

Demenzkompetenz im Spital

Eine Orientierungshilfe
Aktualisierung 2024



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK),
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlagsort: Wien

Herstellungsort: Wien

Druck: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
(BMSGPK)

Copyright Titelblatt: © istockphoto.com/Paul Bradbury

Wien, 2024. Stand: 8. April 2024

ISBN: 978-3-85010-699-3

Autorinnen:

Juraszovich, Brigitte; Rappold, Elisabeth; Mayer, Lisa; Edtmayer, Alice; Stulik, Barbara
Gesundheits Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien

Copyright und Haftung:

Ein auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Speicherung auf Datenträgern zu kommerziellen Zwecken sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronischen Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge wissenschaftlicher Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.): Demenzkompetenz im Spital. Eine Orientierungshilfe, Aktualisierung 2024

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und der Autorinnen ausgeschlossen ist. Rechtsausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorinnen dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Inhalt

Maria kommt ins Krankenhaus.....	5
Präambel	7
1 Ausreichend und adäquat geschultes Personal.....	11
1.1 Zielsetzung	11
1.2 Maßnahmen.....	11
2 Assessment und Risikoidentifikation.....	15
2.1 Zielsetzung	15
2.2 Maßnahmen.....	16
3 Individualisierte Betreuung und Versorgung	19
3.1 Zielsetzung	19
3.2 Maßnahmen.....	20
4 Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Betreuungspersonen	22
4.1 Zielsetzung	22
4.2 Maßnahmen.....	23
5 Demenzgerechte Umgebung und Ausstattung.....	27
5.1 Zielsetzung	27
5.2 Maßnahmen.....	27
6 Steuerungsmechanismus „Dementia Governance“	31
6.1 Zielsetzung	31
6.2 Maßnahmen.....	31
Gremium der Expertinnen und Experten 2017	34
Literaturverzeichnis	35

Maria kommt ins Krankenhaus

Mein Name ist Maria, ich bin 81 Jahre alt. Ich lebe allein, komme aber eigentlich noch gut zurecht. Trotzdem ich seit einiger Zeit etwas vergesslich bin, koche ich für mich selbst und gehe zum Bäcker und zum Lebensmittelgeschäft ums Eck. Meine Nichte Luise unterstützt mich im Haushalt und beim Vorbereiten meiner Medikamente. Wenn ich zum Arzt muss, begleitet sie mich, weil ich in letzter Zeit manchmal vergesse, was ich beim Arztbesuch fragen wollte.

Vor einem Monat bin ich beim Einkaufen gestürzt. Mein rechtes Bein tat so weh, dass ein Verkäufer die Rettung verständigte und ich wenig später ins Krankenhaus gebracht wurde. Alles ging sehr schnell, natürlich hatte ich meine medizinischen Dokumente und leider auch mein Handy beim Einkaufen nicht dabei.

Im Krankenhaus selbst war es hektisch: Zuerst bin ich in die Unfallambulanz gekommen, wo ich sehr lange warten musste. Ich habe mich nicht ausgekannt, was jetzt passiert. Niemand hat mich informiert beziehungsweise gefragt, was überhaupt mit meinem Bein geschehen ist.

Mein Bein wurde nach einiger Zeit geröntgt, dann habe ich wieder lange warten müssen, bis ich endlich in ein Untersuchungszimmer kam. Im Untersuchungszimmer hat der Arzt nur in seinen Computer geschaut, er hat gar nicht richtig mit mir gesprochen. Er hat nur gesagt, dass das Bein gebrochen ist und dass ich einen Gips bekomme. Ich hätte mich viel sicherer gefühlt, wenn Luise dabei gewesen wäre. Sie hätte sicher genau nachgefragt.

