

# BARMHERZIGE BRÜDER

## ETHIKBERATUNG

DEMENZFREUNDLICHES  
KRANKENHAUS  
GESAMTKONZEPT



JUNI 2016  
PRIV.-DOZ. DR. JÜRGEN WALLNER, MBA  
[www.bbethik.at](http://www.bbethik.at)



BARMHERZIGE BRÜDER  
KRANKENHAUS WIEN

# INHALT

<b>1</b>	<b>LEITFADEN .....</b>	<b>3</b>
1.1	An wen sich dieses Konzept richtet.....	3
1.2	Warum Demenz für uns relevant ist.....	3
1.3	Worauf wir abzielen sollten.....	4
1.4	Wo wir ansetzen müssen.....	6
1.5	Empfehlungen.....	6
1.5.1	Zum Ansatzpunkt „Personal“.....	7
1.5.2	Zum Ansatzpunkt „Partner“.....	7
1.5.3	Zum Ansatzpunkt „Diagnostik“.....	7
1.5.4	Zum Ansatzpunkt „Versorgung“.....	8
1.5.5	Zum Ansatzpunkt „Umwelt“.....	9
<b>2</b>	<b>KRITERIEN FÜR EIN DEMENTZFREUNDLICHES KRANKENHAUS.....</b>	<b>10</b>
2.1	Die SPACE-Systematik der Demenzfreundlichkeit.....	10
2.2	Kriterien der SPACE-Domänen.....	11
2.2.1	Kriterien der Domäne „Personal“ .....	11
2.2.1.1	Fortbildung/Weiterbildung.....	11
2.2.1.2	Schutz und Sicherheit.....	11
2.2.1.3	Ressourcen (Personalbedarf, Qualifikation).....	12
2.2.1.4	Verantwortungs- und Berichts-Strukturen.....	12
2.2.2	Kriterien für die Domäne „Partner“ .....	12
2.2.2.1	Angehörigenarbeit.....	12
2.2.2.2	Entlassungsmanagement/Überleitungspflege.....	12
2.2.2.3	Ehrenamtlichenarbeit.....	12
2.2.2.4	Zusammenarbeit mit Pflegeheimen, Hausärzten.....	13
2.2.2.5	Informationsweitergabe über demenzbedingtes Patienten- Verhalten .....	13
2.2.2.6	Informationsweitergabe über Stationsabläufe und Behandlungsplan.....	13
2.2.3	Kriterien der Domäne „Diagnostik“.....	13
2.2.3.1	Diagnostik und Differentialdiagnostik.....	13
2.2.3.2	Multiprofessionelle Anamnese.....	13
2.2.4	Kriterien der Domäne „Versorgung“ .....	14
2.2.4.1	Berücksichtigung der Demenz in Behandlungsplänen und - abläufen.....	14
2.2.4.2	Standards für Ernährung bei Demenz.....	14
2.2.4.3	Standards für Umgang mit herausforderndem Verhalten.....	14

2.2.4.4	Standards für freiheitsbeschränkende Maßnahmen .....	14
2.2.4.5	Verlegungspraxis.....	14
2.2.5	Kriterien der Domäne „Umwelt“ .....	14
2.2.5.1	Orientierung.....	14
2.2.5.2	Soziale Interaktion fördern .....	15
2.2.5.3	Innenraumgestaltung und Lichtverhältnisse.....	15
2.2.5.4	Mobilität.....	15
2.2.5.5	Rahmenbedingungen für Hygiene.....	15
2.2.5.6	Lautstärke und Geräusche.....	16
2.2.5.7	Essen und Trinken.....	16
<b>3</b>	<b>STEUERUNGSMECHANISMUS: „DEMENTIA GOVERNANCE“ .....</b>	<b>17</b>
3.1	Governance-Methodik.....	17
3.2	Strategische Verankerung .....	18
3.3	Indikatoren, Kennzahlen, Ziele.....	19
3.3.1	Indikatoren.....	19
3.3.2	Kennzahlen .....	19
3.3.3	Ziele .....	19
3.4	Strukturen.....	20
3.4.1	Krankenhausleitung.....	20
3.4.2	Kompetenzteam Demenz.....	20
3.4.3	Akteure vor Ort.....	21
3.5	Monitoring .....	22
3.5.1	Internes Monitoring.....	22
3.5.2	Externes Audit.....	22
3.5.3	Reporting.....	22

## 1 LEITFADEN

Das vorliegende Gesamtkonzept für ein „Demenzfreundliches Krankenhaus“ basiert auf dem Bericht „Demenz und ihre ethischen Implikationen für die Einrichtungen der Barmherzigen Brüder Österreich“, der am 11. November 2015 von der Provinzethikkommission verabschiedet und an die Provinzleitung übergeben wurde.

### 1.1 AN WEN SICH DIESES KONZEPT RICHTET

Das vorliegende Gesamtkonzept für ein „Demenzfreundliches Krankenhaus“ richtet sich in erster Linie an **die obersten Verantwortungs- und Entscheidungsträger des Krankenhauses**: an den Prior und Rechtsträgervertreter, den Gesamtleiter und die Kollegiale Führung. Diese Gruppe ist der erste Ansprechpartner für das Thema „Demenz“ im Akutkrankenhaus, weil es sich um eine grundlegende und weitreichende Frage handelt, die sich durch viele Aspekte der Einrichtung für die nächsten Jahre hindurchzieht. Solche zentralen Fragen sind auf oberster Ebene angesiedelt.

Das vorliegende Konzept richtet sich zweitens an **die Führungskräfte aller Berufsgruppen**: Sie haben mit ihren Teams regelmäßig direkt oder indirekt mit Patienten mit Demenz zu tun. Eine fachlich und menschlich gute Sorge um diese Menschen ist nur dann möglich, wenn die besonderen Bedürfnisse, die Menschen mit Demenz haben, erkannt und ernst genommen werden. Eine professionelle Auseinandersetzung mit diesem Thema – getragen durch die Krankenhausleitung – hilft nicht nur den Patienten und ihren Angehörigen, sondern auch den Mitarbeitern des Krankenhauses. Deshalb sollte es im eigenen Interesse aller Betroffenen sein, dass das Krankenhaus demenzfreundlicher wird.

### 1.2 WARUM DEMENZ FÜR UNS RELEVANT IST

Das Thema „Demenz“ hat für das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien hohe Relevanz, und zwar aus zwei Gründen:

1. Die Sorge um Menschen mit Demenz ist eng mit **Auftrag und ethischer Grundüberzeugung der Barmherzigen Brüder** verknüpft. Es handelt sich um eine Personengruppe, die aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen in einer Welt, die sehr stark auf kognitive Fähigkeiten aufbaut, besonders verletzlich sind. Solche Menschen mit besonderen Bedürfnissen stehen im Zentrum des Auftrags Johannes' von Gott.

2. Die Sorge um Menschen mit Demenz ist darüber hinaus **eine ethisch relevante Frage der Klugheit**. Die Anzahl von Menschen mit Demenz wird zunehmen; bereits heute sind zahlreiche Patienten unseres Krankenhauses von Demenz betroffen. Diesen Umstand zu ignorieren, würde bedeuten, dass Chancen verpasst werden: sowohl für die betroffenen Menschen mit Demenz als auch für die Mitarbeiter, die sich um sie kümmern.

