

Z Gerontol Geriat 2014 · 47:136–140  
 DOI 10.1007/s00391-014-0612-2  
 Eingegangen: 30. November 2013  
 Angenommen: 10. Januar 2014  
 Online publiziert: 21. Februar 2014  
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

W. Hofmann · A. Rösler · W. Vogel · H.G. Nehen

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V., Köln

# Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland

## Positionspapier

Übereinstimmend wird prognostiziert, dass sich die Zahl der an Demenz Erkrankten in der Bevölkerung bis 2030 verdoppelt haben wird [40]. Obgleich Demenzen nur in etwa 6% der Fälle die zur Aufnahme ins Krankenhaus führende Hauptdiagnose darstellen, ist eine Demenz eine wesentliche Nebendiagnose, da Patienten mit zusätzlichen demenziellen Syndromen eine höhere Morbidität und Mortalität im Krankenhaus zeigen [25, 28, 39, 40, 46]. Symptome der Demenz bleiben zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme oft unerkannt, unbeachtet oder fehlgedeutet – bis die Demenz plötzlich und unerwartet zu Unruhezuständen, Deliren, „herausfordernden“ Verhaltensweisen, Aggressivität und Ablehnung notwendiger medizinischer Maßnahmen führt. Zudem führen körperliche Erkrankungen und ein damit verbundener Krankenhausaufenthalt ihrerseits vermehrt zu Deliren, die wiederum einer besonderen Behandlung bedürfen und einen Risikofaktor für einen längeren Krankenhausaufenthalt und auch persistierende kognitive Einschränkungen darstellen („dementia follows delirium“) [7, 9, 11, 12, 13, 19, 29, 33, 44].

Das Akutkrankenhaus ist bisher auf die Behandlung und Pflege von Demenzerkrankten noch zu wenig eingestellt. Seit mehreren Jahren thematisieren anästhesiologische, chirurgische und traumatologische Fachgesellschaften das Problem. Im Jahr 2007 machte das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) Erfahrungen aus dem Pflegeheimbereich Großbritanniens verfügbar [1]. Auch die Deutsche Alzhei-

mergesellschaft e. V. weist regelmäßig auf das drängende Problem hin [6]. Einzelprojekte an wenigen Orten in Deutschland umfassen [16, 20, 34]

- zusätzliche Betreuungsdienste auf ehrenamtlicher Basis (Lotsen für Demenz),
- besondere Supervision und Team-schulung sowie
- Maßnahmen zur Prävention des post-operativen Delirs.

Im Heimbereich sind seit den 1980er Jahren international positive Effekte von spezialisierten Stationen, in denen Demenzerkrankte schwerpunktmäßig betreut werden, hinsichtlich

- Lebensqualität,
- Verhaltensauffälligkeit,
- Frequenz von Fixierungen und
- Reduktion von Psychopharmaka

bekannt [5, 42, 45]. Diese Erfahrungen führten dazu, dass inzwischen weltweit die Mehrzahl der Pflegeheime Schwerpunkte für die Betreuung Demenzerkrankter eingerichtet hat, einschließlich spezialisierter Stationen („special care units“). Allerdings fehlen randomisierte, kontrollierte Studien zur Wirksamkeit derartiger Stationen – wie ein Cochrane Review darlegt [24].

Waren vor vielen Jahren Patienten mit Demenz von geriatrischen Behandlungsprogrammen noch ausgeschlossen, hat sich heute nicht nur die Versorgungsrealität deutlich verändert. Bis zu 40% geriatrischer Klinikpatienten weisen heute eine Demenz auf [10, 14, 20]. Geriater verfügen

daher über eine besondere Expertise und das geriatrische Team umfasst regelmäßig den Sozialdienst und den psychologischen Dienst [4]. Die interdisziplinär-personelle Zusammenstellung, Organisation, Etablierung berufsgruppenübergreifender Behandlungspfade, Therapiezielformulierung, Evaluation des Erreichten – und damit Kontrolle – machen die Kernkompetenz einer Geriatrie aus. Dieses gehört zu den Hauptaufgaben eines geriatrischen Behandlungsteams und ist in seiner Wirksamkeit mit guter Evidenz auf hohem methodischen Niveau gesichert [18].

