

2. Hintergrund

Kognitiven Beeinträchtigungen können verschiedene Krankheitsbilder zugrunde liegen, wie beispielsweise Syndrome wie Demenz oder Delir, hirnorganische Verletzungen (z.B. nach einem Schlaganfall) oder Erkrankungen wie Parkinson oder Multiple Sklerose (DIMDI, 2019). Auch erblich bedingten Erkrankungen, Unfallereignisse oder krankheitsbedingten Komplikationen können kognitive Beeinträchtigungen zur Folge haben. Bei einem Teil der in eine Klinik eingewiesenen Patient*innen liegt bereits bei der stationären Aufnahme eine kognitive Beeinträchtigung vor – unabhängig davon, ob die Patient*innen wegen dieser kognitiven Beeinträchtigung oder aus einem anderen Grund aufgenommen werden. Nicht zu vernachlässigen sind zudem depressive Störungen, die kognitive Beeinträchtigungen hervorrufen können. Studien zeigen, dass diese allgemein und insbesondere bei älteren Menschen nicht oder nur unzureichend diagnostiziert und behandelt werden. Hinzu kommen fehlerhafte Demenz-Diagnosen und eine insuffiziente Versorgung, die häufig durch Abgrenzungsschwierigkeiten im Rahmen der Differentialdiagnostik bedingt sind (vgl. Fiske et al., 2009).

Wie andere Akteure im Gesundheitswesen stehen auch Akutkrankenhäuser vor der Herausforderung, die Versorgung einer kontinuierlich steigenden Anzahl älterer Patient*innen, insbesondere solcher mit kognitiven Beeinträchtigungen, zu gewährleisten. So sind fast die Hälfte der Patient*innen in Krankenhäusern älter als 60 Jahre. Ca. 12 Prozent von ihnen sind von einer Demenzerkrankung betroffen (Dt. Alzheimer Gesellschaft, 2025). Der Krankenhaus-Report 2025 zeigt,

dass der Anteil von Patient*innen im Alter von 80 Jahren und älter, welche in den Krankenhäusern behandelt werden, sich seit 2005 bis heute fast verdoppelt hat (Klauber et al., 2025). Nach den neuesten Daten des Statistischen Bundesamtes betrafen im Jahr 2023 etwa 50,7 % aller stationären Krankenhaufälle Patienten im Alter von 65 Jahren oder älter, verglichen mit 49,0 % im Jahr 2021. Dies entspricht einem Anstieg der altersspezifischen Fallzahlen bei älteren Erwachsenen um 4,7 %, während die Krankenhausaufenthaltsraten bei den unter 65-Jährigen weitgehend stabil geblieben sind (Statistisches Bundesamt, 2023). Eine repräsentative Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in Krankenhäusern in Baden-Württemberg und Bayern (Schäufele/Bickel, 2016) sowie eine weitere Studie (Motzek et al., 2017) zeigte bereits vor Jahren, dass 40 % aller über 65-jährigen Patient*innen in Krankenhäusern kognitive Beeinträchtigungen und Demenzen aufweisen. Es ist daher anzunehmen, dass nahezu alle medizinischen Fachabteilungen zukünftig mit einer steigenden Anzahl von Patient*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen konfrontiert sein werden (Schütz/Füsigen, 2013).

Nicht nur für die Institution Krankenhaus und ihr Personal ergeben sich durch Patient*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen Herausforderungen. Vielmehr gestaltet sich der Krankenhausaufenthalt für diese Patient*innengruppe selbst oft risikoreich. So lassen sich bei Patient*innen mit kognitiver Beeinträchtigung eine erhöhte Rate sowie stärkere Symptomatik eines Delirs, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für weitere Komplikationen im Behandlungsverlauf sowie ein gesteigertes Sterberisiko während des Krankenhausaufenthalts feststellen (Fogg et al., 2018, S. 1184).

Neben gesundheitlichen Risiken zeichnen sich weitere Mehrbelastungen der betroffenen Patienten*innen ab. Konkrete Probleme der Krankenhausumgebung und der Rahmenbedingungen stellen fehlende Orientierungshilfen, Anpassungsfähigkeit erfordernde starre Zeitvorgaben sowie eine häufig von Hektik, Stress und Personalwechsel geprägte Atmosphäre dar (Kirchen Peters/Krupp, 2019, S. 291). Die Umgebung Krankenhaus kann, wenn nicht ausreichend an die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen angepasst, beispiels-

weise behaviorale und psychiatrische Symptome der Demenz (BPSD) wie Aggression, unruhiges Verhalten, Orientierungslosigkeit und Depressivität auslösen oder verstärken (Motzek et al., 2017, S. 47). Einer Befragung von Pflegepersonal durch den deutschen Ethikrat zufolge, finden freiheitsentziehende Maßnahmen in erster Linie bei Menschen mit einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung, Menschen nach einem Schlaganfall und Menschen mit erhöhtem Sturzrisiko, Anwendung (Deutscher-Ethikrat, 2019, S. 6f.).