### 1.3 WORAUF WIR ABZIELEN SOLLTEN

Eine verantwortungsbewusste Sorge um Menschen mit Demenz in unserem Krankenhaus ist ein komplexes Unterfangen und braucht einen langen Atem, denn:

1. **Es geht nicht um die Behandlung von Demenz, sondern um die Sorge um Menschen mit Demenz**, wenn sie in unserem Krankenhaus sind. Patienten mit Demenz, die bei uns behandelt werden, haben andere Bedürfnisse als Patienten ohne Demenz. Diesem Unterschied sollten wir gerecht werden – sowohl um der Patienten willen, als auch um derer, die sich um sie kümmern.
2. Die Sorge um Menschen mit Demenz erfordert ein **langfristiges Programm**, nicht bloß singuläre Aktionen. Wer die Sorge um Menschen mit Demenz in unserem Krankenhaus ernst nimmt, der muss sich um viele verschiedene Aspekte unseres Krankenhausalltags kümmern: von der medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Versorgung, über administrative Abläufe, Kompetenzen der Mitarbeiter, bis hin zu baulichen Rahmenbedingungen.

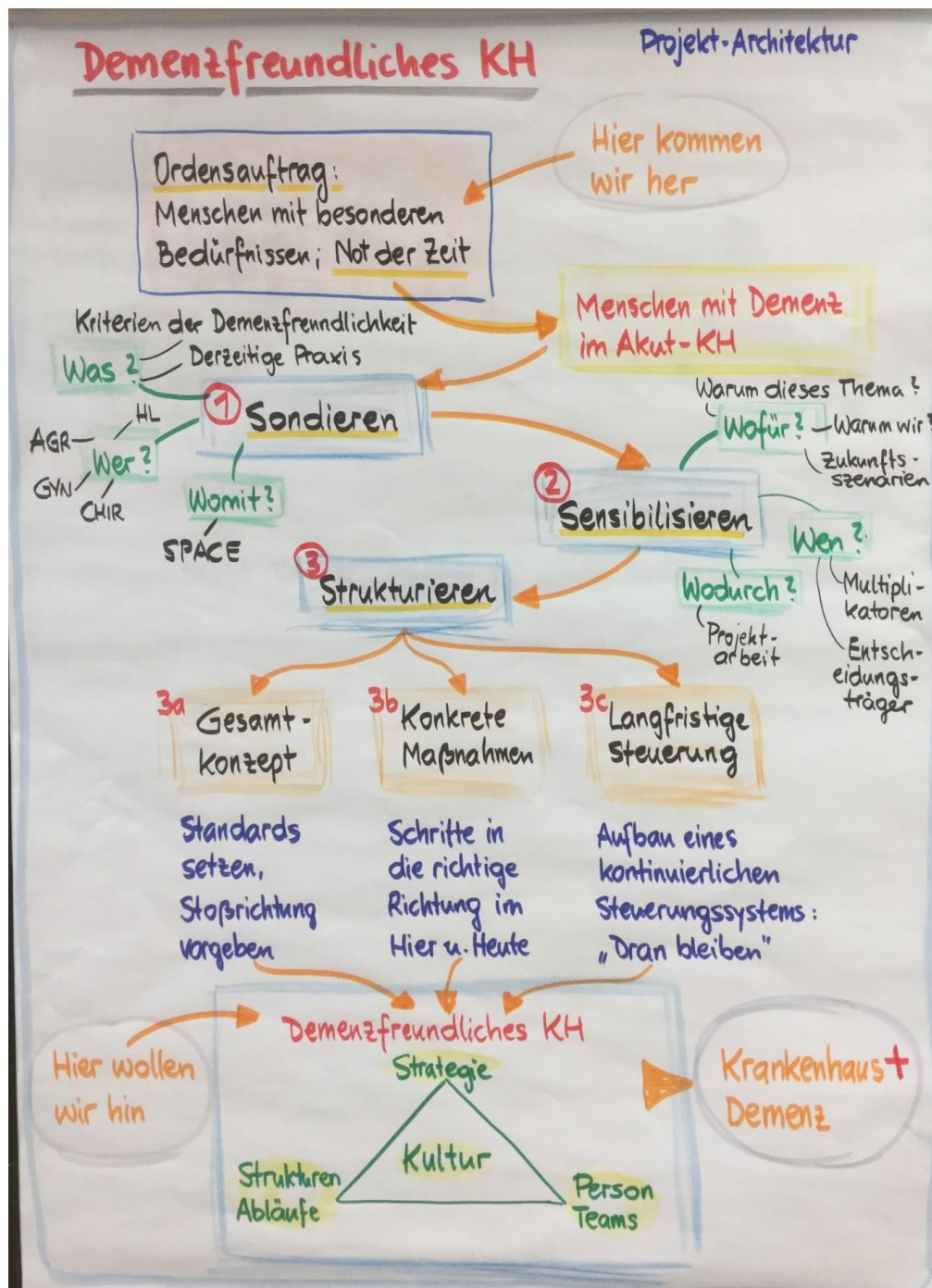
Insgesamt geht es also darum, dass unser Krankenhaus durch eine **demenzfreundliche Kultur** geprägt ist, d.h. dass Menschen mit Demenz bei uns jene Gastfreundschaft erfahren, die auf ihre kognitiven Einschränkungen Rücksicht nimmt. Eine solche Haltung kann sich nicht in moralischen Appellen erschöpfen. Eine demenzfreundliche Kultur im Sinne der Hospitalität drückt sich vielmehr in folgenden Aspekten aus:

1. Das Ziel der Demenzfreundlichkeit ist in der **Strategie** des Krankenhauses verankert. Es existiert ein dementsprechendes **Programm**, welches langfristig und kontinuierlich daran arbeitet, das strategische Ziel der Demenzfreundlichkeit zu verfolgen.
2. **Personen und Teams** werden dazu befähigt und dabei unterstützt, sich gut um Menschen mit Demenz kümmern zu können. Dies spiegelt sich im Kompetenzauf-

bau durch Aus-, Fort- und Weiterbildungen, aber z.B. auch in einer professionellen Ehrenamtlichen- und Angehörigenarbeit wider.

3. Die **Strukturen und Abläufe** in unserem Krankenhaus sind so gestaltet, dass besondere Bedürfnisse von Menschen mit Demenz erkannt und berücksichtigt werden. Dies erfordert ein Überdenken bestehender Organisationsformen: von Arbeitsabläufen bis hin zu baulichen Maßnahmen.

Dieser Herangehensweise spiegelt sich auch in der Projekt-Architektur wieder:





## 1.4 WO WIR ANSETZEN MÜSSEN

Die Arbeit an einer demenzfreundlichen Kultur in unserem Krankenhaus muss an folgenden Punkten ansetzen:

1. **Personal.** Eine gute Sorge um Menschen mit Demenz braucht Personal, welches dafür gut ausgebildet ist, das effektiv eingesetzt wird und dessen qualitative und quantitative Ausstattung eine professionelle Arbeit ermöglicht.
2. **Partner.** Eine gute Sorge um Menschen mit Demenz benötigt eine hochwertige Kooperation unterschiedlicher Akteure (Angehörige, Berufsgruppen, Fachrichtungen, Selbsthilfegruppen, Ehrenamtliche) und unterschiedlicher Einrichtungen (Mobile Dienste, Hausärzte, Pflegeheime, Akutkrankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen).
3. **Diagnostik.** Eine gute Sorge um Menschen mit Demenz setzt voraus, dass eine sorgfältige Diagnostik in Hinblick auf kognitive Einschränkungen durchgeführt wird. Nur so können besondere Bedürfnisse von Menschen mit Demenz erkannt werden.
4. **Versorgung.** Eine gute Sorge um Menschen mit Demenz berücksichtigt fachliche Standards für die medizinische, pflegerische, therapeutische und psychosoziale sowie spirituelle Betreuung dieser Menschen: Wo Demenz einen Unterschied in der Versorgung macht, sollte darauf eingegangen werden.
5. **Umwelt.** Eine gute Sorge um Menschen mit Demenz kümmert sich um die Umweltfaktoren, die auf diese Menschen einwirken: Architektur, Innenraumgestaltung, Orientierungssysteme, Licht- und Geräuschverhältnisse usw. können die Symptome einer Demenz lindern, aber auch verstärken.

