten Menschen in der NA müssen systematisch mit noch zu entwickelnden Screening-Instrumenten erfasst werden. Für die Aufnahme von Menschen mit Demenz und älteren Menschen in die NA sollten dazu standardisierte und einheitliche Erhebungsinstrumente zur Risikoeinschätzung vorgehalten werden, die einen höheren Risikostatus anzeigen können wie das Vorliegen einer kognitiven Störung, ein Delir oder unbehandelte Schmerzen. Die Triagierung zur weiteren Behandlung in der NA sollte dann auch davon abhängen.

Behandlung und Begleitung in der Notaufnahme

3. Ein Plan zur Organisation einer demenzsensiblen NA sollte erarbeitet werden, der berücksichtigt, dass eine Implementierung in bereits räumlich existierende NA vorrangig erfolgen wird. In den NA sollte ein spezifischer Behandlungspfad mit Standardarbeitsanweisungen, bzw. Standard Operation Procedure (SOP), zur Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen implementiert werden.

4. Wir empfehlen eine Qualifizierung der Mitarbeitenden der NA, in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Darüber hinaus empfehlen wir eine Verstärkung des Teams der NA um Mitarbeitende mit einer darüberhinausgehenden Qualifikation im Umgang mit Menschen mit Demenz [45], für den demenzsensiblen Track, z.B. Patientenlotsen. Der Einbezug der begleitenden Angehörigen und vertrauten Bezugspersonen sollte in die Prozesse integriert werden und für die Behandlung selbstverständlich sein, um von ihrem Wissen über und ihre Erfahrungen mit dem Menschen mit Demenz für Diagnostik und Behandlung zu profitieren.

5. Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Menschen mit Demenz in der NA sollten verbindlich festgelegt werden.

Spezifische Forschung

6. Es gibt einen eklatanten Mangel an Forschung zu Notfallbehandlungen von Menschen mit Demenz und alten Menschen in der NA. Eine Versorgungsforschung im Bereich der Notfallmedizin muss gefördert werden.

Vermeidung von notfallmäßigen Behandlungen

7. Der notwendige Ausbau des ambulanten Versorgungssystems mit Vernetzung der Partner und präventiven Frühinterventionen bei Gesundheitsverschlechterung sollte Teil der Nationalen Demenzstrategie sein. Die Zuhilfenahme von telemedizinischen Angeboten sollte darin vorgesehen werden. Die Erarbeitung aufsuchender Krisendienste wird eine essenzielle Voraussetzung für die Vermeidung von Notfallbehandlungen bei Menschen mit Demenz sein. Eine enge inhaltliche Abstimmung zwischen den Arbeitsgruppen der Nationalen Demenzstrategie ist dazu unbedingt erforderlich. Dazu ist auch eine enge Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten erforderlich, die eine Entwicklung von vorbeugenden Rettungsdienststrukturen voranbringen wollen. Die Versorgung von Menschen mit Demenz muss explizit enthalten sein und eine gemeinsame Arbeit an den Prozessen gewährleistet werden.

Bauliches Milieu und Innenausstattung

8. Es liegen Arbeiten zur räumlichen Ausstattung für Menschen mit Demenz im Krankenhaus und in Notaufnahmen vor. Die Entwicklung einer elektronischen Plattform für spezifische Erfahrungen und zu aktuellen Untersuchungen wäre von großer Unterstützung für die Professionellen bei der Planung von Umbauten oder Neubauten sowie Prozessen innerhalb einer demenzsensiblen NA. Dazu könnten für den inhaltlichen Teil Lehrstühle für Sozial- und Gesundheitsbauten gewonnen und die Kosten durch den Bund übernommen werden.

