

Die Top 5



gemeinsam
gut entscheiden

CHOOSING WISELY AUSTRIA



Wege für eine bessere Gesundheits- und Krankenpflege

5 häufige Pflegemaßnahmen kritisch hinterfragt

Die Top 5 der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege **Zusammenfassung der Empfehlungen und** **Hintergrundinformationen**

UNIVERSITÄT FÜR WEITERBILDUNG KREMS
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ

Die Top 5 der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege

„Choosing Wisely“ bzw. „gemeinsam gut entscheiden“ steht dafür, die Öffentlichkeit über die sogenannte Über- und Fehlversorgung zu informieren.

In der Broschüre bzw. auf der Website stehen fünf häufige Pflegemaßnahmen im Mittelpunkt. Obwohl sie verbreitet sind, nützen sie in vielen Fällen den Betroffenen nur wenig oder können ihnen sogar schaden. Hier finden Sie die Hintergrundinformationen zu den ausgewählten Empfehlungen in einem Dokument.

Diese Pflegemaßnahmen haben wir gemeinsam mit erfahrenen Pflegefachkräften und Expert*innen sorgfältig ausgewählt, den aktuellen Stand des Wissens kritisch überprüft und dabei hinterfragt: Für wen sind die Pflegemaßnahmen – ob zu Hause, im Krankenhaus oder in Langzeitpflegeeinrichtungen – sinnvoll? Unsere Rechercheergebnisse finden Sie in der Folge zusammengefasst. Die Informationen sollen dazu beitragen, die Qualität in der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Denn mehr Pflege oder gut gemeinte Pflege bedeutet nicht immer bessere Pflege.

Diese Broschüre ist entstanden in Zusammenarbeit von:

Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation (Universität für Weiterbildung Krems), Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (Medizinische Universität Graz) und Expert*innen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie mit Unterstützung des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV).



Inhaltsverzeichnis

Wecken in der Nacht: nur wenn nötig statt regelmäßig	3
Bewegungseinschränkungen: Risiken deutlich	6
Folgenreiche Immobilität	8
Bedürfniserfüllung statt Zwangsmaßnahmen.....	11
Demenz oder Delir? Das ist hier die Frage.....	15
Das Projekt.....	19
Medieninhaber*Innen.....	19
Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation	19
Referenzen	20

Wecken in der Nacht: nur wenn nötig statt regelmäßig

*Es hat wohl Seltenheitswert, dass Patient*innen im Krankenhaus gut schlafen. Zu den vielen Schlafräubern gehört manchmal auch die nächtliche Pflege. Sie sollte nur in dringenden Fällen während der üblichen Schlafenszeit stattfinden.*

Ein Krankenhaus ist nicht als Ort für guten Schlaf bekannt. Viele Einflüsse prasseln auf die Kranken ein. Dauer und Qualität des Schlafes sind oft nur mäßig, und erwachsene Patient*innen erreichen die empfohlenen ca. sieben bis neun Stunden Schlaf eher nur in Ausnahmefällen (1, 2). Bis zu drei Viertel der Patient*innen gaben an, durch äußere Reize wie störende Geräusche geweckt zu werden (3). Das bedeutet Stress statt Erholung (4).

Zu den Schlafräubern zählen Schmerzen, Ängste, Medikamente, medizinische Eingriffe, Lärm, die ungewohnte Umgebung und nicht zuletzt die akute Erkrankung selbst (4).

Auch Licht leistet einen Beitrag: Ist die Beleuchtung nachts zu grell und tagsüber zu gedämpft, kann sie den zirkadianen Rhythmus aus dem Gleichgewicht bringen (4). Hinzu kommt, dass ältere Menschen ohnehin bereits ein höheres Risiko für Schlafstörungen haben (5).



Bitte nicht stören!
Nächtliche Pflege nur, wenn es die Gesundheit erfordert.

Medikamente und Symptome stören den Schlaf

Auch Medikamente können Schlafprobleme verursachen, z. B. Opiode, Glukokortikoide, Betablocker, Antibiotika, Diuretika oder Laxantien (4, 5). Typische Symptome wie Schmerzen, die zu einer verlängerten Schlafatenz und zu fragmentiertem Schlaf führen, Husten oder Durchfall machen einen erholsamen Schlaf fast unmöglich (4). Auch Symptome von Atemwegserkrankungen, Herzinsuffizienz und gastralem Reflux können sich in der Nacht verschlimmern (4, 5, 7).

Pflege kann den Schlaf rauben

In der Nacht finden oft auch Pflege- und Versorgungsmaßnahmen statt, die den Schlaf der Patient*innen stören können (4). Manche sind notwendig und nicht oder nur schwer zeitlich verschiebbar, etwa Symptomkontrollen oder die Durchführung von Prophylaxen. Dennoch ist es in manchen Häusern üblich, die Versorgung und Pflege der Patient*innen an den Bedürfnissen der Pflegenden und der Einrichtung auszurichten statt an denen der Patient*innen (6). Maßnahmen wie verschiebbare routinemäßige „Pflegerunden“ oder laute Ver- und Entsorgungsmaßnahmen sollten nach Möglichkeit nicht während der Schlafenszeit stattfinden.

Verbesserungen auf mehreren Ebenen

Pflegende sollten der Thematik Schlafprobleme gegenüber wachsam sein, ältere Menschen darauf ansprechen und nach möglichen Lösungen suchen (5).

Es gibt zahlreiche Maßnahmen, die den Schlaf im Krankenhaus verbessern können:

Lärm und Lärmwahrnehmung lassen sich auf viele Weisen verändern. Pflegende können darauf achten, die Türen leise zu schließen und die Lautstärke von Geräten, Telefonen und Gesprächen zu reduzieren. Schalldämpfende Materialien oder Verhaltensregeln wie definierte Ruhezeiten können die Situation ebenfalls verbessern (4). Ohrstöpsel sind häufig eine gute Hilfe, vor allem auf Intensivbettenstationen bringen Augenmasken und/oder Ohrstöpsel Vorteile für die Schlafdauer. In manchen Fällen kann Musik die Schlafqualität erhöhen (8). Auch wenn Studiendaten zu diesen Maßnahmen nicht eindeutig Vorteile zeigen, können sie aufgrund der geringen Risiken und Kosten überlegt eingesetzt werden (4).

Auch ein bewusster Umgang mit **Licht** ist sinnvoll. Es sollte tagsüber hell und in der Nacht dunkel sein. Augenmasken in der Nacht können hilfreich sein (4).

Weniger nächtliche Unterbrechungen des Schlafes durch Pflegemaßnahmen tragen ebenfalls zur Schlafverbesserung bei. Dabei helfen passive technische Überwachungsmethoden, die Anpassung von nächtlichen Medikamentengaben oder Blutabnahmen an die Schlafenszeiten und eine mit den Betroffenen zeitlich gut abgestimmte Durchführung von Pflegehandlungen (4). Wesentlich ist dabei auch immer den Gesundheitszustand oder der Pflegebedarf der Betroffenen und die daraus abzuleitenden Maßnahmen kritisch zu reflektieren.

Werden zugrundeliegende Erkrankungen und Symptome wie Schmerzen, „Grübelzwang“ (9) oder Dyspnoe (4) rechtzeitig erkannt und behandelt, kann auch das den Schlaf verbessern. Entspannungstechniken, ein gut abgestimmter Einsatz von schlaffördernden Medikamenten (4, 5) oder generell schlaffördernde Initiativen wie „Silent Hospitals“ unterstützen den Schlaf der Patient*innen. Darüber hinaus fördert es den Schlaf, wenn Pflegende die individuellen Schlafgewohnheiten und -rituale der Patient*innen berücksichtigen und darauf achten, dass diese am Tag wach bleiben.