Im Jahr 1990 richtete in Deutschland in Essen eine geriatrische Klinikabteilung erstmals eine Spezialstation ein, 10 Jahre später folgten in Hamburg eine interdisziplinär geführte gerontopsychiatrisch-geriatrische Station [26] und 2003 in Heidelberg eine geriatrisch-internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten (GISAD) [47, 48]. Ende des Jahres 2013 existieren 22 Spezialstationen innerhalb geriatrischer Klinikabteilungen, deren verantwortliche Ärzte Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

---

Unter Mitarbeit von: P. Flesch, Hamburg; H.-W. Greuel, Wattenscheid; M. Hanxleden, Arnshausen; E. Hilf, Berlin; J. Hoffmann, Köln; H.-P. Kalvari, Münster; D. Kopf, Hamburg; B. Merk, Hamburg; A.-K. Meyer, Hamburg; U. Möhrer, Kalkar; F. Naumann, Woltersdorf; H. Niefer, Eutin; R. Püllen, Frankfurt/Main; W. von Renteln-Kruse, Hamburg; J. Schwab, Rheine; U. Weitkämper, Witten; K. Weil, Flensburg; J. Wiechelt, Bad Schwalbach; J. Zeeh, Meiningen; T. Zieschang, Heidelberg und unter Beteiligung des Bundesverbandes Geriatrie (BVG) e. V., Berlin.

**Tab. 1** Liste der Spezialstationen für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in geriatrischen Kliniken in Deutschland

	Ort	Klinik	Name	Betten	Verantwortlicher Arzt
1990	Essen	Elisabeth-KH	3D	16	H. G. Nehen
2000	Hamburg	Asklepios-Klinik Nord	ID 23	15	P. Flesch
2003	Heidelberg	Bethanien-KH	GISAD	6	T. Zieschang
2006	Frankfurt/M.	Diakonissen-KH	Akut erkrankte Demenzpatienten	9	R. Püllen
2007	Hamburg	Diakonie-Klinikum	Siloah	18	B. Merk
2008	Hamburg	Asklepios-Klinik Wandsbek	Gedächtnisstation	31	A.-K. Meyer
2009	Neumünster	Friedrich-Ebert-KH	Ü 76	12	W. Hofmann
2009	Rheine	Jakobi-KH	Segretative Einheit	10	J. Schwab
2009	Köln	St. Hildegardis-KH	Station Silvia	8	J. Hoffmann
2009	Hamburg	Albertinen-Haus	Kognitive Geriatrie	23	W. von Renteln-Kruse
2009	Bochum	Marien-Hospital Wattenscheid	3 D	16	H. W. Greuel
2009	Berlin	Vitanas Krankenhaus	Klinikstation für demenziell erkrankte Patienten	20	E. Hilf
2010	Bad Schwalbach	Otto-Fricke-KH	Geriatrie Spezial	15	K. Weil (bis 30.06.2012) J. Wiechelt (ab 01.01.2013)
2010	Witten	Evang. KH	Demenzstation	20	U. Weitkämper
2010	Kalkar	St. Nikolaus KH	Interdisziplinäre Demenzstation	20	U. Möhrer
2011	Hamburg	Marien-KH	Gerontopsych. Station	14	D. Kopf
2011	Münster	Evang. KH Johannisstift	Demenzflügel	12	H.-P. Kalvari
2011	Hüls	Helios Klinikum	E 2	20	T. Zeile
2011	Arnsberg	St. Johannes Hospital	Station für kognitive Geriatrie	20	M. Hanxleden
2012	Woltersdorf	Evang. KH	E 2	10	F. Naumann
2012	Eutin	St. Elisabeth-KH	Station für Menschen mit Demenz	12	H. Niefer
2013	Meiningen	St. Georgenhaus	Demenz-Station	16	J. Zeeh