Für jeden dieser Ansatzpunkte existieren bereits international **erprobte Kriterien der Demenzfreundlichkeit**. Diese Kriterien bilden die Grundlage, damit sich in unserem Krankenhaus langfristig und nachhaltig eine demenzfreundliche Kultur ausbildet. Zu diesen Kriterien wurden in etlichen Initiativen in der Provinz bereits hilfreiche Ressourcen gesammelt und teilweise ausprobiert.

## 1.5 EMPFEHLUNGEN

Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Schilderungen ergeben sich folgende Empfehlungen entlang der fünf Ansatzpunkt „Personal“, „Partner“, „Diagnostik“, „Versorgung“ und „Umwelt“.

### 1.5.1 ZUM ANSATZPUNKT „PERSONAL“

Nr.	Empfehlung	Zielsetzung
1	<b>KOMPETENZTEAM DEMENZ</b> Im Krankenhaus soll ein multiprofessionelles „Kompetenzteam Demenz“ bestehen. Die Mitglieder dieses Teams verfügen über weiterführende Qualifikationen für die spezielle Betreuung von Menschen mit Demenz (inkl. Schutz und Sicherheit für das Personal) und werden bei diesem Kompetenzaufbau von der Einrichtung unterstützt.	Das Kompetenzteam verfügt über die fachliche Expertise, um die Entwicklung zur demenzfreundlichen Kultur weiter voranzubringen.
2	<b>SENSIBILISIERUNG ALLER MITARBEITER</b> Im Krankenhaus sollen regelmäßig Veranstaltungen für die Sensibilisierung aller Mitarbeiter für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz abgehalten werden. Diese Veranstaltungen vermitteln ein Basiswissen von Demenz sowie praktische Verhaltensweisen für den Umgang mit Menschen mit Demenz.	Jeder Mitarbeiter im Krankenhaus hat ein grundlegendes Verständnis von Demenz und weiß um den Umgang mit Menschen mit Demenz.

### 1.5.2 ZUM ANSATZPUNKT „PARTNER“

Nr.	Empfehlung	Zielsetzung
3	<b>ANGEHÖRIGENARBEIT</b> Es sollen Informations- und Unterstützungsangebote für Angehörige von Patienten bzw. Bewohnern mit Demenz entwickelt werden. Angehörige sind ein wichtiger Partner für die professionell Sorgenden und sollen daher umgekehrt in die Abläufe eingebunden werden.	Angehörige von Patienten bzw. Bewohnern mit Demenz finden eine adäquate Unterstützung und unterstützen umgekehrt die Mitarbeiter des Krankenhauses.
4	<b>EHRENAMTLICHENARBEIT</b> Die Einbindung von Ehrenamtlichen in unserem Krankenhaus soll auf eine professionelle Basis gestellt werden. Dies erfordert ein zeitgemäßes Management von Ehrenamtlichen, deren Unterstützung gerade in der Sorge um Menschen mit Demenz besondere Bedeutung hat.	Die Sorge um Menschen mit Demenz wird durch professionell eingebundene Ehrenamtliche unterstützt.

### 1.5.3 ZUM ANSATZPUNKT „DIAGNOSTIK“

Nr.	Empfehlung	Zielsetzung
5	<b>DIAGNOSE-ERFASSUNG</b> Die Diagnose einer festgestellten Demenz soll in jedem Fall gemäß ICD codiert werden. Eine realistische Erfassung der	Eine flächendeckende Erfassung der Demenz-Diagnosen verhindert ein „under-



	Demenzdiagnosen in unserem Krankenhaus ist eine Voraussetzung für weitere Steuerungsmaßnahmen.	reporting“ und verbessert dadurch die Steuerungsmöglichkeiten.
6	<b>VORAUSSPLANUNG FÜR BETROFFENE</b> Menschen mit einer beginnenden Demenz bzw. ihre Angehörigen sollen bei einer Vorausplanung für medizinische, pflegerische und psychosoziale Entscheidungen proaktiv unterstützt werden („Advance Care Planning“).	Menschen mit Demenz werden proaktiv durch Advance Care Planning unterstützt.

#### 1.5.4 ZUM ANSATZPUNKT „VERSORGUNG“

Nr.	Empfehlung	Zielsetzung
7	<b>DEMENTZFREUNDLICHE ABLÄUFE</b> Die klinischen Abläufe im Krankenhaus sollen dahingehend gestaltet sein, dass sie auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz Rücksicht nehmen. Dazu zählen u.a. die Tagesabläufe auf der Station und das Terminmanagement für Untersuchungen und Operationen.	Die Abläufe im Krankenhaus sind patienten-orientiert und nehmen dabei auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz Rücksicht.
8	<b>ERNÄHRUNG BEI MENSCHEN MIT DEMENZ</b> Ernährungsangebote sollen so gestaltet sein, dass sie Menschen mit Demenz zur Nahrungsaufnahme anregen; bei fortgeschrittener Demenz soll auf eine PEG-Sonde verzichtet werden, wenn ihre Indikation im konkreten Fall nicht hinreichend begründet ist.	Auf die besonderen Ernährungsbedürfnisse von Menschen mit Demenz wird eingegangen.
9	<b>HINTANHALTEN VON FREIHEITSBESCHRÄNKUNGEN</b> Freiheitsbeschränkungen von Menschen mit Demenz sollen durch adäquate Ressourcenausstattung und fachliche Kompetenz minimiert werden. Dadurch wird die Würde von Menschen mit Demenz gewahrt und die Belastung für Mitarbeiter gesenkt.	Menschen mit Demenz und Mitarbeiter fühlen sich möglichst frei und sicher.
10	<b>MINIMIERUNG DES RISIKOS DURCH POLYPHARMAZIE</b> Die Risiken von Polypharmazie für Menschen mit Demenz sollen durch eine systematische, technik-unterstützte Schulung und Beratung minimiert werden.	Menschen mit Demenz werden möglichst wenig iatrogenen Belastungen durch Medikamente ausgesetzt.
11	<b>SEELSORGE FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ</b> Die Seelsorge-Angebote sollen auf Menschen mit Demenz besonders eingehen. Mittlerweile gibt es gute Praxisbeispiele, wie Pastoral (v.a. Gottesdienste) speziell für Menschen mit Demenz gestaltet werden kann.	Menschen mit Demenz wird auch auf spiritueller Ebene adäquat begegnet.