Nachdem mein Bein eingegipst worden ist, musste ich wieder warten. Ich wusste nicht, ob ich nun dableiben muss oder ob ich nach Hause darf. Ich habe jemanden vom Personal gefragt, was jetzt passiert, aber mir wurde nur erklärt, dass ich noch ein bisschen warten muss. Eine gestresst wirkende Person fragte mich schließlich, wo ich wohne, damit sie diese Information dem Fahrtendienst, der mich nach Hause bringen sollte, weiterleiten kann. In der Eile fielen mir jedoch nur der Wohnbezirk und die Türnummer ein. Die gestresste Person ging sichtlich genervt und ohne mir zu antworten weg. Ich habe mich geschämt und wollte eigentlich nur Luise anrufen und sie bitten, mich abzuholen. Nach einer Weile musste ich auch schon ziemlich dringend auf die Toilette, aber ich habe mich – aus Angst, etwas Falsches zu machen – nicht getraut, nachzufragen, wo sich diese befindet.

Hintergrund

Diese Orientierungshilfe ist unter Mitarbeit der Arbeitsgruppe der Selbstvertretungen von Menschen mit Demenz entstanden. Der eingangs angeführte fiktive Erfahrungsbericht soll anschaulich darstellen, wie sich Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen fühlen, wenn sie mit den Abläufen und Prozessen in einem Krankenhaus zurechtkommen müssen. Nachfolgend werden, einzelne Kapitel einleitend, weitere Zitate von Menschen mit Demenz angeführt. Die pro Kapitel ausgewiesenen Maßnahmen sind ebenfalls ein Ergebnis der Arbeitsgruppe der Selbstvertretungen und einer weiteren Arbeitsgruppe, die von Expertinnen und Experten aus dem klinischen Bereich gebildet wurde.

Präambel

Hintergrund und Zielsetzung

Die Bevölkerung in Österreich wird älter. Der Anteil der Personen, die über 65 Jahre alt sind, erhöhte sich in den letzten 20 Jahren um fünf Prozent und lag im Jahr 2023 damit bei 20 Prozent. Prognosen zufolge soll sich dieser Anteil bis 2050 auf 28 Prozent erhöhen (Statistik Austria 2023). Da Demenz überwiegend ab dem 60. Lebensjahr auftritt (Höfler et al. 2015), bedeuten diese demografischen Entwicklungen auch, dass in Zukunft unter den Krankenhauspatientinnen und -patienten mehr Menschen mit Demenz sein werden (Österreichische Gesellschaft für Neurologie 2022).

Wenn Menschen mit Demenz wegen anderer Erkrankungen im Krankenhaus behandelt werden, können zahlreiche Probleme auftreten. Für **Menschen mit Demenz** kann der Aufenthalt in einem Krankenhaus eine **schwierige und beängstigende Situation** darstellen – häufig auch für ihre **Angehörigen**. **Ältere Menschen** können durch einen Ortswechsel wie etwa die Aufnahme in ein Krankenhaus destabilisiert werden. Insbesondere **Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen** weisen somit auch ein höheres Risiko auf, während des Krankenhausaufenthalts ein Delir zu entwickeln. Häufig ist bei ihnen eine Nebendiagnose Demenz nicht bekannt bzw. ist die Diagnose (noch) nicht gestellt, oder **Demenz, Delir und/oder Depression** werden in ihrem Fall nicht richtig bzw. rechtzeitig erkannt oder verwechselt.

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die an Demenz erkrankt sind, stellt aber auch die **Mitarbeiter:innen** der Krankenhäuser vor zunehmende Herausforderungen. Derzeit ist der Klinikalltag kaum auf Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen eingestellt.

In der **Österreichischen Demenzstrategie *Gut leben mit Demenz*** wird empfohlen, die Strukturen, Prozesse, Abläufe und Umgebungsfaktoren in Krankenanstalten den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten mit Demenz anzupassen (Handlungsempfehlung im Rahmen des Wirkungsziels 5 der Demenzstrategie).

Die Orientierungshilfe aus dem Jahr 2017 soll die **Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen** für demenzkompetente Krankenhäuser unterstützen. Sie wurde gemeinsam mit Expertinnen und Experten entwickelt, welche bereits über Erfahrungen in der Umsetzung entsprechender Maßnahmen verfügen. In der zweiten Auflage 2024 wurde die Expertensichtweise um die Perspektive von Menschen, die selbst mit einer Demenz leben, ergänzt und zusätzlich um aktuelle Erkenntnisse aus der Literatur (Manietta et al. 2022) erweitert. Die Auseinandersetzung mit **Demenzdiagnostik** und **Demenzbehandlung** ist **nicht Ziel** dieser Orientierungshilfe.