Folgenreicher Schlafmangel

Warum das so wichtig ist? Schlaf ist essenziell, etwa für das Gedächtnis, den Muskelaufbau, das Immunsystem und die Infektionsabwehr (9, 10). Zu wenig Schlaf führt zu messbaren negativen Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit (2) und beeinträchtigt die Lebensqualität (11). Folgen sind Einbußen bei der Reaktionsfähigkeit, der Aufmerksamkeit und dem logischen Denken (2).

Auch die Psyche reagiert auf zu wenig Schlaf, etwa mit trauriger Stimmung, Reizbarkeit, schlechtem Urteilsvermögen oder depressions- und angstähnlichen Zuständen (2). Schlafmangel zählt zu den möglichen Risikofaktoren für ein Delir (4). Bekannt ist zudem, dass wenig Schlaf zu einem starken Schlafbedürfnis führt, das dann z. B. tagsüber nicht immer unter Kontrolle gebracht werden kann. Insgesamt ist zu beachten, dass sich die Auswirkungen von Schlafmangel von Mensch zu Mensch stark unterscheiden (2).

Ein Bündel an Maßnahmen

Es gibt keine einzelne Maßnahme, die den Schlaf in einer Einrichtung zuverlässig und für alle verbessert (4). Gute Voraussetzungen für eine Optimierung schaffen einerseits wahrscheinlich ein erhöhtes Problembewusstsein, andererseits mehrere „kleinere“ Maßnahmen, die individuell an die Patient*innen angepasst werden, sowie allgemeine krankenhaushausweite Bestrebungen zur Verbesserung der Schlafsituation (4).

Fazit

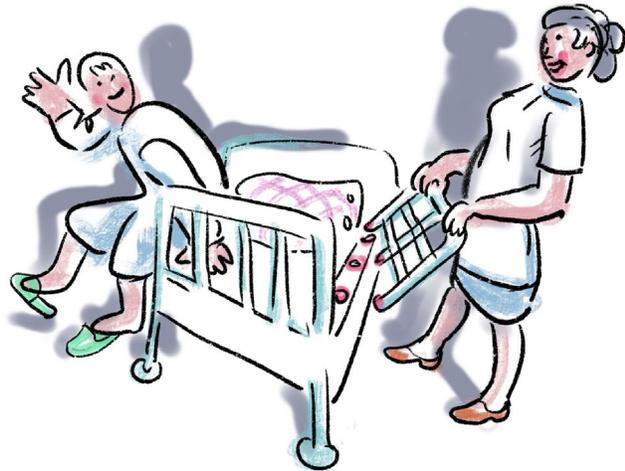
Pflegende sollten ältere Menschen nachts nicht aufwecken – es sei denn, deren Gesundheitszustand oder der Pflegebedarf erfordern dies unbedingt.

Bewegungseinschränkungen: Risiken deutlich

Bewegungseinschränkungen durch Bettseitenteile und Tische sind häufig – aber in vielen Fällen keine gute Lösung.

Der Einsatz von physischen Bewegungseinschränkungen – bei älteren Menschen im Setting Krankenhaus, aber auch in Pflege- und anderen Gesundheitseinrichtungen – ist keine Seltenheit (12, 13). Die Maßnahmen werden häufig verwendet, um Personen mit herausforderndem oder gefährdendem Verhalten zu schützen, also wenn diese sich verletzen oder eine notwendige Behandlung unterbrechen könnten (14). Das ist gerade bei Personen mit Demenzerkrankungen ein Thema, die dazu neigen „wegzulaufen“.

Die steigende Zahl an Demenz Erkrankter stellt nicht nur Pflegende vor große Herausforderungen. Die – zumeist älteren – Menschen vergessen die Benutzung einer Rufanlage oder haben Schwierigkeiten einzuordnen, wo sie sich gerade befinden.



Gitter, Gurte und Co: meist nicht notwendig, manchmal sogar gefährlich, immer gut zu überlegen.

Es fällt ihnen schwer, sich in ungewohnter Umgebung zurechtzufinden, und sie versuchen häufig „nach Hause“ zu gehen (15). Um ihre Bewegung einzuschränken, setzen Pflegende manchmal alltägliche Pflegehilfsmittel wie Bettseitenteile und Therapietische auf Pflegestühlen ein, die ursprünglich ganz andere Zwecke hatten (14, 15). Diese stellen zwar ein Hindernis dar, sind aber keine unüberwindbare Hürde, das Bett zu verlassen (15). Auch wenn in der Regel gute Intentionen dahinterstehen: Einschränkungen der Bewegungsfreiheit von Demenzkranken sind meist keine gute Lösung.

Nutzen unklar, Risiken deutlich

Die Maßnahmen sollen zum Beispiel dabei helfen, Stürze zu vermeiden. Allerdings deuten Studienergebnisse darauf hin, dass Bewegungseinschränkungen die Sturzhäufigkeit – anders als erwünscht – wohl nicht senken. Umgekehrt dürfte weniger Bewegungseinschränkung auch nicht zu mehr Stürzen führen (16).

Empfehlungen aus Guidelines lehnen den Einsatz physischer Hindernisse als Maßnahme zur Sturzprävention in Pflegeheimen ab (17). Denn starke oder zu lange dauernde Bewegungseinschränkungen können Schäden verursachen, die im schlimmsten Fall zum Tod führen können (15, 18). Typische Komplikationen sind ein Delir, Inkontinenz, Muskelschwäche oder Dekubitus (14, 19). Betroffene Personen berichten außerdem von körperlichen und psychischen Belastungen und sozialem Unbehagen (14, 20).

Veränderung auf vielen Ebenen

Um Bewegungseinschränkungen zu reduzieren, können Pflegende auf verschiedenen Ebenen ansetzen (14, 21). Auf individueller Ebene sind Gespräche mit An- und Zugehörigen oder anderen Anbieter*innen

Top 5 Wege für eine bessere Gesundheits- und Krankenpflege – Zusammenfassung der Empfehlungen und Hintergrundinformationen. www.gemeinsam-gut-entscheiden.at (Oktober 2023)

von Pflege und Betreuung hilfreich. Das Ziel ist hier, mehr über die betroffenen Personen zu erfahren: ihre Routinen, ihr Verhalten oder ihre Pflege, und die Betreuung daran anzupassen (22).

Neue Technologien wie Alarm- und Sensorsysteme können die Pflegenden bei der Arbeit unterstützen. Die Geräte sind im Bett oder am Stuhl befestigt und lösen bei Lage- oder Druckveränderungen Alarm aus. Sie senken zwar nicht unbedingt die Sturzhäufigkeit, gelten aber als praktikabel (23) und zeigen frühzeitig an, dass die zu pflegende Person aufstehen möchte.

Auch auf Organisationsebene gibt es unterstützende Maßnahmen:

- die Entwicklung von (berufsgruppenübergreifenden) Strategien zum Umgang mit Bewegungseinschränkungen (22, 24, 25)
- Schulungen der Mitarbeiter*innen (22)
- eine Organisationsstruktur und -kultur zur Förderung einer Pflege und Versorgung, die so weit wie möglich auf Bewegungseinschränkungen verzichtet (22)

Eine besondere Rolle, um diese Praxis zu unterstützen, haben Pflegeexpert*innen oder spezialisierte Teams (15, 26, 27).

In Ausnahmefällen

Manchmal sind körperliche Bewegungseinschränkungen notwendig, etwa um Patient*innen daran zu hindern, durch Unruhe Schäden zu verursachen (28). Auch bei manchen medizinischen Therapien müssen die Personen längere Zeit ruhig im Bett liegen. Auch hier kann eine berufsgruppenübergreifende Suche nach Alternativen dazu beitragen, die Zeit der Bewegungseinschränkung zu verkürzen (15).