## 1.5.5 ZUM ANSATZPUNKT „UMWELT“

Nr.	Empfehlung	Zielsetzung
12	<b>STRATEGISCHE VERANKERUNG</b> Das Ziel „Demenzfreundliche Kultur“ soll in der Strategie des Krankenhauses verankert sein.	Das Thema „Demenz“ hat für das Krankenhaus eine strategische Relevanz.
13	<b>STEUERUNGSSYSTEM</b> Auf Ebene der Gesamtleitung und Kollegialen Führung soll ein Steuerungssystem eingerichtet sein, welches die Berücksichtigung der Kriterien für eine demenzfreundliche Kultur überwacht („Dementia Governance“). Dadurch wird sichergestellt, dass bei den Managemententscheidungen die Demenzfreundlichkeit systematisch berücksichtigt wird.	Die Kriterien der Demenzfreundlichkeit werden in Management-Entscheidungen systematisch berücksichtigt.
14	<b>DEMENTZFREUNDLICHE UMWELTGESTALTUNG</b> In Masterplanungen, Bauprojekten, Reorganisationsvorhaben, Innenraumgestaltungen soll systematisch auf Standards einer demenzfreundlichen Umweltgestaltung Rücksicht genommen werden. Durch diese Umweltgestaltung kann die Belastung für Menschen mit Demenz gesenkt und die Sorge für sie erleichtert werden.	Menschen mit Demenz finden in unserem Krankenhaus eine für sie förderliche Umgebung.

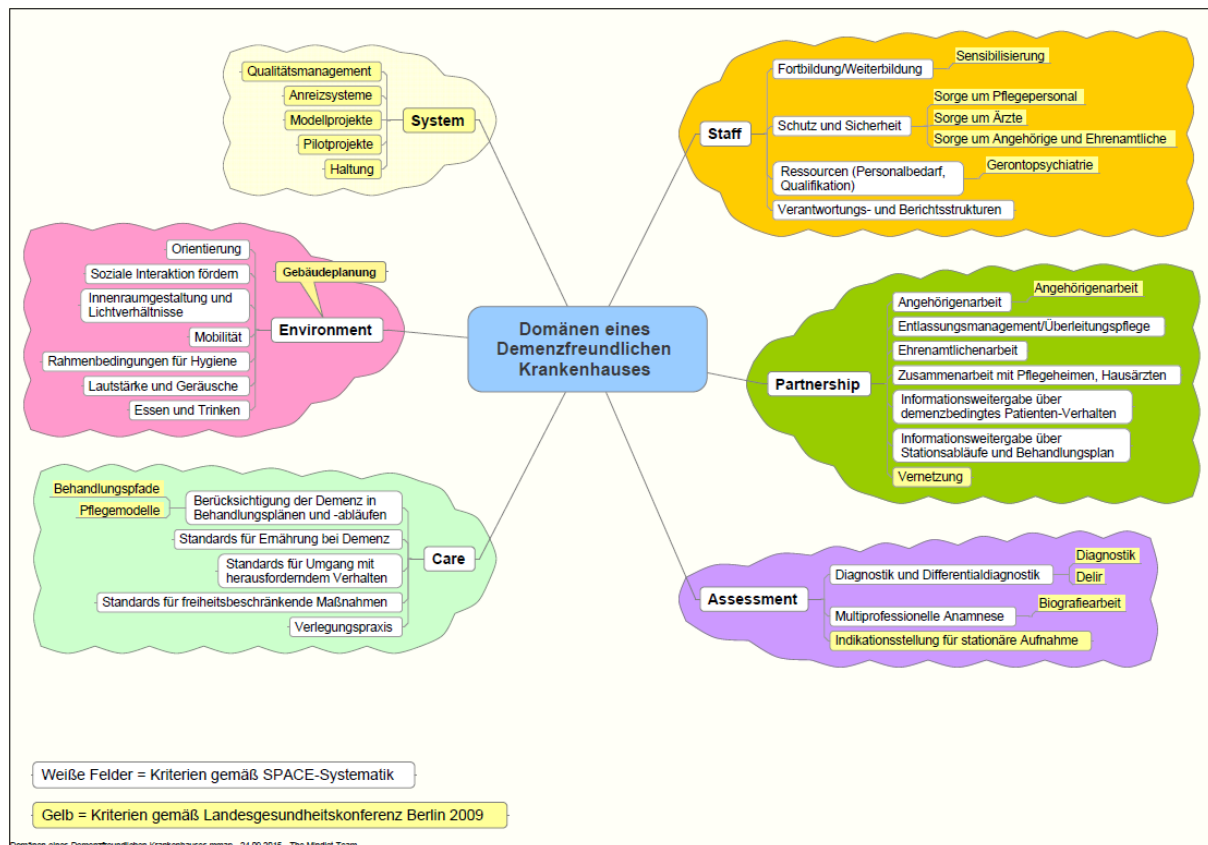
## 2 KRITERIEN FÜR EIN DEMENTZFREUNDLICHES KRANKENHAUS

Für eine systematische Auseinandersetzung mit der Demenzfreundlichkeit des Krankenhauses wird die in England entwickelte SPACE-Systematik herangezogen. Diese Systematik enthält Kriterien der Demenzfreundlichkeit entlang von fünf Domänen: Staff (Personal), Partnership (Partner), Assessment (Diagnostik), Care (Versorgung), Environment (Umwelt).

### 2.1 DIE SPACE-SYSTEMATIK DER DEMENTZFREUNDLICHKEIT

Englischer Titel	Beschreibung
<b>STAFF WHO ARE SKILLED AND HAVE TIME TO CARE ("PERSONAL")</b>	Das „Staff“-Prinzip weist darauf hin, dass es für eine gute Sorge um Menschen mit Demenz Personal braucht, welches dafür gut ausgebildet ist, das effektiv eingesetzt wird und dessen quantitative und qualitative Ausstattung eine professionelle Arbeit ermöglicht.
<b>PARTNERSHIP WORKING WITH CARERS ("PARTNER")</b>	Das „Partner“-Prinzip macht deutlich, dass eine gute Sorge um Menschen mit Demenz eine hochwertige Kooperation unterschiedlicher Akteure (Angehörige, Berufsgruppen, Fachrichtungen, Selbsthilfegruppen, Ehrenamtliche) und Einrichtungen (Mobile Dienste, Hausärzte, Pflegeheime, Akutkrankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) benötigt.
<b>ASSESSMENT AND EARLY IDENTIFICATION OF DEMENTIA ("DIAGNOSTIK")</b>	Das „Assessment“-Prinzip weist darauf hin, dass eine gute Betreuung von Menschen mit Demenz eine sorgfältige Diagnostik (inkl. Differenzialdiagnostik zu anderen kognitiven Einschränkungen) voraussetzt. Dazu zählen auch Standards, wie bei einer diagnostizierten Demenz oder bei einer anderen kognitiven Einschränkung (z.B. Delir) weiter vorzugehen ist.
<b>CARE PLANS WHICH ARE INDIVIDUALIZED AND PERSON CENTERED ("VERSORGUNG")</b>	Das „Care“-Prinzip adressiert die Notwendigkeit von fachlichen Standards für die medizinische, pflegerische, therapeutische und psychosoziale Betreuung von Menschen mit Demenz. Behandlungsabläufe im Krankenhaus sind daraufhin zu überprüfen, inwieweit sie Patienten mit Demenz gerecht werden.
<b>ENVIRONMENTS THAT ARE DEMENTIA FRIENDLY ("UMWELT")</b>	Das „Environment“-Prinzip betrifft alle Umweltfaktoren, die in einer Gesundheitseinrichtung auf Menschen mit Demenz einwirken und dabei ihr Demenzleiden verstärken können (z.B. Innenraumgestaltung, Zeitabläufe, Licht- und Geräuschverhältnisse, Orientierung im Haus).