(DGG) e. V. sind (■ **Tab. 1**). Gleichzeitig erfüllen alle Klinikabteilungen die Kriterien (Struktur- und Prozessstandards), die für eine Mitgliedschaft im Bundesverband Geriatrie (BVG) e. V. erforderlich sind. Der Trend zur Eröffnung solcher Spezialstationen scheint sich fortzusetzen (■ **Abb. 1**). Im Jahr 2013 verzeichnet der BVG 280 Mitgliedskliniken [4]. Etwa 8% der BVG-Mitgliedskliniken führen demnach Spezialstationen.

In den genannten geriatrischen Klinikabteilungen waren jeweils etwa 10% der vorhandenen Kapazitäten (im Umfang von meist >100 Betten) in eine derartige Spezialstation umgewidmet, abgetrennt und architektonisch besonders ausgestattet worden. Es handelt sich um zwar geschützte, aber meist offen geführte Stationen. Diese sind wohnlich gestaltet, ein spezielles Setting soll ein vertrauensvolles und angstreduziertes Klima (therapeutisches Milieu), ein demenzadaptiertes Behandlungskonzept [15, 22, 23, 35, 38, 49] und eine auf Demenzkranke ausgerichtete, prozessorientierte Ablauforganisation gewährleisten.

Umgesetzt werden soll dies durch

- gezielte Auswahl und Zuordnung geeigneter Patienten (Platzierung),
- Schulung und Motivation des Personals auf freiwilliger Basis (Mitnahmeeffekt) sowie
- ein Farb-, Licht-, Raum und Sicherheitskonzept.

Um den Begriff der Demenz und die damit angenommene Diskriminierung zu vermeiden, führt jede der Spezialstationen einen eigenen, häufig auf die lokalen Belange des Krankenhauses bezogenen Namen (■ **Tab. 1**).

International werden aktuell Schwerpunkte bzw. Spezialstationen für Demenzkranke im Akutkrankenhaus in Frankreich und in Japan beschrieben [2, 3, 36, 37, 41, 43]. In den USA existieren interdisziplinäre gerontopsychiatrisch-geriatrische Projekte, die allerdings längere Zeit zurückliegen [8, 21]. Es wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, angenommene günstige Effekte in Studien zu belegen, u. a. hinsichtlich

- Verhaltensauffälligkeiten,

- Psychopharmakaeinsatz und
- Rehospitalisierung.

Die ersten kleineren Studien der in Deutschland etablierten Spezialstationen weisen auf günstige Effekte hinsichtlich verbesserter Mobilität und reduzierter Verhaltensauffälligkeiten hin [30, 31, 32]. Ähnliches wurde im Erfahrungsaustausch der u. g. Arbeitsgruppentreffen der DGG berichtet. Die Anzahl antipsychotisch wirksamer Medikamente scheint verringert werden zu können, auch die Frequenz notwendiger Fixierungen. Es wird angestrebt, Demenzkranke so früh wie möglich wieder in ihre vertraute Umgebung entlassen zu können.

Allerdings variieren die Konzepte der bisher eröffneten Stationen teilweise noch erheblich. Eine Erhebung von Strukturmerkmalen der Stationen in Deutschland aus dem Jahr 2010 kommt zu der Aussage: „Die Konzepte zeigen beträchtliche Unterschiede ... Sie spiegeln ... die spärliche Studienlage ... als auch die geringe allgemeine Übereinkunft wider“ ([31], S. 252). Auch die Zahl der in einer Spe-

zialstation durchgeführten geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlungen schwankt zwischen 20 und 80% und jede Klinik weist eigene Zuweisungs- und Platzierungsmodalitäten auf.