Wann immer sie in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden, sollten Patient*innen besonders viel Aufmerksamkeit bekommen – nicht zuletzt, um mögliche Auslöser des „unerwünschten“ Verhaltens zu ergründen (18, 22) und entsprechend darauf zu reagieren. Stets sollten die Pflegenden die am wenigsten einschränkende Maßnahme wählen (28).

Mobilität bringt Qualität

Insgesamt zeigen gezielte Programme zur Reduktion von Bewegungseinschränkungen bzw. zur Förderung der Mobilität bei Patient*innen mit Demenz, dass deren Verweildauer im Spital sinkt (29, 30). Auch ist die Lebensqualität mobilerer Personen höher, gerade wenn sie an Demenz leiden (31).

Fazit

Pflegende sollten so weit wie möglich vermeiden, ältere Menschen im Krankenhaus oder in Pflegeeinrichtungen in ihrer Bewegungsfreiheit einzuschränken.

Folgenreiche Immobilität

Noch immer sind Bett und Stuhl oft die Hauptaufenthaltsorte von Patient*innen in Krankenhaus und Pflegeheim. Doch es gilt, langes Liegen und dauerhaftes Sitzen möglichst zu vermeiden – mit gezielter Mobilisierung. Die Patient*innen profitieren in vieler Hinsicht davon.

Bei einer stationären Aufnahme bekommen Patient*innen ein Bett zugewiesen, das in der Folge mehr oder weniger zum dauerhaften Aufenthaltsort wird. Manchmal scheint es, als ob lange Aufenthalte im Bett oder in einem Stuhl in Krankenhäusern oder Pflegeheimen zwingend seien. Bei bestimmten Symptomen wie Fieber ist es durchaus verständlich (und angeraten), sich wenig(er) zu bewegen – hier ist Bettruhe Teil der Behandlung. Allerdings kann zu viel Inaktivität schnell zu negativen Konsequenzen führen.



**Bitte keine Wurzeln schlagen!
Denn zu viel körperliche Ruhe kann
schaden.**

Rascher Kraftverlust

Mangelnde Bewegung geht sehr schnell mit Kraftverlust einher (32). Gerade bei älteren Menschen, die ohnehin in der Regel weniger Kraft und Muskelmasse haben als jüngere, verstärkt und beschleunigt Inaktivität diese Effekte (32).

Schon eine kurze Bettruhe erhöht das Risiko für einen erheblichen Rückgang von Muskelkraft und Funktionsfähigkeit stark, zum Teil unumkehrbar (32). Besonders betroffen sind die Beine: Hier kann schon bei jungen, gesunden Menschen schnell ein Viertel der Muskelmasse verloren gehen (33). Nach zehn Tagen Bettruhe ist bei älteren Erwachsenen bereits ein erheblicher Kraftverlust spürbar (32), die Leistungsfähigkeit etwa beim Stiegensteigen deutlich eingeschränkt (34).

Inaktivität in Form von Bettruhe, Sitzen oder eingeschränktem Gehen ist einer der Hauptfaktoren für den Verlust der Gehunabhängigkeit bei älteren Menschen im Krankenhaus (18). Bei etwa zwei Drittel von ihnen verschlechtert sich die Gehfähigkeit während des Spitalsaufenthalts (18, 35), rund 35 Prozent können danach ihre täglichen Aktivitäten nicht mehr so gut ausführen wie davor (36). Auch eine Verlängerung des Spitalaufenthalts, eine Einweisung in eine Langzeitpflegeeinrichtung oder ein höheres Sturzrisiko zählen zu den möglichen Komplikationen eines Verlustes der Gehfähigkeit (18, 35). All dies kann zum Hindernis für die Durchführung von Alltagsaktivitäten werden und geht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Wieder- und Heimeinweisungen einher (32).

Wenn Ruhe schädlich ist

Inaktivität durch langes Liegen und Sitzen kann noch weitere negative Folgen haben – auf körperlicher, psychischer, kognitiver (37) und spiritueller Ebene (38, 39). Zu den Komplikationen von (zu wenig) Bewegung bzw. (zu viel) Bettruhe zählen (40)

- Thrombosen
- Lungenentzündungen
- Appetitverlust
- Schwierigkeiten bei der Ausscheidung
- Angstzustände
- Depressionen
- Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit

Mobilisierung gegen die Abwärtsspirale

Gehen während des Krankenhausaufenthalts und andere frühe Mobilisierungsmaßnahmen sind entscheidend, um die funktionellen Fähigkeiten älterer Menschen aufrecht zu erhalten oder sogar zu verbessern (35, 41). Bei mobileren Patient*innen ist die Aufenthaltsdauer verkürzt, sie haben weniger Schmerzen und andere Symptome (41). Ältere sollten daher, wenn medizinisch zulässig, unbedingt aktiv dazu ermutigt werden, das Bett zu verlassen. Die Förderung der Gehfähigkeit ist entscheidend, um andere körperliche Fähigkeiten zu erhalten – und um pflegenden Angehörigen später nicht einer höheren Belastung aussetzen (18).

Spezielle Bewegungskonzepte oder Trainings zur Verbesserung von Kraft und Balance haben sich in der Praxis bewährt und werden empfohlen (42). Auch eine gut abgestimmte Zusammenarbeit mit Physiotherapeut*innen ist hilfreich. Manchmal bedarf es einer Anpassung der räumlichen und sozialen Umgebung, gerade in Einrichtungen für Langzeitpflege. Die Umgebung sollte ausreichend Platz für Bewegung bieten, über Hilfsmittel wie Handläufe verfügen und hell sein (43). Soziale Aspekte wie angemessene Kleidung, aktiver Einbezug der An- und Zugehörigen, aber auch ehrenamtliche Helfer*innen können Bewegung fördern (43). Organisatorische Maßnahmen und Initiativen zur Förderung der Mobilität können einen Einfluss auf die selbstständige aktive Bewegung der Betroffenen haben (43) – innovative Projekte wie „Klinikspaziergänge“ können hier inspirieren (44). Auch die Möglichkeit, Gemeinschaftsräume zu nutzen oder gemeinsam zu essen, kann Menschen zur Bewegung motivieren, wobei hier getrennte Räumlichkeiten zu bevorzugen sind (43).

Die positiven Effekte einer guten Mobilisierung sind mannigfaltig. Ältere Personen, die während ihres Krankenhausaufenthalts gehen, erholen sich nach einer Operation schneller, können das Krankenhaus früher verlassen, legen bei der Entlassung weitere Entfernungen zurück und sind bei grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständiger (35).

Bettlägerigkeit schleicht sich langsam ein

Gehen ist eine zentrale menschliche Aktivität. Doch gerade im Alter verlieren viele ihre Mobilität. Oft ist das ein schleichender Prozess – die meisten Menschen werden nicht von einem Tag auf den anderen bettlägerig. Mit wenig Bewegung gehen zunehmender Unterstützungsbedarf, Liegepathologien,

Interessenseinengung und der Verlust des Zeitgefühls einher (45). All diese Faktoren scheinen einander zu verstärken (45).

Bettlägerigkeit ist sehr häufig. Daten aus österreichischen Langzeitpflegeeinrichtungen zeigen, dass rund die Hälfte der Bewohner*innen ihr Bett nicht mehr verlässt. Menschen mit einer so genannten Ortsfixierung können sich nicht mehr eigenständig fortbewegen – auch das betrifft mehr als die Hälfte der Bewohner*innen (37). Ursachen für eine Bettlägerigkeit sind häufig Immobilität und Instabilität der Körperhaltung, was wiederum Inaktivität begünstigen kann (39). Bettlägerigkeit entwickelt sich in einer Abwärtsspirale (45).

Fazit

Lass ältere Erwachsene während ihres Krankenhausaufenthalts nicht im Bett liegen oder nur auf einem Stuhl sitzen und fordere sie nicht zur Bettruhe auf, es sei denn, dies ist medizinisch angezeigt. Körperliche Inaktivität hat viele ungünstige Auswirkungen, unter anderem eine längere Verweildauer im Krankenhaus.