Autorinnen und Autoren

Professor Dr. Vjera Holthoff-Detto (DGPPN)
vjera.holthoff-detto@ukdd.de

Professor Dr. Hans Gutzmann (DGGPP)
hansgutzmann@gmail.com

Miriam Steinmann (DGPPN-Geschäftsstelle)
m.steinmann@dgppn.de

Kontakt für Rückfragen: Wissenschaftlicher Dienst der DGPPN, widi@dgppn.de

Literaturnachweise

1. Kreimeier U, Arntz H (2013) Gedanken zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin im deutschsprachigen Raum. 8:588-589, <https://doi.org/10.1007/s10049-013-1823-6>.
2. Groening M, Grossmann F, Hilmer T et al (2015) ÄLPANO–erste Ergebnisse der DGINA-Umfrage zur Versorgung älterer Notfallpatienten. *Notfall Rettungsmed* 18:13.
3. Hunt LJ, Coombs LA, Stephens CE (2018) Emergency department use by community-dwelling individuals with dementia in the United States: an integrative review. *Gerontol Nurs* 44:23-30. <https://doi.org/10.3928/00989134-20171206-01>.
4. Benner M, Steiner V, Pierce LL (2018) Family caregivers' reports of hospitalizations and emergency department visits in community-dwelling individuals with dementia. 17:585-595. <https://doi.org/10.1177/1471301216653537>.
5. LaMantia MA, Stump TE, Messina FC et al (2016) Emergency department use among older adults with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 30:35-40. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000118>.
6. Leggett AN, Koo HJ, Strominger J et al (2023) Gatekeepers: the association of caregiving network characteristics with emergency department use by persons living with dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 78:1073-1084. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac198>.
7. Naseer M, Dahlberg L, Ehrenberg A et al (2023) The role of social connections and support in the use of emergency care among older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 111:105010. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105010>.
8. Sleeman KE, Perera G, Stewart R et al (2018) Predictors of emergency department attendance by people with dementia in their last year of life: retrospective cohort study using linked clinical and administrative data. *Alzheimers Dement* 14:20-27. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.06.2267>.
9. Kratzer A, Karrer L, Dietzel N et al (2020) Symptombelastung, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und Todesumstände von Menschen mit Demenz in der letzten Lebensphase: der Bayerische Demenz Survey (BayDem). *Gesundheitswesen* 82:50-58. <https://doi.org/10.1055/a-1033-7159>.
10. Salaj D, Schultz T, Strang P (2024) Nursing home residents with dementia at end of life: emergency department visits, hospitalizations, and acute hospital deaths. *J Palliat Med* 27:24-30. <https://doi.org/10.1089/jpm.2023.0201>.
11. Hunt LJ, Ritchie CS, Cataldo JK et al (2018) Pain and emergency department use in the last month of life among older adults with dementia. *Pain Symptom Manage* 56:871-877. e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.09.005>.
12. Zhang Y, Ebel ST, Shi L et al (2023) Short-term associations between warm-season ambient temperature and emergency department visits for Alzheimer's disease and related dementia in five US states. *Environ Res* 220:115176. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2022.115176>.
13. Seidenfeld J, Dalton A, Vashi AA (2023) Emergency department utilization and presenting chief complaints by Veterans living with dementia. *Acad Emerg Med* 30:331-339. <https://doi.org/10.1111/acem.14686>.
14. Jacobsohn GC, Hollander M, Beck AP et al (2019) Factors influencing emergency care by persons with dementia: stakeholder perceptions and unmet needs. *J Am Geriatr Soc* 67:711-718. <https://doi.org/10.1111/jgs.15737>.
15. Gagnon-Roy M, Hami B, Généreux M et al (2018) Preventing emergency department (ED) visits and hospitalisations of older adults with cognitive impairment compared with the general senior population: what do we know about avoidable incidents? Results from a scoping review. *BMJ Open* 8:e019908. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019908>.

16. Singler K, Dormann H, Dodt C et al (2016) Der geriatrische Patient in der Notaufnahme. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGG) und der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG). *Notfall Rettungsmed* 19:496-499. <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0216-z>.
17. Shih RD, Carpenter CR, Tolia V et al (2022) Balancing vision with pragmatism: the geriatric emergency department guidelines-realistic expectations from emergency medicine and geriatric medicine. *J Am Geriatr Soc* 70:1368-1373. <https://doi.org/10.1111/jgs.17745>.
18. Deeken F, Sánchez A, Rapp MA et al (2022) Outcomes of a delirium prevention program in older persons after elective surgery: a stepped-wedge cluster randomized clinical trial. *JAMA Surgery* 157:e216370. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.6370>.
19. Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA (2022) PAWEL – Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeit und Lebensqualität: Reduktion von Delirrisiko und postoperativer kognitiver Dysfunktion (POCD) nach Elektivoperationen im Alter. Beschluss, <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/pawel-patientensicherheit-wirtschaftlichkeit-und-lebensqualitaet-reduktion-von-delirrisiko-und-postoperativer-kognitiver-dysfunktion-pocd-nach-elektivoperationen-im-alter.87>. Zugegriffen: 03.09.2024
20. Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA (2020) Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Beschluss, <https://www.g-ba.de/richtlinien/103/>. Zugegriffen: 03.09.2024
21. Groening M, Wilke P (2020) Triage, Screening und Assessment des alten Menschen in der Notaufnahme [Triage, screening, and assessment of geriatric patients in the emergency department]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 115:8-15. <https://doi.org/10.1007/s00063-019-00634-6>.
22. Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA (2023) Ersteinschätzungs-Richtlinie: Erstfassung. Beschluss, <https://www.g-ba.de/beschluesse/6078/>. Zugegriffen: 03.09.2024
23. American College of Emergency Physicians (2013) Geriatric Emergency Department Guidelines. https://www.acep.org/siteassets/uploads/uploaded-files/acep/clinical-and-practice-management/resources/geriatrics/geri_ed_guidelines_final.pdf. Zugegriffen: 03.09.24
24. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024) Best Practice Beispiele Demenz. <https://www.dkgev.de/themen/medizin-wissenschaft/versorgungsformen/demenz/best-practice-beispiele-demenz/>. Zugegriffen: 03.09.2024
25. Amjad H, Samus QM, Huang J et al (2022) Acute care utilization risk among older adults living undiagnosed or unaware of dementia. *J Am Geriatr Soc* 70:470-480. <https://doi.org/10.1111/jgs.17550>.
26. Dresden SM, Taylor Z, Serina P et al (2022) Optimal emergency department care practices for persons living with dementia: a scoping review. *J Am Med Dir Assoc* 23:1314. e1-1314. e29. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.05.024>.
27. Parke B, Hunter KF, Schulz ME et al (2019) Know me—A new person-centered approach for dementia-friendly emergency department care. *Dementia (London)* 18:432-447. <https://doi.org/10.1177/1471301216675670>.
28. Lucke J, De Gelder J, Heringhaus C et al (2018) Impaired cognition is associated with adverse outcome in older patients in the Emergency Department; the Acutely Presenting Older Patients (APOP) study. *Age and Ageing* 47:679-684.
29. Cetin-Sahin D, Ducharme F, McCusker J et al (2020) Experiences of an emergency department visit among older adults and their families: qualitative findings from a mixed-methods study. *J Pat Exp* 7:346-356. <https://doi.org/10.1177/2374373519837238>.