Um einen besseren Überblick über Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieser Stationen zu erhalten sowie Möglichkeiten einer organisatorischen und wissenschaftlichen Weiterentwicklung (Zuweisungs- und Selektionskriterien zur Spezialstation, Verankerung von demenzadaptierten Interventionen, Wirksamkeit dieser Interventionen u. a.) zu sondieren, hat die DGG einen strukturierten Erfahrungsaustausch unter den Ärzten initiiert, die eine derartige Station verantwortlich leiten und gleichzeitig Mitglied in der DGG sind. Die DGG legt als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft nach Konsens in ihrem Entscheidungsgremium (Vorstand) am 07. November 2013 und im Benehmen mit dem BVG dieses Positionspapier vor. Dieses soll in 2–3 Jahren einen Aktualisierung erfahren.

Das Positionspapier beschreibt auf dem Niveau von „good clinical practice“ Standards, unterteilt nach als obligat oder fakultativ zu bewertenden Kriterien, die die DGG empfiehlt. Gemeinsame Grundlage sind die Mindestmerkmale, die – nach Auditierung – ohnehin erforderlich sind, um im BVG als Mitglied anerkannt und aufgenommen werden zu können [4]. Alle Kliniken, die an diesem Positionspapier mitwirken, erfüllen diese Kriterien.

Am 07. März und am 13. September 2012 fanden zwei Konferenzen im Rahmen von Arbeitsgruppentreffen statt. Jeweils 15 Vertreter der 22 genannten Kliniken mit Spezialstation (■ **Tab. 1**) waren dabei persönlich anwesend, ansonsten wurde telefonisch oder elektronisch über Sitzungsprotokolle und Fragebögen kommuniziert. Ein strukturierte Abfrage unter den teilnehmenden Kliniken (durch B. Merk) aus dem Jahr 2012 wurde einbezogen sowie die 2010 publizierte Befragung [31].

Ferner erfolgte eine selektive, aber nicht systematisierte Literaturrecherche (durch WH), einschließlich der Übersichten [17, 27]. Nationale Expertenmeinungen wurden bei dem gemeinsamen Gerontologie- und Geriatriekongress in Bonn 2012 eingeholt [10].

Z Gerontol Geriat 2014 · 47:136–140 DOI 10.1007/s00391-014-0612-2  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

W. Hofmann · A. Rösler · W. Vogel · H.G. Nehen

## Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland. Positionspapier

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Die Demenz stellt Institutionen wie Altenheime und Krankenhäuser vor neue Herausforderungen. Im Heimbereich gibt es seit den 1980er Jahren weltweit immer mehr Spezialstationen für Bewohner mit Demenz. 1990 eröffnete in Deutschland eine erste derartige Station im Krankenhaus. Im Jahr 2013 waren es 22 Stationen.

**Material und Methoden.** Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V. schlägt im Folgenden Kriterien für diese Stationen vor.

**Ergebnisse.** Unter die obligaten Kriterien fallen eine Begrenzung auf maximal 20 Betten, eine räumliche Trennung von der geriat-

rischen Klinikabteilung, ein eigener Aufenthaltsraum und ein Therapieraum, eine für Demenzkranke besonders geeignete Tagesstruktur, die Auswahl der festen Mitarbeiter auf freiwilliger Basis, spezielle Schulungen, ein erweitertes geriatrisches Assessment und die besondere Berücksichtigung von Biographie und sozialer Situation der Patienten.

### Schlüsselwörter

Geriatrisches Assessment · Krankenhaus · Demenz · Ältere · Gesundheitsversorgung für Ältere

## Special care units for acutely ill patients with cognitive impairment in Germany. Position paper

### Abstract

**Background.** Dementia is an increasing challenge for care providers in nursing homes and hospitals. Since the 1980s, special acute care units in nursing homes have developed rapidly. In Germany, the first unit in a hospital opened in 1990. In 2013, there were 22 units.

**Materials and methods.** In the following paper, the German Geriatric Society (“Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.”) recommends basic standards for these wards.