Bedürfniserfüllung statt Zwangsmaßnahmen

*Menschen, die an Demenz erkrankt sind, zeigen oft ein auffälliges Verhalten mit psychischen Stresssymptomen wie Angst, Aggressivität oder Agitiertheit. **Bei der Pflege dieser Personen sollten nur in Notfällen körperliche oder medikamentöse Zwangsmaßnahmen zum Einsatz kommen.** Häufig stecken hinter dem Verhalten unerfüllte Bedürfnisse, Schmerzen oder andere Auslöser wie eine ungewohnte Umgebung.*

Unterschiedlichsten Schätzungen zufolge haben etwa 3,5 bis fast 44 Prozent der Patient*innen im Spital eine Demenzerkrankung, wobei der Anteil je nach Station sehr unterschiedlich sein dürfte (46-48). Die Anzahl der im Krankenhaus aufgenommenen Personen mit Demenz steigt stetig (49). Häufig werden sie allerdings aufgrund einer anderen Erkrankung stationär aufgenommen (50).

Die Aufnahme in ein Krankenhaus bedeutet für ältere Personen oft eine schwierige und beängstigende Situation (51, 52). Das Umfeld ändert sich stark, sowohl räumlich wie sozial. Mögliche Folgen sind Stress und Überforderung.

Viele Betroffene verstehen nicht, warum sie im Krankenhaus sind, und was von ihnen erwartet wird; sie vergessen auch Informationen, die sie bereits erhalten haben (53). Das kann dazu führen, dass sich die körperliche und geistige Gesundheit verschlechtert (52).



Wenn Menschen mit Demenz ihre Bedürfnisse nicht erfüllen können, sind Pflegekräfte, An- und Zugehörige gefragt.

Ausnahmesituation Krankenhaus

Der Aufenthalt im Krankenhaus führt oft zu einem (weiteren) geistigen Abbau und der Zunahme verhaltensbezogener Symptome (52) wie Angst, Unruhe und Wut (53). Zudem können Personen mit einer Demenzerkrankung ihre Bedürfnisse oft nicht selbst erfüllen oder klar kommunizieren (15, 54), was u. a. zu Schmerzen, Durst, Angst und Reizüberflutung beiträgt (52).

Unerfüllte Bedürfnisse lösen mitunter ein auffälliges bzw. herausforderndes Verhalten aus (55), bekannt als „Verhaltens- und psychologische Symptome bei Demenz“ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD). Das Phänomen ist nicht auf das Setting Krankenhaus beschränkt: In Langzeitpflegeeinrichtungen zeigen zum Teil mehr als die Hälfte der Bewohner*innen entsprechende Verhaltensweisen (56). Dies ist nicht nur für die Betroffenen, die Pflegenden, An- und Zugehörigen belastend. Auch andere Patient*innen oder Bewohner*innen fühlen sich mitunter gestört (57).

Häufig, riskant, ...

Manchmal – nicht zuletzt als Folge von zu wenig Personal (57) – sind körperliche und medikamentöse Maßnahmen die Reaktion auf auffällige Verhaltensweisen (55). Zum Einsatz kommen

- körperliche Maßnahmen: das Anbringen von Bettseitenteilen und Tischbrettern oder körpernahe Fixierungen
- sedierende Medikamente (57)

Top 5 Wege für eine bessere Gesundheits- und Krankenpflege – Zusammenfassung der Empfehlungen und Hintergrundinformationen. www.gemeinsam-gut-entscheiden.at (Oktober 2023)

Solche Einschränkungen sind häufig keine gute Lösung. Sie können zu ernsthaften Komplikationen, im schlimmsten Fall sogar zum Tod führen (15, 58).

So gehen Fixierungen mit diversen Risiken einher: Die Einschränkung der Beweglichkeit kann zu raschem Muskelverlust, beeinträchtigtem Stehvermögen und Störungen des Gleichgewichtes führen. Immobilität begünstigt Kontrakturen (Gelenksversteifung), Inkontinenz, Lungenentzündungen, Durchblutungsstörungen, Kreislaufbelastungen, Hautabschürfungen oder Dekubitus, Appetitlosigkeit sowie Dehydrierung und ist ein Risikofaktor für ein Delirium (59). Auch von medikamentösen Behandlungen sind schwerwiegende unerwünschte Wirkungen bekannt (55, 60).

... mit fragwürdiger Wirkung

Den bekannten Risiken steht kein klarer Nutzen gegenüber. Wissenschaftliche Studien deuten sogar darauf hin, dass Zwangsmaßnahmen wie Freiheitsbeschränkungen das Gegenteil des erhofften Nutzens bringen (30). Es scheint, als ob Stürze sich auch dann nicht häufen, wenn es weniger körperliche Fixierungen gibt (30, 61). Es gibt außerdem Hinweise darauf, dass weniger Fixierungen zu einer kürzeren Aufenthaltsdauer beitragen, vor allem bei kognitiv beeinträchtigten Patient*innen (62).

Auslöser finden

Umso wichtiger ist es, zuerst die Auslöser eines herausfordernden Verhaltens in den Blick zu nehmen, statt gleich körperliche oder chemische Zwangsmaßnahmen wie Freiheitsbeschränkungen einzusetzen (63).

Mögliche Auslöser von herausforderndem Verhalten sind:

- Veränderungen des körperlichen Zustands,
- unerfüllte Bedürfnisse,
- Umgebungen, die Stress verursachen (63).

Abgestimmt auf die jeweiligen Auslöser gibt es eine Reihe von Gegenmaßnahmen:

- Bedürfnisorientierte Aktivitäten können Agitiertheit reduzieren (55). Allerdings werden Patient*innen oder Heimbewohner*innen aufgrund ihres herausfordernden Verhaltens manchmal von Aktivitäten ausgeschlossen (55, 64). Diese Menschen sind dann manchmal über längere Zeit hinweg untätig, was z. B. Unruhe begünstigen kann (55).
- Ein entsprechendes Management von unerfüllten Bedürfnissen kann Beschwerden oder Unbehagen bei den Betroffenen verringern (65).
- Auch das aktive Miteinbeziehen von An- und Zugehörigen kann einen wichtigen Beitrag leisten, da diese in der Regel über Tagesabläufe, Kommunikationsmuster und typische Verhaltensäußerungen etwa bei Schmerzen, Langeweile oder Hunger Bescheid wissen (15).

Lösungen durch Team und Organisation

Es gibt Verhaltensweisen, die nicht „nur“ herausfordernd, sondern für die Betroffenen und ihre Umgebung auch unsicher oder gefährlich sind. Um mögliche Ursachen und dahinterliegende persönliche Notlagen aufzudecken, sind berufsgruppenübergreifende Besprechungen sinnvoll (15, 66).

Qualitätsverbesserungsmaßnahmen, die an mehreren Punkten ansetzen, können die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen bei älteren hospitalisierten Erwachsenen verringern (30, 61).

Organisatorische Maßnahmen können Vorteile, also gelindere Maßnahmen, bringen. Aber sie erzielen wohl nicht immer weniger Freiheitsbeschränkungen und weniger Stürze bzw. erhöhen nicht immer die Mobilität der Betroffenen (14). Die vorliegenden Studienergebnisse sind zum Teil uneinheitlich und/oder liefern derzeit noch keine eindeutigen Ergebnisse (14).

Manche Programme, wie die Serial Trial Intervention, zeigen Vorteile (65): Hier liegt der Fokus darauf, bei Menschen mit Demenz im Spätstadium unerfüllte Bedürfnisse zu erkennen und zu managen. Auch im Rahmen der österreichischen Demenzstrategie wurden Orientierungshilfen für Langzeitpflegeeinrichtungen (67) und Krankenhäuser (51) entwickelt sowie eine Vielzahl an Praxisbeispielen präsentiert (68).