## 2.2 KRITERIEN DER SPACE-DOMÄNEN



### 2.2.1 KRITERIEN DER DOMÄNE „PERSONAL“

#### 2.2.1.1 FORTBILDUNG/WEITERBILDUNG

1	Die MA sind hinsichtlich der Pathologie von Demenz geschult.
2	Die MA sind hinsichtlich der Diagnostik von Demenz geschult.
3	Die MA sind hinsichtlich der Medikation von Demenz geschult.
4	Die MA sind hinsichtlich der pflegerischen Betreuung von Demenzpatienten (Validation, basale Stimulation, Ernährung usw.) geschult.
5	Die MA sind hinsichtlich des Vorgehens bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Heim-AufG) geschult.
6	Die MA sind hinsichtlich der rechtlichen Bewertung und Konsequenzen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit von Demenzpatienten kundig.
7	Es gibt hausinterne Fortbildungsangebote zum Umgang mit Demenzpatienten.
8	Es gibt hausinterne Informations- bzw. Sensibilisierungsangebote für alle MA.

#### 2.2.1.2 SCHUTZ UND SICHERHEIT

9	Es gibt Sicherungsmaßnahmen für Demenzpatienten auf der Station (Niederflurbetten, Sensormatten etc.).
---	--

10	Übergriffe von Patienten mit Demenz auf MA werden systematisch dokumentiert und beurteilt.
11	Die MA sind hinsichtlich professionellem Deeskalationsmanagement mit Demenzpatienten geschult.
12	Im Team werden Entlastungsgespräche nach belastenden Situationen (mit Patienten mit Demenz) geführt.

### 2.2.1.3 RESSOURCEN (PERSONALBEDARF, QUALIFIKATION)

13	Bei der Personalbedarfsplanung (Stellenplan) wird auf die durchschnittliche Anzahl dementer Patienten Rücksicht genommen.
14	Bei der Personaleinsatzplanung (Dienstplan) wird auf die tatsächliche Anzahl dementer Patienten Rücksicht genommen.
15	Es gibt Demenzexperten (geriatrische Zusatzausbildung, Demenzpflege, Demenztrainer etc.) im Krankenhaus, die konsultiert werden können.

### 2.2.1.4 VERANTWORTUNGS- UND BERICHTS-STRUKTUREN

16	Ein Facharzt mit Demenz-Kompetenz ist für die Entwicklung und Überprüfung eines Behandlungsplans für Patienten mit Demenz verantwortlich.
17	In jedem Bereich gibt es eine beauftragte Person, die für die Patientensicherheit verantwortlich ist.
18	Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über die Anzahl der Demenzpatienten informiert.

## 2.2.2 KRITERIEN FÜR DIE DOMÄNE „PARTNER“

### 2.2.2.1 ANGEHÖRIGENARBEIT

19	Angehörige werden im Verlauf der stationären Versorgung systematisch in die Betreuung des Patienten mit Demenz mit einbezogen.
20	Angehörige von Demenzpatienten können so lange als möglich beim Patienten bleiben (z.B. bei Aufnahme, OP-Transfer, Rooming-in).

### 2.2.2.2 ENTLASSUNGSMANAGEMENT/ÜBERLEITUNGSPFLEGE

21	Mit dem Entlassungsmanagement wird am Aufnahmetag begonnen.
22	Die Bedürfnisse von Patienten mit Demenz werden beim Entlassungsmanagement systematisch berücksichtigt.
23	In Entlassungsdokumenten wird auf eine festgestellte Demenz (auch als Nebendiagnose) eingegangen.

### 2.2.2.3 EHRENAMTLICHENARBEIT

24	Es werden Ausbildungen zur Stärkung des Wissens und der Fertigkeiten im Umgang mit Demenzpatienten für Ehrenamtliche angeboten.
25	Ehrenamtliche MA werden in die Betreuung von Patienten mit Demenz systematisch ein-

	gebunden.
--	-----------

#### 2.2.2.4 ZUSAMMENARBEIT MIT PFLEGEHEIMEN, HAUSÄRZTEN

26	Vom transferierenden Pflegeheim wird ein Verlegungsbericht, samt dokumentierter Gewohnheiten (ideal: Biografieanamnese) automatisch ins Krankenhaus übermittelt oder angefordert.
27	Vom zuweisenden Arzt wird eine bereits diagnostizierte Demenz und damit verbundene Sozialanamnese automatisch ins Krankenhaus übermittelt oder angefordert.

#### 2.2.2.5 INFORMATIONSWEITERGABE ÜBER DEMENZBEDINGTES PATIENTEN-VERHALTEN

28	Zu Demenzpatienten gibt es regelmäßige pflegerische Fallbesprechungen.
29	Bei Verlegung oder Transfer in einen Funktionsbereich (Endoskopie, Radiologie, OP etc.) gibt es eine gezielte Informationsvermittlung über Demenzpatienten an den Hol- und Bringdienst sowie an die Funktions-Teams.

#### 2.2.2.6 INFORMATIONSWEITERGABE ÜBER STATIONSABLÄUFE UND BEHANDLUNGSPLAN

30	Demenzpatienten bzw. Angehörige werden über die täglichen Stationsabläufe informiert.
31	Demenzpatienten bzw. Angehörige werden über den Behandlungsplan informiert.

### 2.2.3 KRITERIEN DER DOMÄNE „DIAGNOSTIK“

#### 2.2.3.1 DIAGNOSTIK UND DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

32	Bei Patienten mit Demenzverdacht wird ein Mini-Mental-Status-Test (MMST) durchgeführt.
33	Bei Patienten >75 a wird standardmäßig ein MMST (oder vergleichbares Demenz-Screening) durchgeführt.
34	Bei Demenzverdacht wird eine Differentialdiagnostik zu anderen kognitiven Einschränkungen (insbesondere Delir) und zu Depression standardmäßig durchgeführt.

#### 2.2.3.2 MULTIPROFESSIONELLE ANAMNESE

35	Bei der ärztlichen Anamnese bei Patienten mit Demenz wird nach Problemen im Alltag, nach einer vollständigen Medikation, nach kognitiven Einschränkungen, nach Mobilitäts-einschränkungen gefragt.
36	Bei der pflegerischen Anamnese bei Patienten mit Demenz wird explizit nach Gewohnheiten, Ritualen, Vorlieben und Abneigungen des Patienten gefragt.
37	Die pflegerische Anamnese bei Patienten mit Demenz ist strukturiert nach den ADL/ATL (Activities of daily living/Aktivitäten des täglichen Lebens).
38	Angehörige werden in die Anamnese aktiv einbezogen.
39	Bei der pflegerischen Anamnese bei Patienten mit Demenz wird explizit nach dem bestehenden Betreuungs- und/oder Pflegebedarf des Patienten gefragt.