Viele der in der Folge angeführten Handlungsempfehlungen stellen auch Maßnahmen einer gelingenden Delirprävention dar, unabhängig davon, ob eine Demenz vorliegt oder nicht.

An wen richtet sich die Orientierungshilfe?

Demenzkompetenz bedeutet, in Hinblick auf die Anliegen und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Demenz aufmerksam zu sein, auf ihren veränderten Lebensstil, ihre Geschwindigkeit, ihr Auffassungsvermögen und ihre Bedürfnisse einzugehen sowie Abläufe entsprechend zu adaptieren und anzupassen. Dies gelingt dann gut, wenn **die gesamte Krankenhausführung** hinter dem Thema steht.

Deshalb richtet sich die Orientierungshilfe an die **obersten Verantwortungs- und Entscheidungsträger:innen eines Krankenhauses**: die Rechtsträgervertretung, die Gesamtleitung und die kollegiale Führung sowie an die **Führungskräfte aller Berufsgruppen** im Krankenhaus.

Die Ausrichtung als demenzkompetentes Krankenhaus trägt zum positiven Image der Einrichtung bei und hat strategische Konsequenzen.

Was soll mit der Orientierungshilfe erreicht werden?

Dieses Dokument soll **Entscheidungsträger:innen und Führungskräfte** für die Betreuung und Versorgung von Menschen, die demenzielle Beeinträchtigungen aufweisen, **sensibilisieren**. Es werden **Maßnahmen aus der Praxis** aufgezeigt, die den Krankenhausaufenthalt für Patientinnen und Patienten mit demenziellen Beeinträchtigungen so gestalten können, dass **belastende Situationen** für diese, deren Angehörige und für Mitarbeiter:innen **reduziert** werden können. Die konkrete Umsetzung und Detailplanung obliegen dem jeweiligen Krankenhaus.

Das Thema Demenz wird in **Zielvereinbarung, Leitbild oder Mission-Statement der kollegialen Führung** und der Abteilungen **aufgenommen**, entsprechende messbare Indikatoren und Kennzahlen werden formuliert, bewertet und transparent gemacht.

Was bringt es einem Krankenhaus, diese Empfehlungen umzusetzen?

Erfahrungen aus Wissenschaft und Praxis zeigen, dass mit demenzsensibler Gestaltung von Abläufen und Strukturen positive Auswirkungen verbunden sein können, insbesondere die folgenden:

Risikominimierung für die Patientinnen und Patienten, vor allem durch

- Verringerung der Gefahr des Entwickelns eines Delirs,
- Verringerung der Sturzgefahr,
- Verhinderung von Mangelernährung/Dehydratation,
- Reduktion der Polypharmazie,
- Reduktion der peri- und postoperativen Komplikationen

Erhöhung der Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie, damit verbunden, die Steigerung der Qualität der Versorgung und der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (Imagegewinn)

Verminderung der physischen und psychischen Belastung der Mitarbeiter:innen und, damit verbunden, höhere Arbeitszufriedenheit, weniger Fluktuation und Erhöhung der Attraktivität des Berufs

Ökonomische Effekte

- weniger Komplikationen
- kürzere Aufenthaltsdauer
- Entlassungen bei besserer psychischer und physischer Gesundheit der Patientinnen und Patienten
- weniger Pflegeheimweisungen
- weniger Wiederaufnahmen

Die SPACE-Systematik der Demenzsensibilität – Kriterien für ein demenzkompetentes Krankenhaus

Für die systematische Darstellung von Demenzsensibilität in einem Krankenhaus wird die in England entwickelte SPACE-Systematik herangezogen, die Kriterien der Demenzsensibilität anhand von fünf Kategorien enthält (Garrett et al. 2019):

- Staff who are skilled and have time to care
- Partnership working with carers
- Assessment, early identification of dementia and post-diagnostic support
- Care and support plans that are person-centred and individual
- Environments that are dementia friendly