Hintergrundinformation Freiheitsbeschränkung

Als Freiheitsbeschränkung gilt, *„wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person ... gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen oder durch deren Androhung unterbunden wird“* (69).

In Österreich gab es im Jahr 2020 insgesamt rund 70.000 Freiheitsbeschränkungen bei mehr als 30.000 erwachsene Personen. Rund ein Drittel davon wurde am Verlassen des Bettes oder der Sitzgelegenheit gehindert, mehr als ein Drittel wurde durch Medikamente in der Freiheit eingeschränkt (13).

Nicht nur Pflegende setzen freiheitsbeschränkende Maßnahmen ein. Auch Mediziner*innen und andere Gesundheitsberufe sowie An- und Zugehörige fordern mitunter Bewegungseinschränkungen. Interessanterweise bewerten An- und Zugehörige von Pflegeheimbewohner*innen diese Maßnahmen positiver, d. h. als weniger einschränkend und weniger unangenehm, als beruflich Pflegende (70). Das optimale Vorgehen erfordert jedenfalls ein sorgfältiges Abwägen: Der Entzug der Freiheit steht auf der einen Seite, die Erfüllung der Sorgfaltspflicht auf der anderen (71).

Hintergrundinformation Demenz

Schätzungen zufolge sind in Österreich rund 147.000 Menschen an Demenz erkrankt – exklusive Dunkelziffer. Es ist davon auszugehen, dass viele Betroffene keine Diagnose bekommen (72, 73).

Ein höheres Alter ist ein Risikofaktor für Demenz. Allerdings erkranken knapp zehn Prozent der Betroffenen schon vor dem 65. Lebensjahr (74). Aufgrund der steigenden Lebenserwartung werden in Zukunft mehr Menschen von Demenz betroffen sein (74).

Eine Demenz macht sich typischerweise schleichend bemerkbar, entwickelt sich im Laufe der Zeit weiter und ist nicht heilbar. Die häufigsten Symptome sind Schwierigkeiten beim Erinnern, beim logischen Denken sowie Beeinträchtigungen der Orientierung, der Sprache und des Verhaltens (75).

Patient*innen mit Demenz haben im Krankenhaus ein erhöhtes Risiko für Stürze, schlechte Ernährung und zu geringe Flüssigkeitszufuhr, außerdem für Infektionen und ein Delir. All dies kann ihre Aufenthaltsdauer verlängern (50). Auch eine weitere Reduktion der körperlichen und geistigen Fähigkeiten ist möglich, was wiederum zu einer Einweisung in ein Pflegeheim führen kann (50).

Für das gesamte Behandlungsteam bedeuten Patient*innen mit Demenz eine Herausforderung, unter anderem, weil die Demenz meist nicht die primäre Aufnahmediagnose ist. Manchmal fällt eine Demenz sogar erst während eines Aufenthalts in einer Gesundheitseinrichtung auf, da es den Betroffenen in ihrer gewohnten Umgebung oft gelingt, ihre Gedächtnisstörungen zu kompensieren.

Fazit

Sind an Demenz Erkrankte verhaltensauffällig, können unerfüllte Bedürfnisse oder andere Auslöser dahinterstecken. Verzichte bei der Pflege von an Demenz Erkrankten, die Verhaltensauffälligkeiten und psychische Symptome zeigen, auf körperliche oder chemische Zwangsmaßnahmen, es sei denn, es handelt sich um einen Notfall.

Demenz oder Delir? Das ist hier die Frage

Auf den ersten Blick mögen Patient*innen mit Demenz und Delir ähnlich wirken – doch eine rasche Unterscheidung der Symptome ist äußerst wichtig für den weiteren Krankheitsverlauf. Zahlreiche Instrumente helfen bei der Differenzierung.

Viele Patient*innen in Spitälern und Bewohner*innen von Pflegeheimen gelten als „verwirrt“, also in ihrer Orientierung beeinträchtigt. Auch wenn es etliche Ursachen für Verwirrtheit gibt, sind demenzielle Erkrankungen oder ein Delir(ium) häufige Auslöser. Sind ältere Erwachsene verwirrt, sollte daher nicht automatisch von einer Demenz ausgegangen werden. Es könnte auch eine andere Ursache wie ein Delir vorliegen.

Die Unterscheidung zwischen Demenz und Delir ist nicht immer einfach, und ohne genaue Untersuchung ist ein Delir sogar leicht zu übersehen (76, 77). Erschwerend kommt hinzu, dass die Symptome eines Delirs kommen und gehen können: Beispielsweise zeigen Betroffene am Morgen keine oder nur wenige Symptome, im Tagesverlauf nehmen diese jedoch zu (78). Da auch lebensbedrohliche Erkrankungen wie eine Sepsis ein Delir auslösen können, ist es äußerst wichtig, schnell zu agieren (76, 78).

Ein Delir wirkt sich negativ auf Aufenthaltsdauer (79-81), Krankheitsverläufe, Komplikationen (82), Mortalität und Ressourcenverbrauch (83) aus und kann das Risiko einer Einweisung in die Langzeitpflege erhöhen (78, 82).

Unterschiede Demenz und Delir

Delir und Demenz können gleichzeitig vorliegen, was die Diagnose erschwert (84). Doch es gibt mehrere Anhaltspunkte, um Demenz und Delir voneinander abzugrenzen:

- Ein Delir tritt eher plötzlich auf, also binnen Stunden oder Tagen, und neigt im Tagesverlauf zu unterschiedlichen Ausprägungen (81). Im Gegensatz dazu entwickelt sich eine Demenz eher langsam, also über einen Zeitraum von Monaten und Jahren (78).
- Wird die auslösende Grunderkrankung behandelt, ist ein Delir üblicherweise vorübergehend. Eine Demenz besteht dauerhaft (78).
- Im Gegensatz zur Demenz ist das Delir in der Regel reversibel und durch nichtmedikamentöse und medikamentöse Maßnahmen behandelbar (83).
- Auch der Bewusstseinszustand kann für die Unterscheidung hilfreich sein: Bei einer Demenz ist das Bewusstsein in der Regel über lange Zeit intakt, beim Delir ist es beeinträchtigt (85).
- Bei einem Delir kommt es eher zu sich abwechselnden Symptomen (85).

Nicht nur die Unterscheidung zwischen Demenz und Delir ist zentral. Für die richtige Behandlung sind auch die Ursachen des Delirs von großer Bedeutung (81). Wertvolle Hinweise liefern eine gründliche Anamnese,

Top 5 Wege für eine bessere Gesundheits- und Krankenpflege – Zusammenfassung der Empfehlungen und Hintergrundinformationen. www.gemeinsam-gut-entscheiden.at (Oktober 2023)



**Demenz oder Delir?
Das ist hier die Frage.**

körperliche Untersuchungen und das Wissen um die Ausgangssituation der betroffenen Person (76, 85). An- und Zugehörige können bei der Beurteilung des aktuellen geistigen Zustands wertvolle Unterstützung leisten (76).

Das frühzeitige Erkennen eines Delirs kann eine angemessene Behandlung beschleunigen und negative Folgen verringern (76).

Wertvolle Instrumente

Es gibt diverse Screening- oder Assessmentinstrumente, um Hinweise auf ein Delir zu konkretisieren. Sie sind für unterschiedliche Settings und Personengruppen geeignet (86).