40	Die Ergebnisse der ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen, sozialarbeiterischen und psychologischen Anamnesen sind für alle Berufsgruppen gemeinsam einsehbar.
----	--

## 2.2.4 KRITERIEN DER DOMÄNE „VERSORGUNG“

### 2.2.4.1 BERÜCKSICHTIGUNG DER DEMENZ IN BEHANDLUNGSPLÄNEN UND -ABLÄUFEN

41	Bei Patienten mit Demenz wird die Demenz im medizinischen Behandlungsplan berücksichtigt.
42	Bei Patienten mit Demenz wird eine spezielle Pflegeplanung erstellt, welche auf die Ergebnisse der Anamnesegespräche aufbaut.
43	Die Tagesstruktur nimmt gezielt auf die Bedürfnisse von Patienten mit Demenz Rücksicht.
44	Es wird systematisch darauf geachtet, dass die Wartezeit auf geplante Untersuchungen/Operationen bei Patienten mit Demenz möglichst kurz ist.

### 2.2.4.2 STANDARDS FÜR ERNÄHRUNG BEI DEMENZ

45	Bei Demenzverdacht wird ein systematisches Ernährungs-Assessment durchgeführt.
46	Bei fortgeschrittener Demenz wird auf eine PEG-Sondensetzung verzichtet.

### 2.2.4.3 STANDARDS FÜR UMGANG MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN

47	Es gibt eine Leitlinie für den Umgang mit herausforderndem Verhalten (Schreiverhalten, Wandern).
----	--

### 2.2.4.4 STANDARDS FÜR FREIHEITSBESCHRÄNKENDE MAßNAHMEN

48	Es gibt eine Leitlinie für die Anordnung, Meldung, Überwachung und Aufhebung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.
----	---

### 2.2.4.5 VERLEGUNGSPRAXIS

49	Es wird systematisch darauf geachtet, dass Patienten mit Demenz – außer in medizinisch begründeten Fällen – nicht verlegt werden.
----	---

## 2.2.5 KRITERIEN DER DOMÄNE „UMWELT“

### 2.2.5.1 ORIENTIERUNG

50	Es gibt demenzgerechte Orientierungshilfen im Krankenhaus (große Piktogramme, farbliche Kennzeichnung für unterschiedliche Bereiche, gute Kontraste der Schilder zum Hintergrund etc.).
51	Es gibt eine klare Kennzeichnung der jeweiligen Station/des jeweiligen Bereichs in Wort, Piktogramm, Farbe, Symbol etc.
52	Die Türschilder sind in einer geeigneten Höhe (ca. 1,2 m) und in Wort und Piktogramm



	angebracht.
53	Die persönlichen Gegenstände des Patienten sind so angeordnet, dass er sie leicht finden kann.
54	Es gibt eine gut sichtbare Uhr im Patientenzimmer.
55	Es gibt einen gut sichtbaren Kalender im Patientenzimmer.
56	Die Türen haben ein Sichtfenster, um zu sehen, wie es danach weitergeht.

#### 2.2.5.2 SOZIALE INTERAKTION FÖRDERN

57	Es gibt klar erkennbare Aufenthaltsräume für die Patienten.
58	Die soziale Interaktion zwischen den Patienten wird gefördert.
59	Es gibt Beschäftigungsangebote für Patienten mit Demenz.
60	Der Stützpunkt kann von den Aufenthaltsräumen eingesehen werden.

#### 2.2.5.3 INNENRAUMGESTALTUNG UND LICHTVERHÄLTNISSE

61	Die Innenräume sind so gestaltet, dass die Ausblick auf Grünpflanzen und Natur bieten.
62	Bei der Ausstattung mit Innenraum-Pflanzen wird darauf geachtet, dass sie nicht giftig sind.
63	Es gibt ausreichend Tageslicht in den Patientenzimmern und Aufenthaltsräumen.

#### 2.2.5.4 MOBILITÄT

64	Der Fußboden ist matt und von gleichmäßiger Farbe.
65	Der Kontrast von Fußboden zu Wänden und Möbeln ist deutlich.
66	Es gibt durchgängige Handläufe entlang der Gänge.
67	Es gibt Fotos, Statuen und Gegenstände, die das Interesse der Patienten mit Demenz wecken.
68	Es gibt Endlosgänge, die Patienten mit Demenz selbstständig benutzen können.

#### 2.2.5.5 RAHMENBEDINGUNGEN FÜR HYGIENE

69	Die WCs im Zimmer sind vom Patientenbett aus gut erkennbar (z.B. in einer klaren Signalfarbe).
70	Die WCs im sonstigen Stationsbereich sind gut erkennbar (z.B. in einer klaren Signalfarbe).
71	Die WC-Griffe (für die Spülung) sind in einer Farbe, die mit der sonstigen Farbe der Toilette gut kontrastiert.
72	Das Toilettenpapier ist in einer Farbe, die mit der sonstigen Farbe der Toilette gut kontrastiert.
73	Die Armaturen der Wasserhähne sind klar nach warm und kalt gekennzeichnet.
74	Die Sanitäranlagen sind groß genug, dass sowohl der Patient als auch eine Hilfsperson bei geschlossener Tür gleichzeitig darin ausreichend Platz haben.

**2.2.5.6 LAUTSTÄRKE UND GERÄUSCHE**

75	In den Zimmern und Sozialbereichen gibt es eine Lärmdämmung.
76	Verstörende Geräusche werden reduziert.
77	Patienten können Musik hören, die ihnen gefällt.

**2.2.5.7 ESSEN UND TRINKEN**

78	Patienten mit Demenz haben durchgehend Zugang zu heißen und kalten Getränken.
79	Patienten mit Demenz haben selbstständigen Zugang zu „Fingerfood“.
80	Das Geschirr hat eine Farbe, die mit der Tischfarbe kontrastiert (z.B. durch untergelegte farbige Serviette).
81	Patienten können Mahlzeiten gemeinsam einnehmen.
82	Es gibt ausreichend Platz, damit MA bzw. Angehörige beim Essen bzw. Trinken helfen können.

### 3 STEUERUNGSMECHANISMUS: „DEMENTIA GOVERNANCE“

Beim Thema „Demenzfreundliches Krankenhaus“ handelt es sich um ein langfristiges Programm, welches einen Steuerungsmechanismus benötigt. Dieser Steuerungsmechanismus – „**DEMENTIA GOVERNANCE**“ – soll sicherstellen, dass die Entscheidungen im Krankenhaus langfristig so getroffen werden, dass das Krankenhaus dadurch demenzfreundlicher wird.

Die Entscheidungen, die sich auf die Demenzfreundlichkeit des Krankenhauses auswirken, betreffen sowohl klinische Entscheidungen als auch Managemententscheidungen:

- Beispiele für **klinische Entscheidungen**: individuelle Therapieentscheidungen; Entwicklung klinischer Pfade; Kommunikationsentscheidungen mit Patienten, Angehörigen und im Team.
- Beispiele für **Managemententscheidungen**: Strategieentscheidungen; Personalentscheidungen (Recruiting, Entwicklung); Budgetentscheidungen, Jahreszielvereinbarungen; Bauentscheidungen, Investitionen; Masterplan-Entscheidungen.