Dieses Konzept wurde in den Arbeitsgruppen den Strukturen in Österreich angepasst und fokussiert insbesondere auf die Betreuung von Menschen mit Demenz, die aufgrund einer anderen Erkrankung im Krankenhaus sind. Selbstbestimmung und Teilhabe der Betroffenen sollen dabei im Zentrum stehen. Zusätzlich wurde das Konzept um das Kriterium „dementia governance“ ergänzt, dessen Ziel der Aufbau eines systematischen demenz- bzw. delirbezogenen Qualitätsentwicklungssystems, basierend auf Daten und Kennzahlen, ist. Die nachfolgenden Kapitel beschreiben daher folgende Schwerpunkte:

- **ausreichend und adäquat geschultes Personal**
- **Assessment und Risikoidentifikation**
- **individualisierte Betreuung**
- **partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Betreuungspersonen**
- **demenzgerechte Umgebung und Ausstattung**
- **Dementia-Governance**

Die Praxisbeispiele wurden im Jahr 2023 im Zuge einer Onlinebefragung in Krankenhäusern in Österreich erhoben.

1 Ausreichend und adäquat geschultes Personal

„Vergewissern Sie sich, dass ich Ihre Informationen auch verstanden habe, ich muss alles etwas länger verarbeiten – ich brauche Zeit, damit ich alles verstehe. Ebenso benötige ich auch Zeit, um antworten zu können.“

1.1 Zielsetzung

Eine demenzkompetente Versorgung und Betreuung braucht Mitarbeiter:innen in ausreichender Zahl in allen Bereichen des Krankenhauses, welche je nach Aufgabenbereich entsprechend ausgebildet sind. Damit kann **inter- und multiprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation** erleichtert und Unverständnis reduziert werden, und die Patientinnen und Patienten können auf Basis unterschiedlicher Sichtweisen in ihrer Vielfalt betreut werden.

Durch **Wissen** entsteht **Sicherheit** im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Demenz, so können **Belastungen** für alle Mitarbeiter:innen **reduziert** werden. Derart wird die Arbeitszufriedenheit gewahrt bzw. gehoben, und belastende Situationen können reduziert werden.

Das Ziel ist die Entwicklung und Implementierung eines **interprofessionell** ausgerichteten **abgestuften Sensibilisierungs- und Schulungskonzepts**, welches in das **Fortbildungsprogramm** des Krankenhauses einfließt, im Führungskonzept verankert und in **Zielvereinbarungsgespräche** aufgenommen wird.

1.2 Maßnahmen

Die Maßnahmen betreffen alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen, wobei sie niedrigschwellig und abgestuft je nach Qualifikation, Vorwissen und Einsatzbereich gesetzt werden

sollen und – beruhend auf einem für jedes Krankenhaus erstellten Gesamtkonzept – als laufendes Angebot zu gestalten sind.

1. Demenzbeauftragte / Expertinnen und Experten für Demenz und Delir, multiprofessionelle spezialisierte Teams / Konsiliar- bzw. Liaisondienste

Im Krankenhaus gibt es auf Demenz spezialisierte, fachlich qualifizierte Expertinnen und Experten in unterschiedlichen Berufsgruppen, die über weiterführende Qualifikationen für die Betreuung demenziell und kognitiv beeinträchtigter Patientinnen und Patienten verfügen. Sie bieten fallbezogene kollegiale Beratung an und unterstützen die inter- und transdisziplinäre sowie multiprofessionelle Zusammenarbeit.

Aufbau geriatrischer Expertise/Konsiliardienste (= bei Bedarf angefordert) bzw. Liaisondienste (= regelmäßig vor Ort) in unterschiedlichen Bereichen: im Ethikboard, beim Pflegepersonal und beim medizinischen Personal

2. Niederschwellige Fortbildung und Schulung medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Personals – Etablierung eines Multiplikatorensystems

Die unter Punkt 1 angeführten Expertinnen und Experten aller Berufsgruppen üben eine Multiplikator- und Vorbildfunktion in ihrem Bereich aus: Sie entwickeln für die anderen Mitarbeiter:innen Handlungsempfehlungen, vermitteln Grundkompetenzen im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Demenz und sind dafür verantwortlich, dass der aktuelle Wissensstand in der Begleitung, Betreuung und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz und deren Bezugspersonen gewährleistet ist.