Besonders häufig angewendet wird das Assessmentinstrument:

- CAM (Confusion Assessment Method) (86)

Beispiele für weitere Instrumente für das Screening oder Assessment eines Delirs (86):

- DRS (Delirium Rating Scale)
- DDS (Delirium Detection Score)
- DOSS (Delirium Observation Screening Scale)
- SQiD (Single Question in Delirium)
- NuDESC (Nursing Delirium Screening Scale) und
- 4A-Test

Für den Intensivstationsbereich:

- CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit)
- ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) (82, 86)

Für die Anwendung durch Pflegekräfte im Akut- und Langzeitpflegebereich entwickelt:

- RADAR (Recognizing Acute Delirium As a part of your Routine)

Diese Skala ist für Personen mit und ohne kognitive Einschränkungen geeignet. Sie ist während pflegerischer Routinetätigkeiten anwendbar und gilt als praktikabel und wenig zeitaufwändig (80).

Hintergrundinformation Demenz

Bei Demenzerkrankungen kommt es häufig zu einem fortschreitenden Absterben von Nervenzellen im zentralen Nervensystem. In Österreich sind derzeit Schätzungen zufolge etwa 19 von 1000 Personen an Demenz erkrankt (87).

Typisch für eine Demenz ist die Abnahme der geistigen Fähigkeiten. Zu den häufigsten Symptomen zählen Schwierigkeiten beim Erinnern und logischen Denken sowie Beeinträchtigungen der Orientierung, der Sprache und des Verhaltens (75). Das Bewusstsein ist meist lange Zeit intakt (75, 85).

Eine Demenz macht sich in der Regel schleichend bemerkbar, das heißt, sie tritt nicht akut auf und schreitet mit der Zeit voran. Meistens klagen nicht die an Demenz Erkrankten selbst über Gedächtnisverlust, sondern ihre An- und Zugehörigen berichten zuerst über die Symptome (75).

Es gibt verschiedene Arten von Demenz, etwa die Lewy-Body-Demenz oder die vaskuläre Demenz. Die häufigste Form ist die Demenz vom Alzheimer-Typ: ungefähr 60 bis 80 Prozent der Betroffenen bekommen diese Diagnose (75).

Hintergrundinformation Delir

Wie bei der Demenz ist auch beim Delir (oder Delirium) die Orientierung beeinträchtigt (81). Allerdings ist das Delir ein akuter Zustand, der mit einer schlechteren Aufmerksamkeitsfähigkeit und Bewusstseinsveränderungen einhergeht (81). Die Betroffenen können sich meist kaum konzentrieren und erinnern sich oft nicht an aktuelle Ereignisse (78).

Ein Delir entwickelt sich plötzlich, also binnen Stunden oder Tagen, und neigt im Tagesverlauf zu unterschiedlicher Ausprägung (81). Häufig kommt es zu einer Verschlechterung der Symptomatik in der Nacht (85), was aber nicht mit dem für eine Demenz typischen Phänomen des „Sundownings“ (Verhaltensänderungen am späteren Nachmittag und Abend) verwechselt werden sollte (81).

Die Ursachen für ein Delir sind vielfältig (76). Beispiele sind schwerwiegende medizinische Notfälle wie Infektionen (81), abnormer Blutzucker (76) oder Sauerstoffmangel (82). Weitere mögliche Auslöser sind Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus' oder beeinträchtigte Sinneswahrnehmungen (81).

Menschen über 65 haben das höchste Risiko, ein Delir zu entwickeln (78). Das Auftreten ist nicht an ein bestimmtes Setting gebunden: Ein Delir kann sowohl bei Patient*innen in Krankenhäusern und Bewohner*innen von Langzeitpflegeeinrichtungen auftreten als auch bei Personen, die selbstständig daheim leben (78).

Je nach Unruhe und Verwirrtheit lassen sich drei Ausprägungen unterscheiden (78):

- das hypoaktive oder stille Delir
- das hyperaktive Delir
- das Delir mit gemischten Verlaufsformen (82, 85, 88)

Auffällig ist das hyperaktive Delir: Hier kommt es neben der Verwirrtheit häufig auch zu Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Unruhe. Beim hypoaktiven Delir sind Bewusstseinsveränderungen und verlangsamte Bewegungen typisch (85).

Genau Angaben zur Häufigkeit der Delirformen sind schwierig: Das hypoaktive Delir wird vermutlich nicht immer erkannt (85). Die hyperaktive und die hypoaktive Form treten jeweils bei einem Viertel der Patient*innen auf, rund die Hälfte der Betroffenen entwickeln die Mischform (88).

Die Dauer eines Delirs reicht von wenigen Stunden bis hin zu Monaten (78). Manchmal zeigen die Betroffenen aggressive Verhaltensweisen, die zu Verletzungen führen können. Sie können beleidigende Dinge sagen und dazu neigen, wegzulaufen oder sich medizinische Zugänge zu entfernen (78).

Fazit

Verwirrt und daher dement – diese Schlussfolgerung stimmt nicht immer. Gehe bei älteren Erwachsenen nicht automatisch von einer Demenzdiagnose aus, wenn sich diese mit einem veränderten mentalen Status und/oder Verwirrungssymptomen vorstellen. Verwende ein kurzes, sensitives und validiertes Beurteilungsinstrument, um ein Delirium oder ein die Demenz überlagerndes Delirium festzustellen. Für die richtige Behandlung ist eine frühzeitige Einschätzung und Unterscheidung außerordentlich wichtig.

Das Projekt

Das fachliche Know-how der Expert*innen in der Praxis sowie die Pflegewissenschaft, die Gesundheitswissenschaften oder auch die Medizin befinden sich in ständigem Wandel. Mit jeder neuen wissenschaftlichen Studie wird das Wissen über Wirksamkeit und Sicherheit größer. Was vor einiger Zeit noch als Standard in Pflege und Medizin galt, erweist sich heute teils als verbesserungswürdig oder überflüssig.

Die wichtigsten einst etablierten, aber heute überholten Gesundheitsmaßnahmen tragen die jeweiligen Fachgesellschaften oder Gruppen von Expert*innen in Zusammenarbeit mit „gemeinsam gut entscheiden“ in kompakten Top-5-Listen zusammen. Sie richten sich an Patient*innen und ihre Familien, an medizinisches Personal und an alle, denen Gesundheit ein Anliegen ist. Gemeinsam können wir so eine bessere und sichere Versorgung in Österreichs Spitälern, Langzeitpflegeeinrichtungen und Arztpraxen mitgestalten – anhand des besten verfügbaren Wissens und der aktuellen Forschung.

Sie wollen mehr wissen?

Ausführliche Infos finden Sie hier: www.gemeinsam-gut-entscheiden.at

Medieninhaber*Innen

Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation

Universität für Weiterbildung Krems
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30, 3500 Krems
Phone: +43 2732 893 2930
E-Mail: office@gemeinsam-gut-entscheiden.at

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV)

Medizinische Universität Graz
Neue Stiftingtalstraße 6 – WEST,
Stiegenhaus P / 7. OG, 8010 Graz
Phone: +43 316 385 73555

Illustrationen: Wolfgang Glechner
www.wolfgang-glechner.com

Grafische Gestaltung: Jessica Gaspar

Druck: Gugler GmbH; A-3390 Melk/Donau

Stand: Juni 2023.

Alle Rechte vorbehalten.

Änderungen vorbehalten.