**Results.** The basic standards for these wards include the following: a maximum of 20 beds, an area physically separated from the geriat-

ric hospital department, their own dayroom and therapy room, a structured daily routine suitable for patients with dementia, the selection of permanent staff on a voluntary basis, specialized training, extended geriatric assessment, and special consideration of the background and social situation of the patients.

### Keywords

Geriatric assessment · Hospital · Dementia · Elderly · Health services for the aged

Vor Drucklegung erhielten alle Ärzte, die eine Spezialstation verantwortlich leiten (■ **Abb. 1**), diesen Text zur Durchsicht und ausdrücklichen Zustimmung im Umlaufverfahren.

## Empfehlungen

Es wird empfohlen, dass eine derartige Station die Bezeichnung

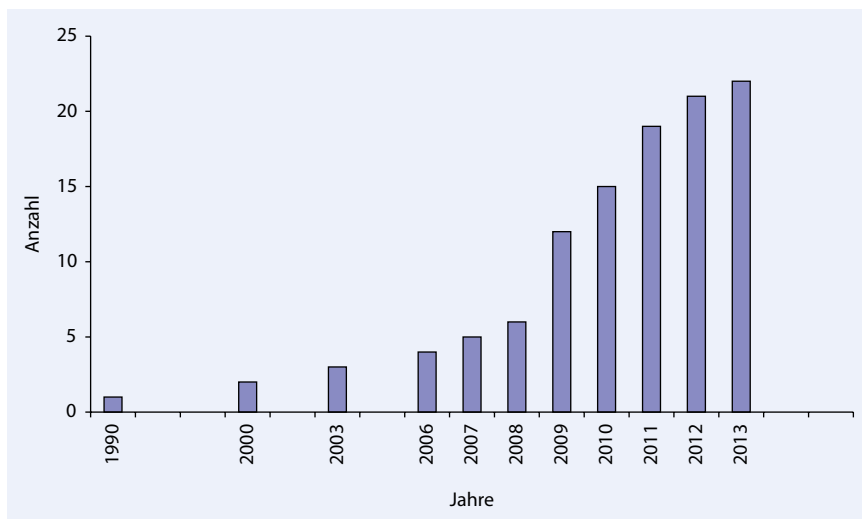
- *Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten*

als Überbegriff erhält – ohne die lokal genutzte Namensgebung zu ersetzen. Folgende 7 Mindestanforderungen werden als *obligate Empfehlungen* angesehen:

- Die anzustrebende Bettenzahl umfasst 8–12 Betten, eine Größe von

20 Betten soll nicht überschritten werden. Größere stationäre Einheiten können in entsprechende Teilbereiche gegliedert werden.

- Die Spezialstation ist von der geriatrischen Klinikabteilung räumlich getrennt, in geschütztem Rahmen organisiert, aber nicht abgeschlossen; sie besitzt einen eigenen Aufenthaltsraum und einen eigenen Therapieraum.
- Es ist eine für Demenzkranke besonders geeignete Tagesstruktur etabliert.
- Das Personal arbeitet in der Spezialstation auf der Basis von Freiwilligkeit und erhält spezielle, fachlich anerkannte Schulungen.
- Mitarbeiter sind der Spezialstation fest zugeordnet.



**Abb. 1** ▲ Anzahl der Spezialstationen für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten an geriatrischen Klinikabteilungen in Deutschland von 1990 bis 2013

- Es findet ein erweitertes Assessment statt, das u. a. die strukturierte Einschätzung von Sturz, Schmerz und/oder Ernährung enthält.
- Biographie und soziale Situation sind besonders zu berücksichtigen.