3. Sensibilisierung aller Mitarbeiter:innen im Krankenhaus und in dessen Partnerbetrieben

Alle Beschäftigten in einem Krankenhaus, auch jene, die nicht unmittelbar in die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten eingebunden sind (z. B. Reinigungspersonal, Personal in der Cafeteria bzw. anderen Partnerbetrieben, Verwaltungspersonal, Portierinnen und Portiere) erwerben ein Grundverständnis für Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Grundkompetenz im Umgang mit ihnen. Treffen sie auf Menschen mit demenztypischen Verhaltensweisen, sollen sie daran denken und entsprechend handeln.

Folgende Projekte bzw. Unterlagen bieten Informationen über Maßnahmen zur Sensibilisierung bzw. Ausbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Hinblick auf die Bedürfnisse kognitiv beeinträchtigter und/oder verwirrter Menschen:

Schulungskonzept

Die tirol kliniken bieten ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Schulungen mit unterschiedlichen Vertiefungen zum Thema Demenz und Delir an. Neben einer zwei- bis vierstündigen Basisschulung für alle Mitarbeitenden gibt es für Pflegepersonen eine 26-stündige theoretische Fortbildung zur/zum Memory Beauftragten mit anschließendem Praxismodul sowie eine umfassende Weiterbildung zur Memory Nurse im Ausmaß von 200 Stunden.

<https://demenz.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=die-initiative/schulungskonzept>

Delirsensibles und demenzfreundliches Krankenhaus

Ziel dieses Projekts der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) ist es, Patientinnen und Patienten mit Demenz oder einer Tendenz zu einem Delir frühzeitig zu erkennen und ihnen ihren Bedürfnissen entsprechend zu begegnen. Dazu wurden Lernmodule zu den wesentlichsten Themen interdisziplinär erarbeitet und systematisch implementiert; zukünftig kommen dabei auch E-Learning-Module zum Einsatz. Fragen zu diesem Projekt und den geplanten Umsetzungsmaßnahmen können an demenz_delir@kages.at gestellt werden.

Mehrstufiges Curriculum für eine 14- bzw. 160-stündige Fortbildung

Die Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e.V. stellt ein in der Praxis erprobtes und angepasstes Curriculum kostenfrei unter <http://www.alzheimer-niedersachsen.de/krankenhausprojekt.htm> zur Verfügung.

Die 14-stündige Fortbildung ist für eine möglichst große Zahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, einschließlich jener in Hauswirtschaft und Verwaltung, gedacht, die 160-stündige Fortbildung für Demenzbeauftragte.

„Sand im Getriebe“ – ein Schulungsfilm des AKH Wien

Dieser Film und die einzelnen Schulungssequenzen (Tools) sollen für das Thema sensibilisieren und die Grundprinzipien des Delirs zeigen. Die Schulungstools können je nach Schwerpunkt der Fortbildung auch einzeln genutzt werden. Der Film kann über den Regisseur Helmut Wimmer bezogen werden:
helmut_wimmer@icloud.com

Geriatrische Konsiliardienste

Geriatrische Konsiliardienste unterstützen sowohl intramural als auch extramural.