Gemeinsam gut entscheiden:
Eine Initiative von Gesundheitsdienstleister*innen
für Gesundheitsdienstleister*innen,
Patient*innen sowie An- und Zugehörige.
www.gemeinsam-gut-entscheiden.at

CHOOSING WISELY AUSTRIA

Eine Initiative von:
M Medizinische Universität Wien
Cochrane Österreich
Universität für Weiterbildung Krems

Unterstützt von:
Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
SV Bundesverband der Österreichischen Zahnärztinnen und Zahnärzte
ögv Österreichischer Gesundheitsverband Niederösterreich

Finanziert von:
Österreichische Gesundheitskasse
GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK
NOE GUS

Referenzen

1. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, et al. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep*. 2015;38(6):843-4.
2. Cirelli C, Benca R, Eichler AF. Insufficient sleep: Definition, epidemiology, and adverse outcomes 2023 [Available from: https://www.uptodate.com/contents/insufficient-sleep-definition-epidemiology-and-adverse-outcomes?search=Insufficient%20sleep:%20Definition,%20epidemiology,%20and%20adverse%20outcomes&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1]
3. Wesselius HM, van den Ende ES, Alisma J, Ter Maaten JC, Schuit SCE, Stassen PM, et al. Quality and Quantity of Sleep and Factors Associated With Sleep Disturbance in Hospitalized Patients. *JAMA Intern Med*. 2018;178(9):1201-8.
4. Auckley D, Ruth B, Eichler AF. UpToDate - Poor sleep and insomnia in hospitalized adults 2023 [Available from: https://www.uptodate.com/contents/poor-sleep-and-insomnia-in-hospitalized-adults?search=Poor%20sleep%20and%20insomnia%20in%20hospitalized%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1].
5. Hemmeter U-M, Thum A, Hemmeter-Spernal J. Sleep disorders in the elderly. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 2011;162(3):108-18.
6. Stewart NH, Walters RW, Mokhlesi B, Lauderdale DS, Arora VM. Sleep in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: an observational study. *J Clin Sleep Med*. 2020;16(10):1693-9.
7. American Academy of Nursing Community. *Sleep 2015* [Available from: <https://www.aannet.org/americanacademyofnursing/initiatives/choosing-wisely/sleep>]
8. Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y, et al. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(10):Cd008808.
9. Österreichische Gesellschaft für Schlafmedizin und Schlafforschung. Patienteninformationen [Available from: <https://schlafmedizin.at/de/patienteninformation/>].
10. Robinson CH, Albury C, McCartney D, Fletcher B, Roberts N, Jury I, et al. The relationship between duration and quality of sleep and upper respiratory tract infections: a systematic review. *Fam Pract*. 2021;38(6):802-10.
11. Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the Elderly: Cause, Approach, and Treatment. *The American Journal of Medicine*. 2006;119(6):463-9.
12. Fletcher K. Use of restraints in the elderly. *AACN Clin Issues*. 1996;7(4):611-35.
13. VertretungsNetz, Erwachsenenvertretung, Patientenrechtsanwaltschaft, Bewohnerververtretung. Jahresbericht 2020: Schlaffer P; 2021 [Available from: https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/2_SERVICE_Berichte/Jahresbericht_2020.pdf].
14. Abraham J, Hirt J, Richter C, Köpke S, Meyer G, Möhler R. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;8(8):Cd012476.
15. American Academy of Nursing. Don't use physical restraints with an older hospitalized patient 2015 [Available from: <https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AANNET/c8a8da9e-918c-4dae-b0c6-6d630c46007f/UploadedImages/docs/Choosing%20Wisely/template%20for%20evidence-physical%20restraints.pdf>].
16. Sze TW, Leng CY, Lin SK. The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. *JB Libr Syst Rev*. 2012;10(5):307-51.
17. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*. 2022;51(9).

18. Akademische Fachgesellschaft für Gerontologische Pflege. Gerontologische Pflege: smartermedicine-ChoosingWiselySwitzerland; 2019 [Available from: <https://www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/gerontologische-pflege>].
19. Evans LK, Cotter VT. Avoiding Restraints in Patients with Dementia: Understanding, prevention, and management are the keys. *AJN The American Journal of Nursing*. 2008;108(3):40-9.
20. Strumpf NE, Evans LK. Physical restraint of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses. *Nurs Res*. 1988;37(3):132-7.
21. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Milisen K. Reducing physical restraints by older adults in home care: development of an evidence-based guideline. *BMC Geriatrics*. 2020;20(1):169.
22. Ermler A, Schmitt-Mannhart R. Freiheit und Sicherheit. Richtlinien zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen.; 2017.
23. Medizinische Universität Graz, Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz. Evidenzbasierte Leitlinie. Sturzprävention bei älteren und alten Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen Graz2018 [Available from: https://pflgewissenschaft.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/pflgewissenschaft/pdf/EBN_Sturzleitlinie.pdf].
24. Mion LC, Fogel J, Sandhu S, Palmer RM, Minnick AF, Cranston T, et al. Outcomes Following Physical Restraint Reduction Programs in Two Acute Care Hospitals. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 2001;27(11):605-18.
25. Cospér P, Morelock V, Provine B. Please release me: restraint reduction initiative in a health care system. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(1):16-23.
26. Sullivan-Marx E, Strumpf N, Evans L, Capezuti E, Maislin G. Effects of an advanced practice nursing intervention with physical restraint use among hospitalized nursing home residents. *The Gerontologist*. 2003(43 (Special Issue I)).
27. Flaherty JH, Little MO. Matching the environment to patients with delirium: lessons learned from the delirium room, a restraint-free environment for older hospitalized adults with delirium. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59 Suppl 2:S295-300.
28. Registered Nurses' Association of Ontario. Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care (2nd ed.) 2016 [Available from: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-older-adults-delirium-dementia-and-depression>].
29. Oestergaard AS, Mathiesen MH, Karlsen A, Turtumøygård IF, Vahlgren J, Kjaer M, et al. In acutely admitted geriatric patients, offering increased physical activity during hospitalization decreases length of stay and can improve mobility. *Translational Sports Medicine*. 2018;1(1):46-53.
30. Lachance C, Wright MD. CADTH Rapid Response Reports. Avoidance of Physical Restraint Use among Hospitalized Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019.
31. Telenius EW, Engedal K, Bergland A. Physical performance and quality of life of nursing-home residents with mild and moderate dementia. *International journal of environmental research and public health*. 2013;10(12):6672-86.
32. English KL, Paddon-Jones D. Protecting muscle mass and function in older adults during bed rest. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2010;13(1):34-9.
33. Trappe TA, Burd NA, Louis ES, Lee GA, Trappe SW. Influence of concurrent exercise or nutrition countermeasures on thigh and calf muscle size and function during 60 days of bed rest in women. *Acta Physiol (Oxf)*. 2007;191(2):147-59.
34. Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, Paddon-Jones D, Ronsen O, Protas E, et al. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63(10):1076-81.