*Fakultative Empfehlungen* sind:

- Die Etablierung von Angehörigenarbeit hat hohe Priorität.
- Die Position des Sozialdienstes sollte gestärkt werden.
- Erweiterte Schulungs- und Supervisionskonzepte sollten erarbeitet und angeboten werden, zusätzliche therapeutische Angebote (Musiktherapie, tiergestützte Therapie u. a.) sollten eingesetzt werden.
- Architektonische und technische Erkenntnisse der Milieugestaltung sind vermehrt nutzbar zu machen, einschließlich eines Beleuchtungskonzeptes.
- Das Ziel, eine möglichst wohnliche Atmosphäre herzustellen, ist mit den jeweiligen Hygiene-, Brandschutz- und Sicherheitsbestimmungen kompatibel zu gestalten.

## Ausblick

**Die Demenz im Krankenhaus ist eine große Herausforderung, sie wird uns künftig noch verstärkt fordern. Konzepte zum verbesserten Umgang mit Demenz im Krankenhaus sind dringend nötig. Die**

**Einrichtung von Spezialstationen gehört zu einer dieser Maßnahmen, neben einer Vielzahl anderer geeigneter Konzepte. Es ist sinnvoll, Spezialstationen dort einzurichten, wo entsprechende Kompetenz bereits vorhanden ist und fundiert weiter entwickelt werden kann – nämlich in geriatrischen Fachabteilungen. Die Kompetenz des Sozialdienstes und des psychologischen Dienstes ist nach den Standards des BVG dort ebenfalls vertreten.**

## Korrespondenzadresse

**PD Dr. W. Hofmann**

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V.  
Kuniberts kloster 11–13, 50668 Köln  
geschaeftsstelle@dggeriatrie.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** W. Hofmann, A. Rösler und W. Vogel geben an, dass ausschließlich ideale Interessen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V. vertreten werden.

## Literatur

1. Archibald C (2007) Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Ein Lern- und Arbeitsbuch für Pflegefachkräfte. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Türen öffnen zum Menschen mit Demenz, Bd 5. Köln
2. Baudemont C, Merlet I, Boisgucheneuc FD et al (2012) Cognitive-behavioral specialized units: predictive factors of readmissions within three months. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 10:277–283
3. Boustani MA, Campbell NL, Khan BA (2012) Enhancing care for hospitalized older adults with cognitive impairment. *J Gen Intern Med* 27:561–567

4. <http://www.bv-geriatrie.de>. Zugegriffen: 30. Nov. 2013
5. Cadigan RO, Grabowski DC, Givens JL, Mitchell SL (2012) The quality of advanced dementia care in nursing home: the role of special care units. *Med Care* 50:856–862
6. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2012) Pressemitteilung vom 06.03.2012: Menschen mit Demenz im Krankenhaus – nur Sand im Getriebe?
7. Ehlenbach WJ, Hough CI, Crane PK (2010) Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA* 303:763–770
8. Fogel BS, Stoudemire A, Houpt JL (1985) Contrasting models for combined medical and psychiatric inpatient treatment. *Am J Psychiatry* 142:1083–1089
9. Fong TG, Jones RN, Marcantonio ER (2012) Adverse outcomes after hospitalization and delirium in patients with Alzheimer disease. *Ann Intern Med* 156:848–856
10. Gogol M, Schulz RJ (Hrsg) (2012) Gemeinsamer Gerontologie- und Geriatriekongress Bonn. Altersforschung: Transnational und translational. *Z Gerontol Geriatr* 45(Suppl 1):1–163
11. Gross AL, Jones RN, Habtemariam DA et al (2012) Delirium and long-term cognitive trajectory among persons with dementia. *Arch Intern Med* 172:1324–1331
12. Guerra C, Linde-Zwirble WT, Wunsch H (2012) Risk factors for dementia after critical illness in elderly Medicare beneficiaries. *Crit Care* 16:R233 (epub)
13. Hartholt KA, Cammen TJM van der, Klimek M (2012) Postoperative cognitive dysfunction in geriatric patients. *Z Gerontol Geriatr* 45:411–416
14. Hattori H (2012) Role of geriatric hospitals for dementia care in the community. *Psychogeriatrics* 12:124–126
15. Hauer K, Schwenk M, Zieschang T et al (2012) Physical training improves motor performance in people with dementia: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 60:8–15
16. Hofmann W (2012) Demenz im Akutkrankenhaus: Was ist zu tun? *Psychiatrie-Barometer* 2011/2012 Deutsches Krankenhaus Institut (DKI). Düsseldorf, S 99–106
17. Hofmann W (2013) Demenz im Akutkrankenhaus: Was war neu 2012?. *Z Gerontol Geriatr* 46:5–10
18. Hofmann W (2013) Das geriatrische Behandlungsteam: Arzt, Patient, Pflege, Sozialdienst, Therapeuten und Angehörige im Kontext. In: Pantel J, Schröder J, Bollheimer C, Sieber C, Kruse A (Hrsg) *Praxishandbuch Altersmedizin*. Kohlhammer, Stuttgart (im Druck)
19. Hu CJ, Liao CC, Chang CC et al (2012) Postoperative adverse outcomes in surgical patients with dementia: a retrospective cohort study. *World J Surg* 36:2051–2058
20. Isfort M (2013) Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine Handreichung der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln 2012. Köln
21. Kathol R (1998) Integrated medicine and psychiatric treatment programs. *Med Psychiatry* 1:10–16
22. Korczak D, Steinhäuser G, Kuczera C (2012) Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd 122. Köln