30. Berning MJ, e Silva LOJ, Suarez NE et al (2020) Interventions to improve older adults' Emergency Department patient experience: A systematic review. *Am J Emerg Med* 38:1257-1269. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.03.012>.
31. Carpenter CR, Leggett J, Bellolio F et al (2022) Emergency department communication in persons living with dementia and care partners: a scoping review. *J Am Med Dir Assoc* 23:1313. e15-1313. e46. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.02.024>.
32. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK (2019) *Advanced Practice Nursing. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. 4. Auflage*, <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>. Zugegriffen: 02.09.2024
33. van Vuuren J, Thomas B, Agarwal G et al (2021) Reshaping healthcare delivery for elderly patients: the role of community paramedicine; a systematic review. *BMC Health Serv Res* 21:1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06037-0>.
34. Büter K, Marquardt G (2019) *Handbuch und Planungshilfe: Demenzsensible Krankenhausbauten*. Berlin, DOM Publishers.
35. Marquardt G, Bueter K (2023) *Extending the Continuum of Care for People with Dementia: Building Resilience, in (Re) designing the Continuum of Care for Older Adults: The Future of Long-Term Care Settings*, Springer International Publishing: Cham. p. 217-236.
36. Yates J, Stanyon M, Challis D et al (2020) Developing a model of best practice for teams managing crisis in people with dementia: a consensus approach. *BMC Psychiatry* 20:1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02899-0>.
37. Rubinsztein JS, Hatfield C, High L et al (2020) Efficacy of a dementia intensive support (DIS) service at preventing admissions to medical and psychiatric wards: qualitative and quantitative evaluation. *BJPsych Bull* 44:261-265. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.24>.
38. Beck AP, Jacobsohn GC, Hollander M et al (2021) Features of primary care practice influence emergency care-seeking behaviors by caregivers of persons with dementia: a multiple-perspective qualitative study. *Dementia (London)* 20:613-632. <https://doi.org/10.1177/1471301220905233>.
39. Thorning H, Dixon L (2020) Forty-five years later: the challenge of optimizing assertive community treatment. *Curr Opin Psychiatry* 33:397-406. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000615>.
40. Breuer F, Beckers SK, Dahmen J et al (2023) Vorbeugender Rettungsdienst-präventive Ansätze und Förderung von Gesundheitskompetenz an den Schnittstellen zur Notfallrettung [Pre-emptive emergency service-Preventive missions and promotion of health literacy at the intersections with emergency medical services]. *Anaesthesiologie* 72:358-368. <https://doi.org/10.1007/s00101-023-01272-6>.
41. Gillespie SM, Wasserman EB, Wood NE et al (2019) High-Intensity Telemedicine Reduces Emergency Department Use by Older Adults With Dementia in Senior Living Communities. *JAMA* 20:942-946. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.03.024>.
42. Shah MN, Jacobsohn GC, Jones CM et al (2022) Care transitions intervention reduces ED revisits in cognitively impaired patients. *Alzheimers Dement (N Y)* 8:e12261. <https://doi.org/10.1002/trc2.12261>.
43. McQuown CM, Snell KT, Abbate LM et al (2023) Telehealth for geriatric post-emergency department visits to promote age-friendly care. *Health Serv Res* 58:16-25. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14058>.
44. McCusker J, Bellavance F, Cardin S et al (1998) Screening for Geriatric Problems in the Emergency Department: Reliability and Validity. *Academic Emergency Medicine* 5:883-893. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1998.tb02818.x>.

45. Kirchen-Peters S, Krupp E (2019) Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser, Robert Bosch Stiftung Stuttgart.