35. American Academy of Family Physicians Foundation. Don't let older adults lie in bed or only get up to a chair during their hospital stay. 2023 [Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/collections/choosing-wisely/219.html>].
36. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):451-8.
37. Institut für Pflegewissenschaft. Prävalenzerhebung zur Bettlägerigkeit und Ortsfixierung- eine Pilotstudie 2011 [Available from: https://static.uni-graz.at/fileadmin/Unikid-Unicare/Dokumente/Endbericht_Praevalenzerhebung_2011.pdf].
38. Choi NG, McDougall GJ. Comparison of depressive symptoms between homebound older adults and ambulatory older adults. *Aging & Mental Health.* 2007;11(3):310-22.
39. Schirghuber J, Schrems B. Ortsfixierung und Bettlägerigkeit im Kontext von Gebundenheit (boundedness). Die Entwicklung einer konzeptuellen Begriffsdefinition auf Grundlage einer integrativen Übersichtsarbeit. *Pflege.* 2018;31(2):87-99.
40. Rousseau P. Immobility in the aged. *Archives of family medicine.* 1993;2(2):169.
41. Pashikanti L, Von Ah D. Impact of early mobilization protocol on the medical-surgical inpatient population: an integrated review of literature. *Clin Nurse Spec.* 2012;26(2):87-94.
42. DNQP. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) : Abschlussbericht. „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ Aktualisierung 2020 [Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/20201119_Aktualisierung-Entwurf-Expertenstandard-ExMo.pdf].
43. Narsakka N, Suhonen R, Kielo-Viljamaa E, Stolt M. Physical, social, and symbolic environment related to physical activity of older individuals in long-term care: A mixed-method systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2022;135:104350.
44. Chahdi M, Muigg M, Nydahl P, Zegelin A. Klinikspaziergang: Maßnahmen zur Förderung der Mobilität. *Klinikspaziergang: Maßnahmen zur Förderung der Mobilität.* 2021;23(6):1-7.
45. Zegelin A. «Festgenagelt sein» – Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. *Pflege.* 2005;18(5):281-8.
46. Kricheldorf C, Hofmann W. Demenz im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.* 2013;46(3):196-7.
47. Lakey L. Counting the cost - Caring for people with dementia on hospital wards 2009 [Available from: https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/2018-05/Counting_the_cost_report.pdf].
48. Pinkert C, Holle B. Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.* 2012;45(8):728-34.
49. Alzheimer's-Research-UK. Cost of dementia for hospitals in England doubles in a decade 2020 [Available from: (<https://www.alzheimersresearchuk.org/cost-of-dementia-hospitals-england-doubles>).
50. Handley M, Bunn F, Goodman C. Dementia-friendly interventions to improve the care of people living with dementia admitted to hospitals: a realist review. *BMJ Open.* 2017;7(7):e015257.
51. Juraszovich B, Rappold E. Demenzkompetenz im Spital - Eine Orientierungshilfe: Gesundheit Österreich GmbH; 2017 [Available from: <https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/DemenzkompetentesKH-Orientierungshilfe.pdf>].
52. Røsvik J, Rokstad AMM. What are the needs of people with dementia in acute hospital settings, and what interventions are made to meet these needs? A systematic integrative review of the literature. *BMC Health Services Research.* 2020;20(1):723.

53. Höfler S, Bengough T, Winkler R, Griebler R. Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien 2015 [Available from: https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-09/Austrian%20dementia%20report%202014_9.pdf].
54. Elizabeth Capezuti PRNF, Michael L. Malone MD, Paul R. Katz MD, Mathy D. Mezey RNEF. The Encyclopedia of Elder Care : The Comprehensive Resource on Geriatric Health and Social Care. New York, NY: Springer Publishing Company; 2014.
55. Kolanowski A, Litaker M, Buettner L, Moeller J, Costa J, Paul T. A randomized clinical trial of theory-based activities for the behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society. 2011;59(6):1032-41.
56. Majic T, Pluta JP, Mell T, Decker A, Heinz A, Rapp MA. Prevalence of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Nursing Homes in Berlin. European Psychiatry. 2009;24(S1):1-.
57. Isfort M, Klostermann J, Gehlen D, Siegling B. Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip); 2014.
58. Choosing Wisely Switzerland. Gerontologische Pflege [Available from: <https://www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/gerontologische-pflege>].
59. Yevchak AM, Fick DM, Inouye SK, Foreman M. Delirium. In: Elizabeth Capezuti PRNF, Michael L. Malone MD, Paul R. Katz MD, Mathy D. Mezey RNEF, editors. The Encyclopedia of Elder Care : The Comprehensive Resource on Geriatric Health and Social Care. New York, NY: Springer Publishing Company; 2014.
60. Dyer SM, Harrison SL, Laver K, Whitehead C, Crotty M. An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. International psychogeriatrics. 2018;30(3):295-309.
61. Enns E, Rhemtulla R, Ewa V, Fruetel K, Holroyd-Leduc JM. A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults. J Am Geriatr Soc. 2014;62(3):541-5.
62. Kwok T, Bai X, Chui MY, Lai CK, Ho DW, Ho FK, et al. Effect of physical restraint reduction on older patients' hospital length of stay. J Am Med Dir Assoc. 2012;13(7):645-50.
63. American Academy of Family Physicians Foundation. Don't use physical or chemical restraints, outside of emergency situations, when caring for long-term care residents with dementia who display behavioral and psychological symptoms of distress; instead assess for unmet needs or environmental triggers and intervene using non-pharmacological approaches as the first approach to care whenever possible. 2023 [Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/collections/choosing-wisely/386.html>].
64. Smit D, de Lange J, Willemse B, Pot AM. Predictors of activity involvement in dementia care homes: a cross-sectional study. BMC Geriatrics. 2017;17(1):175.
65. Kovach CR, Logan BR, Noonan PE, Schlidt AM, Smerz J, Simpson M, et al. Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®. 2006;21(3):147-55.
66. Talerico K, Evans L, Crandell L. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. In: Capezuti E, Malone M, Mezey M, editors. The Encyclopedia of Elder Care : The Comprehensive Resource on Geriatric Health and Social Care. 3 ed. New York: Springer Publishing; 2014.
67. Rappold E, Pfabigan D. Demenzkompetenz im Pflegeheim - Eine Orientierungshilfe. Gesundheit Österreich: Gesundheit Österreich GmbH; 2020 [Available from: https://www.demenzstrategie.at/de/Umsetzung/ilmplld_115.htm].
68. GÖG. Gesundheit Österreich GmbH - Praxisbeispiele 2023 [Available from: <https://www.demenzstrategie.at/de/Materialien/Praxisbeispiele.htm>].

69. Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG) StF: BGBl. I Nr. 11/2004 (2023).
70. Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42(4):448-56.
71. Bürger C. Patientenrechte und freiheitsbeschränkende Maßnahmen: NÖ PPA; 2013 [Available from: https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Pflege/Patientenrechte_freiheitsbeschränkende_Massnahmen_Buerger_Expertenletter_Pflege.pdf].
72. Cypionka Th, Reiss M, Reitzinger St, Riedel M, Heimerl N. Volkswirtschaftliche Kosten von Demenz in Österreich. Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS); 2021.
73. Welz-Barth A, Stella S, Fügen I. Häufigkeit kognitiver Störungen in der Geriatrischen Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*. 2007;3(02):94-7.
74. WHO. Global action plan on the public health response to dementia: 2017 - 2025. 2017.
75. Larson EB. Evaluation of cognitive impairment and dementia: UpToDate; [Available from: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-cognitive-impairment-and-dementia?search=Evaluation%20of%20cognitive%20impairment%20and%20dementia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1].
76. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911-22.
77. Steis MR, Fick DM. Delirium superimposed on dementia: accuracy of nurse documentation. *J Gerontol Nurs*. 2012;38(1):32-42.
78. Francis J, Young B, Aminoff M, Schmader K, Walterding J. Patient education: Delirium (Beyond the Basics) 2023 [Available from: <https://www.uptodate.com/contents/delirium-beyond-the-basics#>].
79. Fick DM, Steis MR, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. *J Hosp Med*. 2013;8(9):500-5.
80. Voyer P, Champoux N, Desrosiers J, Landreville P, McCusker J, Monette J, et al. Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: a validation study. *BMC Nursing*. 2015;14(1):19.
81. Francis J, B Y, Aminoff M, Schmader K, J W. Diagnosis of delirium and confusional states [Available from: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states?search=delirium%20and%20acute%20confusional&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1].
82. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2023.
83. Heppner HJ, Zeeh J. Delir oder Demenz? *MMW - Fortschritte der Medizin*. 2018;160(14):43-7.
84. Shrestha P, Fick DM. Recognition of Delirium Superimposed on Dementia: Is There an Ideal Tool? *Geriatrics*. 2023;8(1):22.
85. Spies M, Frey R, Friedrich M-E, Kasper S, Baldinger-Melich P. Delir – ein evidenzbasierter Überblick. *Wiener klinische Wochenschrift Education*. 2019;14(1):1-17.
86. De J, Wand APF. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *The Gerontologist*. 2015;55(6):1079-99.
87. OECD (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing. Paris 2021 [Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/ae3016b9-en>].
88. Rabinowitz T. Delirium: an important (but often unrecognized) clinical syndrome. *Curr Psychiatry Rep*. 2002;4(3):202-8.