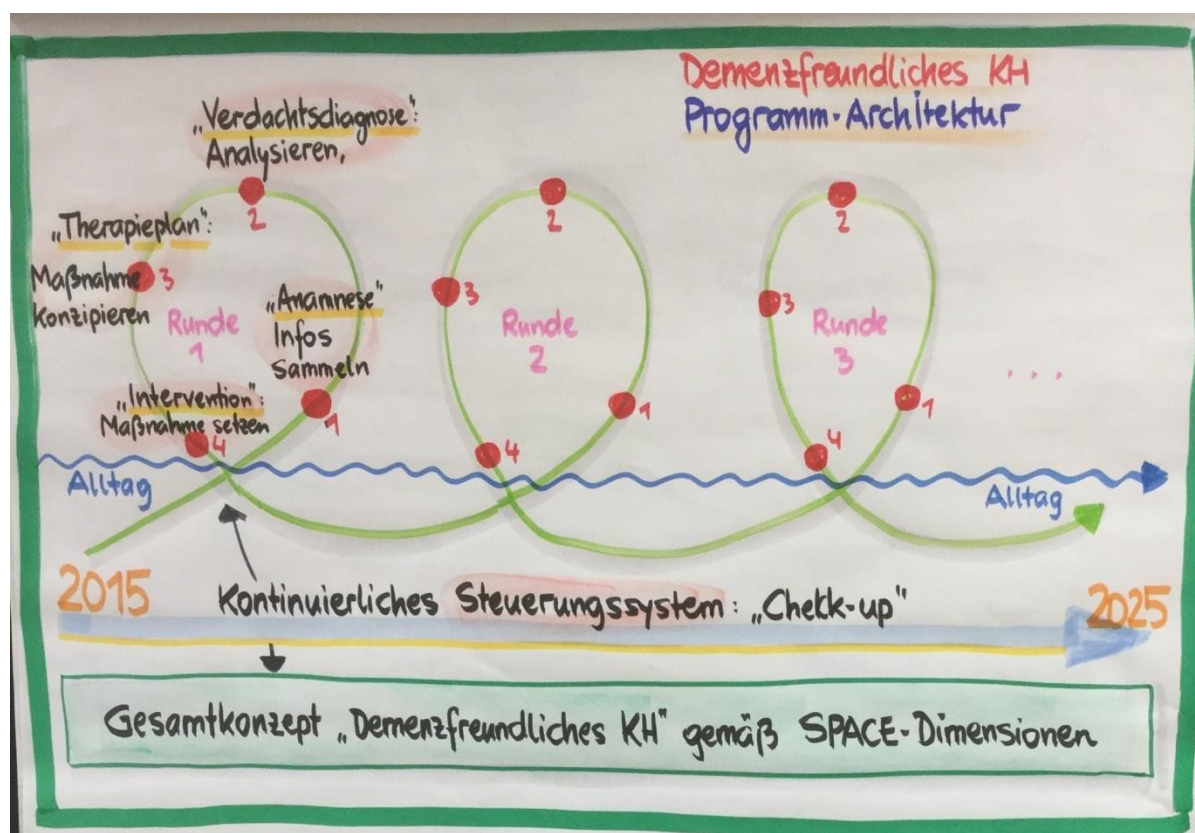
#### 3.1 GOVERNANCE-METHODIK

Die Arbeit an einem Demenzfreundlichen KH hat einen Zeithorizont von ca. 10 Jahren (**Zeitachse 2015–2025**). Während dieser Zeit ist es nötig, im KH-Alltag (**blaue Wellenlinie**), in dem Demenz nicht im Vordergrund des Tuns steht, sondern ein Begleitfaktor der KH-Aktivitäten ist, immer wieder Reflexions- und Interventionsschleifen einzubauen (**grüne Linie**). Jede Schleife besteht aus den Schritten:

- „**Anamnese**“ (Infos zum Stand der Demenzfreundlichkeit sammeln),
- „**Verdachtsdiagnose**“ (Infos vor dem Hintergrund des Gesamtkonzepts und konkreten Kontexts analysieren),
- „**Therapieplan**“ (Maßnahmen konzipieren, um das KH demenzfreundlicher zu machen),
- „**Intervention**“ (Maßnahmen setzen und beobachten, wie sie sich auf die Demenzfreundlichkeit auswirken).

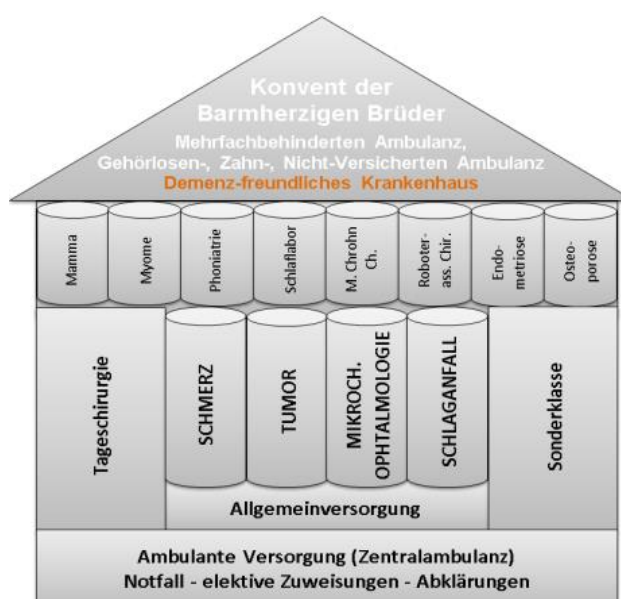
Das Fundament für diesen Prozess mit wiederkehrenden Reflexions- und Interventionsschleifen bildet das **Gesamtkonzept** „Demenzfreundliches KH“ gemäß SPACE-Dimensionen und -Kriterien (bzw. aktuellere Erkenntnisse der Demenzforschung).

Der Prozess wird durch ein **kontinuierliches Steuerungssystem** (Governance) gestaltet, welches einen regelmäßigen „Check-up“ zwischen Gesamtkonzept (normativer Maßstab), KH-Alltag und grüner Schleife gewährleistet.



### 3.2 STRATEGISCHE VERANKERUNG

Das Ziel, ein Dementzfreundliches Krankenhaus zu sein, ist in der Strategie des Krankenhauses verankert und wurde gegenüber dem Träger beim Zwischenkapitel der Österreichischen Ordensprovinz der Barmherzigen Brüder 2015 kommuniziert:



### 3.3 INDIKATOREN, KENNZAHLEN, ZIELE

#### 3.3.1 INDIKATOREN

Jede Strategie benötigt Indikatoren, mit deren Hilfe beurteilt werden kann, inwieweit das Krankenhaus auf dem Weg der Strategieumsetzung gekommen ist. Die Indikatoren für die Strategie „Demenzfreundliches Krankenhaus“ ergeben sich aus:

- den **Kriterien der SPACE-Domänen**;
- den aktuellen **Erkenntnissen der Demenz-Forschung**, die in die Weiterentwicklung der SPACE-Systematik einfließen müssen.

#### 3.3.2 KENNZAHLEN

Die betriebswirtschaftliche Operationalisierung einer Strategie erfolgt in einem nächsten Schritt durch die Bildung von Kennzahlen für die Indikatoren. Während einige Kriterien der SPACE-Domänen eine solche Kennzahlen-Bildung nahelegen (z.B. Anzahl an MA mit einer qualifizierten Demenz-Weiterbildung), sind andere Kriterien für eine Kennzahlen-Bildung zu komplex (z.B. Berücksichtigung der Demenz im Behandlungsplan) oder Alles-oder-nichts-Kriterien (z.B. hinsichtlich von Baumaßnahmen).