23. Korczak D, Habermann C, Braz S (2013) Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd 127. Köln
24. Lai CK, Yeung JH, Mok V, Chi I (2009) Special care units for dementia individuals with behavioural problems. *Cochrane Database Syst Rev*
25. Lübke N (2009) Vortrag Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V. Göttingen. <http://www.kcgeriatrie.de>. Zugegriffen: 15. Jan. 2013
26. Maier AB, Wächtler C, Hofmann W (2007) Combined medical-psychiatric inpatient units: evaluation of the centre for the elderly. *Z Gerontol Geriatr* 40:268–274
27. Pinkert C, Holle B (2012) Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. *Z Gerontol Geriatr* 45:728–734
28. Rait G, Walters K, Bottomley C et al (2012) Survival of people with clinical diagnosis of dementia in primary care: cohort study. *BMJ* 341:3584–3601
29. Rockwood K (2012) Hospitalization and effects on cognition. *Neurology* 78:86–87
30. Rösler A, Krause T, Niehuus C, Renteln-Kruse W von (2008) Dementia as a cofactor for geriatric rehabilitation-outcome in patients with osteosynthesis of the proximal femur. A retrospective, matched-pair analysis of 250 patients. *Arch Gerontol Geriatr*. doi:10.1016/j.archger.2008.08.003
31. Rösler A, Hofmann W, Renteln-Kruse W von (2010) Spezialisierte Stationen zur Behandlung von akut erkrankten geriatrischen Patienten mit zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 43:249–253
32. Rösler A, Renteln-Kruse W von, Mühlhan C, Frilling B (2012) Treatment of dementia patients with fracture of the proximal femur in a specialized geriatric care unit compared to conventional geriatric care. *Z Gerontol Geriatr* 45:400–403
33. Saczynski JS, Marcantonio ER, Quach L et al (2012) Cognitive trajectories after postoperative delirium. *N Engl J Med* 367:30–39
34. Schütz D, Füsgen I (2013) Die Versorgungssituation kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus. *Z Gerontol Geriatr* 46:203–207
35. Schwenk M, Zieschang T, Oster P, Hauer K (2010) Dual-task performances can be improved in patients with dementia. *Neurology* 74:1961–1968
36. Soto ME, Nourhashemi F, Arbus C et al (2008) Special acute care unit for older adults with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 23:215–219
37. Soto ME, Andrieu S, Villars H et al (2012) Improving care of older adults with dementia: description of 6299 hospitalizations over 11 years in a special acute care unit. *J Am Med Dir Assoc* 13:e1–e6
38. Stähelin HB (2000) Kognitive Voraussetzungen der geriatrischen Rehabilitation. *Z Gerontol Geriatr* 45:400–403 (Suppl I:1/24–1/27)
39. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010) Demografischer Wandel. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Heft 2. Wiesbaden
40. Thies W, Bleiler L (2012) 2012 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement* 8:131–168
41. Villars H, Dupuy C, Soler P et al (2013) A follow-up intervention in severely demented patients after discharge from a special Alzheimer acute care unit: impact on early emergency room re-hospitalization rate. *Int J Geriatr Psychiatry*. doi:10.1002/gps.3932 (Epub 24. Januar)
42. Volicer L, Collard A, Hurley A et al (1994) Impact of special care unit for patients with advanced Alzheimer's disease on patients' discomfort and costs. *J Am Geriatr Soc* 42:597–603
43. Waller S (2012) Redesigning wards to support people with dementia in hospital. *Nurs Older People* 16:18–21
44. Wilson RS, Hebert LE, Scherr PA et al (2012) Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. *Neurology* 78:950–956
45. Zeisel J, Silverstein NM, Hyde J et al (2003) Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *Gerontologist* 43(5):697–711
46. Zekry D, Herrmann FR, Grandjean R et al (2008) Demented versus non-demented very old inpatients: the same comorbidities but poorer functional and nutritional status. *Age Ageing* 37:83–89
47. Zieschang T, Dutzl I, Müller E et al (2008) A special care unit for acutely ill patients with dementia and challenging behaviour as a model of geriatric care. *Z Gerontol Geriatr* 41:453–459
48. Zieschang T, Dutzl I, Müller E et al (2010) Improving care for patients with dementia hospitalized for acute somatic illness in a specialized care unit: a feasibility study. *Int Psychogeriatr* 22:139–146
49. Zieschang T, Hauer K, Schwenk M (2012) Körperliches Training bei Menschen mit Demenz. *Dtsch Med Wochenschr* 137:1552–1555