GEKO Weststeiermark: <https://www.lkh-weststeiermark.at/gemeinsame-einrichtungen/geko>

GEKO Graz: https://www.gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/2020/09/GEKO_Graz_Folder.pdf

GeKo des Klinikums Klagenfurt:

<https://www.ktn.gv.at/DE/repos/files/ktn.gv.at/Abteilungen/Abt5/Dateien/UA%5fPflegeteam/Geriatrischer%20Konsiliardienst/Geko%5fInfo.pdf?exp=832316&fps=1e0ac4893480ce46d0ddba91ab1cdfcb1f17b5d2>

2 Assessment und Risikoidentifikation

„Das Personal soll merken, was ich kann und was ich nicht kann. Ein gutes Anamnesegespräch braucht Zeit. Ich will meine Selbstständigkeit bewahren.“

2.1 Zielsetzung

In den meisten Fällen werden Menschen mit Demenz aus anderen gesundheitlichen Gründen als ihrer Demenz in Gesundheitseinrichtungen aufgenommen. Daher ist es entscheidend, dass dort eine mögliche Demenz erkannt wird und individuelle Bedürfnisse der davon betroffenen Patientinnen und Patienten während des gesamten Aufenthalts berücksichtigt werden. Da Demenz und Delir Gemeinsamkeiten aufweisen, kann ein klarer Pfad für Patientinnen und Patienten mit Demenz und Delir sicherstellen, dass für sie die richtige Behandlung und Pflege erfolgt.

Ein geriatrisches Basisassessment für einen klar definierten Personenkreis (empfohlen für Menschen ab 75 Jahren bzw. jüngere Menschen, bei denen der Verdacht auf demenzielle und/oder kognitive Beeinträchtigungen vorliegt) ist Voraussetzung dafür, dass die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen identifiziert und weiterführend gut betreut werden sowie das Risiko ihrer Destabilisierung möglichst geringgehalten wird. Auch hilft es, eine eventuell vorliegende, nichtbekannte kognitive Einschränkung frühzeitig zu identifizieren und Hilfestellung nach einer solchen Diagnose zu geben.

Erst nach dem Assessment können Behandlungspfade bzw. pflegerische Maßnahmen adäquat und personengerecht ausgestaltet werden sowie die Krankenhausabläufe den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angepasst werden.

Zu den wichtigsten Zielen des geriatrischen Basisassessments zählen die Erfassung des **Rehabilitationspotenzials** des einzelnen Menschen, um dieses in der Folge so weit wie möglich auszuschöpfen, sowie das **rechtzeitige Erkennen und Erfassen** demenzieller Beeinträchtigungen und damit das **Erleichtern vorausschauender Planung** („advance care planning“). Auch die bestmögliche Begleitung der

Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen sowohl nach der Diagnose wie auch bei **allen Behandlungspfaden** steht im Fokus.

2.2 Maßnahmen

1. Geriatrisches Basisassessment durch ein multiprofessionelles Team

Die (fachliche und rechtliche) Kompetenz zur Durchführung eines geriatrischen Basisassessments muss vorhanden sein. Es wird empfohlen, ein solches bei jeder Patientin und jedem Patienten ab dem Alter von 75 Jahren bei der Aufnahme standardmäßig anzubieten.

Das Assessment führt ein geriatrisch qualifiziertes multiprofessionelles Team durch, ggf. unter Zuziehung von Konsiliar- oder Liaisondiensten.

Dabei wird auf valide und erprobte/etablierte Instrumente für den deutschsprachigen Raum zurückgegriffen, die auf einfachen und nachprüfbaren Fragen basieren, um den kognitiven Zustand einzuschätzen (siehe Beispiele).

Dazu gehören auch die systematische Erhebung etwaiger Vorbefunde im Krankenhaus und bei anderen relevanten Stellen sowie die Differenzialdiagnostik, insbesondere von Depression.

Auch im weiteren Betreuungsverlauf eignet sich der Einsatz von Screening- und Fokusassessments wie z. B. der Delirium Observation Scale (DOS) oder der Confusion Assessment Method (CAM) zur frühzeitigen Erkennung eines potenziellen Delirs. Wichtig ist, dass die Anwender:innen (DGKP) für den Einsatz dieser Tools geschult wurden.

2. Routinemäßige Aufnahme personenbezogener Informationen bei Patientinnen und Patienten mit demenziellen und kognitiven Beeinträchtigungen

Individualisierte Informationen bei bereits bekannter oder diagnostizierter Demenz werden routinemäßig erhoben. Es geht hier insbesondere um Eigenheiten oder Verhaltensweisen, die dem gesamten Betreuungsteam bekannt sein sollen. Dabei werden An- und Zugehörige als Ressource gesehen und miteinbezogen.