Da Kennzahlen nicht um ihrer selbst willen gebildet und erhoben werden sollen, wird bis auf weiteres darauf verzichtet, ein betriebswirtschaftliches Kennzahlen-System für die Dementia Governance zu entwickeln. Stattdessen werden die Indikatoren vorerst einer größeren Bewertung („Ampelsystem“) unterzogen. Dies schließt nicht aus, dass bereits jetzt einige Kriterien mit Kennzahlen hinterlegt werden, wo diese (a) für die Steuerung aussagekräftig und (b) relativ leicht zu administrieren sind.

#### 3.3.3 ZIELE

Ungeachtet, ob mit Indikatoren oder konkreten Kennzahlen gearbeitet wird, muss sich die Dementia Governance Ziele setzen, um das Krankenhaus langfristig demenzfreundlich zu machen. Die Festlegung von (Teil-)Zielen zur Umsetzung einer Strategie ist typischerweise in **Jahreszielvereinbarungen** und **Budgetprozessen** verortet. Dort hat auch die Dementia Governance einzufließen:

- In **Jahreszielvereinbarungen** ist darauf Bedacht zu nehmen,

- wie der jeweilige Bereich, für den eine solche Zielvereinbarung abgeschlossen wird, dazu beitragen wird, das Krankenhaus demenzfreundlicher zu machen und
- welche Unterstützung es dafür seitens der Krankenhaus-Leitung geben wird.
- Im **Budgetprozess** ist darauf Bedacht zu nehmen,
  - dass Maßnahmen zur Förderung der Demenzfreundlichkeit budgetär abgedeckt sind;
  - allgemein Budgetmaßnahmen im Personalbereich (v.a. betreffend Aus-, Fort- und Weiterbildung) dem Ziel der Demenzfreundlichkeit dienen;
  - allgemein Budgetmaßnahmen im Investitions- und Sachmittelbereich (v.a. Bau, Ausstattung, Verbrauchsmaterial) dem Ziel der Demenzfreundlichkeit dienen.

### 3.4 STRUKTUREN

#### 3.4.1 KRANKENHAUSLEITUNG

Die **Letztverantwortung** für das strategische Ziel „Demenzfreundliches Krankenhaus“ liegt bei der Krankenhausleitung, d.h. beim Rechtsträgervertreter, dem Gesamtleiter und der Kollegialen Führung.

Die Krankenhausleitung autorisiert das **Programm** „Demenzfreundliches Krankenhaus“ und steuert es über die **Mechanismen** der „Dementia Governance“ im Rahmen der üblichen Leitungsaktivitäten (z.B. Sitzungen/Klausuren, Bereichsleitungstage, Jahreszielvereinbarungen, Budgetprozess).

#### 3.4.2 KOMPETENZTEAM DEMENZ

Für die fachliche Umsetzung des Programms „Demenzfreundliches Krankenhaus“ wird ein Kompetenzteam gebildet, welchem **Mitglieder** aus folgenden Bereichen angehören:

1. Pflege mit qualifizierter Weiterbildung im Bereich Demenz
2. Pflege aus einem medizinisch-konservativem Bereich
3. Pflege aus einem medizinisch-operativen Bereich
4. Arzt mit qualifizierter Weiterbildung im Bereich Pflege
5. Arzt aus einem medizinisch-konservativem Bereich

#### 6. Arzt aus einem medizinisch-operativen Bereich

Die **Nominierung** der Mitglieder des Kompetenzteams Demenz erfolgt durch die Ärztliche Direktion sowie die Pflegedirektion. Die **Bestellung** erfolgt durch den Gesamtleiter.

Mit den Mitgliedern des Kompetenzteams Demenz ist bei deren Bestellung eine **Qualifizierungsvereinbarung** sowie eine **Ressourcenplanung** abzuschließen.

Das Kompetenzteam Demenz hat insbesondere folgende **Aufgaben**:

- Fachliche Beratung der Krankenhausleitung und der MA in Hinblick auf die Umsetzung und Einhaltung der Kriterien für ein Demenzfreundliches Krankenhaus. Damit verbunden ist ein Vorschlagsrecht für alle Belange des Programms „Demenzfreundliches Krankenhaus“.
- Verpflichtende Konsultation bei
  - Investitions- und Bauvorhaben;
  - Entwicklung klinischer Pfade.
- Berichterstattung über eigene Wahrnehmungen in Bezug auf das Programm „Demenzfreundliches Krankenhaus“ gegenüber der Krankenhausleitung.
- Erstellung eines jährlichen Berichts über die Umsetzung des Programms „Demenzfreundliches Krankenhaus“.
- Multiplikator-Funktion gegenüber allen Berufsgruppen im Krankenhaus zur Förderung des Programms „Demenzfreundliches Krankenhaus“.

#### 3.4.3 AKTEURE VOR ORT

Die Akteure vor Ort (Bereichsleitungen, MA) werden dazu ermächtigt, ihre Entscheidungen demenzfreundlich zu treffen. Dazu werden alle Akteure

- mit den Prinzipien des Programms „Demenzfreundliches Krankenhaus“ vertraut gemacht und
- für den Umgang mit Patienten mit Demenz grundlegend sensibilisiert.



## 3.5 MONITORING

### 3.5.1 INTERNES MONITORING

Der **Umsetzungsgrad** der Kriterien für ein Demenzfreundliches Krankenhaus gemäß SPACE-Systematik wird von der Krankenhausleitung gemeinsam mit dem Kompetenzteam Demenz regelmäßig evaluiert.

Dazu werden ab 2016 halbjährlich, ab 2018 jährlich die Kriterien im Rahmen des **Management Reviews** mittels eines Ampel-Systems bewertet:

- „Grün“: Das Krankenhaus ist in Hinblick auf das Kriterium demenzfreundlicher geworden oder hat das erzielbare Maximum gehalten.
- „Gelb“: In Hinblick auf das Kriterium hat sich nichts getan.
- „Rot“: Das Krankenhaus ist in Hinblick auf das Kriterium demenz-un-freundlicher geworden.

Die Beurteilung erfolgt in einem Konsensus-Verfahren und wird unter Angabe der Beurteilungsgründe in einem Bericht nachvollziehbar gemacht.

### 3.5.2 EXTERNES AUDIT

Die Umsetzung der Strategie „Demenzfreundliches Krankenhaus“ sollte mittelfristig (d.h. ab 2018) durch ein externes Audit begleitet werden. Zur Etablierung eines solchen Audits sind folgende Schritte nötig:

- Identifizierung möglicher Auditoren durch das Kompetenzteam Demenz;
- Beauftragung eines Auditors durch die Krankenhausleitung;
- Durchführung des Audits;
- Berichterstattung an die Krankenhausleitung und das Kompetenzteam Demenz;
- Maßnahmenableitung durch die Krankenhausleitung und das Kompetenzteam Demenz.

### 3.5.3 REPORTING

Ergebnisse aus dem internen Monitoring und externen Audits über den Umsetzungsgrad des Programms „Demenzfreundliches Krankenhaus“ werden im **Jahresbericht** des Krankenhauses veröffentlicht. Sollte es keinen solchen Jahresbericht geben, erfolgt die Veröffentlichung in einem eigenen CSR-Bericht.



**BARMHERZIGE BRÜDER  
ÖSTERREICH**

© 2016 Barmherzige Brüder Österreich

Zentralbereich Ethik | Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA

[www.bbethik.at](http://www.bbethik.at)