## Medizin-Management-Preis 2014 ausgeschrieben

Unter der Schirmherrschaft des Bundesforschungsministers a. D. Prof. Dr. Heinz Riesenhuber, MdB, ist der Medizin-Management-Preis 2014 ausgeschrieben.

Der Medizin-Management-Verband lobt diesen Preis jährlich aus, um exzellente Vorhaben in der Gesundheitswirtschaft zu fördern. Der Preis zeichnet Innovationen aus, die durch neue Wege des Steuerns, Führens und Leitens in der Gesundheitsbranche Ergebnisse verbessern.

Als Preisträger in Frage kommen Projekte und Konzepte jeglicher Segmente des Medizinmarktes:

- Forschung
- Verfahren
- Versorgungs- und Kooperationsformen
- Qualitätssicherung und Produktion
- Informationstechnologie (IT)
- Kommunikation
- Human Resources

Der Preis ist mit insgesamt 3.500 Euro dotiert. Der Betrag wird unter den drei erstplatzierten Projekten aufgeteilt. Die Teilnahme am Wettbewerb ist kostenfrei.

Die Preisverleihung findet am 12. September 2014 auf dem Innovations-Konvent in Berlin statt.

Mit dem ersten Platz des Medizin-Management-Preises ausgezeichnet wurde 2013 das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft. Den zweiten Platz errang das Projekt „Telemedizin in der Euroregion POMERANIA e.V.“ des Pomerania e.V. und der Dimension Data Germany. Auf den dritten Platz wählte die Jury das Bilddatennetzwerk „Paediatric Hodgkin-Netzwerk“ der Universität Leipzig.

Detaillierte Informationen zum Preis, dem Bewerbungsverfahren und den prämierten Innovationen der vergangenen Jahre finden Sie unter:

[www.mm-preis.de](http://www.mm-preis.de)

Bewerbungsschluss ist der 30. Mai 2014.

Quelle:

Medizin-Management-Verband e.V.,  
[www.medizin-management-verband.de](http://www.medizin-management-verband.de)