Besonders im Krankenhaus treten bei Menschen, welche an Demenz erkrankt sind oder von kognitiven Einschränkungen anderer Art betroffen sind, häufig sogenannte »herausfordernde Verhaltensweisen« auf (Riedel/Linde, 2018, S. 139). So zeigen nahezu 80 % der Menschen mit Demenz während ihres Krankenhausaufenthalts sogenanntes »herausforderndes Verhalten« (Robert Bosch Stiftung, 2016, S. 5). Riedel und Linde zufolge sind diese als herausfordernd bezeichneten Verhaltensweisen als »Reaktion auf eine Umgebung, die wenig Sinn und Ausdruck der eigenen Identität zulässt« zu verstehen (2016, S. 4). Wie der Krankenhaus-Report 2025 darlegt, zeigen sich verschiedenste kognitive Beeinträchtigungen im Rahmen einer Demenz in Form von »Auswirkungen auf Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache, Auffassungsgabe, Denkvermögen und Orientierungssinn« (Klauber et al., 2025, S. 110). Bereits in früheren Studien zur Versorgungssituation von kognitiv beeinträchtigten Patient*innen im Krankenhaus zeigten sich die folgenden fünf Verhaltensweisen, welche eine große Herausforderung im Stationsalltag darstellen:

- Verirren auf Station oder im Krankenhaus
 - Aggressives Verhalten gegenüber dem Personal
 - Nächtliche Unruhe
 - Verlieren und Verlegen von Patienteneigentum
 - Nahrungsverweigerung
- (Schütz/Füsgen 2013, S. 206).

Unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt äußert sich eine Desorientierung aufgrund einer Demenz in alltäglichen Dingen. Wie bei-

spielsweise das nicht mehr Erkennen und Beherrschen von Vertrautem (wie gewohnte Wege zum Einkaufen gehen, Tätigkeiten wie Zähneputzen). So können sonst gewohnte Situationen schnell zu Überforderung und Stress führen (Alzheimer Forschung, 2025). Umso schwieriger wird es für betroffene Patient*innen während eines Krankenhausaufenthaltes. In der fremden Umgebung mit ungewohnten Tagesstrukturen sind Patient*innen oftmals nicht nur desorientiert, sondern verspüren auch Ängste (Motzek et al., 2015). Es ist zu beobachten, dass besonders ältere Menschen im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes »[...] durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen in 10–25 % der Fälle Verwirrtheitsphasen [...]« erleiden (Schütz/Füsgen, 2013). Wenn Patient*innen im Krankenhaus regelmäßig Angst und Unsicherheit erleben, äußert sich das allerdings nicht nur in Begriffen der »Symptomatik«, sondern verdeutlicht auch, dass die Realisierung von Aspekten des guten Lebens (Nussbaum) auch mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit deutlich erschwert ist. Krankenhäuser als »in hohem Maße rational organisierte und auf Effizienz hin ausgerichtete Institutionen« (Klie 2019, S. 350) setzen die Fähigkeit und die Bereitschaft von Patient*innen voraus, sich den Tagesabläufen anzupassen und bei therapeutischen Maßnahmen aktiv mitzuwirken (ebd., S. 351). Das können Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, beispielsweise durch Demenz, nicht in vollem Umfang leisten. »Die Fortsetzung ihrer Lebensgewohnheiten, der Erhalt der Identität und die Führung eines autonomen Lebens« (Müller et al., 2016, S. 6) sind auch für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zentrale Bedürfnisse, in die eine Krankenhauseinweisung meist massiv eingreift. Ein Krankenhausaufenthalt stellt für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen allgemein häufig Kontrollverlust, Überforderung mit der neuen Pflegesituation und der ungewohnten Umgebung dar (vgl. Riedel und Linde 2016, S. 4). Doch nicht nur die Patient*innengruppen im Krankenhaus verändern sich. Die kontinuierlich wachsenden technischen und digitalen Möglichkeiten im Krankenhaus bieten auch ein Potenzial zur Unterstützung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Eine ursprünglich für den Altenpflegebereich entwickelte Technologie zur Unterstützung in der Versorgung und Betreuung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen stellt

Qwiek.up (Qwiek.up, 2023) dar. Dieses audiovisuelle Projektionssystem wurde in einer vom Pflegepraxiszentrum Freiburg durchgeführten umfangreichen Studie im Einsatz am Universitätsklinikum Freiburg (UKF) untersucht. Im Fokus standen sowohl der mögliche Benefit für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und für betreuende Personen als auch die Praktikabilität des AVP im Akutkrankenhaus sowie die möglichen ethischen Implikationen. In Kapitel 3 wird die Technologie näher erläutert.

Das **PPZ Freiburg** ist Teil des vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR – ehemals BMBF) geförderten Clusters Zukunft der Pflege. Die vorliegende Studie entstand im Rahmen der ersten Förderphase (2018–2024), in der das PPZ Freiburg die Erprobung, Implementierung und Evaluierung innovativer Pflegetechnologien in der Akutversorgung fokussierte.

Zentrale Schwerpunkte der ersten Phase:

- Betreuung und Aktivierung kognitiv beeinträchtigter Patient*innen
- Dekubitusprophylaxe und Mobilitätsmanagement
- Lärmmanagement auf Intensivstationen
- Aus- und Weiterbildung sowie ethische, soziale und rechtliche Aspekte (ELSA)

Das Projektkonsortium vereint Expertise aus Wissenschaft und Praxis. In der genannten Förderphase bestand es aus:

- Dem Universitätsklinikum Freiburg,
- der Universität Freiburg (Institut für Pflegewissenschaft),
- der Hochschule Furtwangen (Institut Mensch, Technik und Teilhabe – IMTT)
- und der AGP Sozialforschung, FIVE e.V. an der Evangelischen Hochschule Freiburg.

Seit Juni 2024 setzt das PPZ Freiburg seine Arbeit im Rahmen einer fünfjährigen Anschlussförderung durch das BMFTR fort.