Sprachliche und kulturelle Besonderheiten sind zu berücksichtigen, genauso wie ein frühzeitiges Erfassen von Wünschen und Bedürfnissen für die letzte Phase des Lebens und die diesbezügliche Planung.

Bereits bei der Aufnahme erfolgt die Entscheidung, ob eine individuelle (1:1-)Begleitung notwendig ist. Diese kann durch geschulte Ehrenamtliche bzw. An- und Zugehörige erfolgen.

3. Sicherung einer durchgängigen bereichsübergreifenden multiprofessionellen Dokumentation/Information

Diese Dokumentation/Information bezieht sich auf alle Abteilungen und alle Professionen, auch über einen längeren Zeitraum hinweg (z. B. bei Wiederaufnahmen), und erfolgt bei Entlassung auch nach außen.

Geriatrisches Basisassessment der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)

Publikationen der ÖGGG wie etwa das Österreichische Basisassessment oder die Broschüre „Delir 2017. Ein häufiges Syndrom im Alter – eine interdisziplinäre Herausforderung mit einschlägigen Screening- und Assessmentinstrumenten“ können von der ÖGGG bezogen werden: <https://geriatrie-online.at/basis-assessment>

S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der Stufe 2 der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG; wird derzeit aktualisiert)

Die Leitlinie bietet eine demonstrative Auswahl an Instrumenten im Rahmen eines geriatrischen Basisassessments: https://register.awmf.org/assets/guidelines/084-002LGI_S1_Geriatrisches-Assessment-Stufe_2_2022-10.pdf

Pocketcard Delir

Der Folder der tirol kliniken bietet eine kompakte Übersicht über Prävention, Screening und Therapie eines Delirs:

https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/16290_Delir_Pocketcard_ANSICHT_24418-2.pdf

Interprofessionelle Risk-Checklist DELIR

Die Checkliste der tirol kliniken eignet sich zur interprofessionellen Anwendung und ist zusätzlich als Plakat verfügbar:

https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/30340_IR_CD-Plakat_ANSICHT_17419.pdf und

https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/30340_Delir-Kurve-ANSICHT-17419-2.pdf

3 Individualisierte Betreuung und Versorgung

„Ich hab die Zimmernummer nicht mehr gewusst. Da hat mir eine Pflegeperson auf mein Armband die Zimmernummer draufgeschrieben, das hat sehr geholfen.“

3.1 Zielsetzung

Mit Patientinnen und Patienten demenzkompetent umzugehen bedeutet, Behandlung, Therapie und Pflege personenzentriert zu gestalten, d. h. zentrale Werte, Präferenzen, biografische Kernelemente zu kennen und zu berücksichtigen, Zu- und Angehörige in diese Informationssammlung einzubinden und alle Beteiligten zu informieren (z. B. durch gemeinsame Dokumentation).

Demenzkompetenter Umgang im Allgemeinen, angepasste Behandlung und Pflege tragen dazu bei, Begleiterscheinungen wie Delir und damit Folgekosten zu reduzieren. Wird Demenz ignoriert, stellt dies einen Behandlungs- bzw. Pflegefehler dar. Das ist fahrlässig, widerspricht dem Prinzip des Nichtschadens und verursacht hohe Kosten.

Das Verhalten von Patientinnen und Patienten mit Demenz kann nicht verändert werden. Behandlungserfolg stellt sich ein, wenn Pflege und Behandlung individuelle Präferenzen, biografische Aspekte, sensorische Besonderheiten sowie die Expertise der Zu- und Angehörigen beachten und funktionierende Hilfsmittel bereitgestellt werden.

Das Ziel individualisierter Betreuung und Versorgung ist, dass durch Berücksichtigung individueller Präferenzen, biografischer Aspekte, sensorischer Besonderheiten sowie durch **Selbstbestimmung und Teilhabe** an Entscheidungen während des Aufenthalts in einem Krankenhaus der Allgemeinzustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhalten und gegebenenfalls verbessert werden und ein Behandlungserfolg angestrebt wird.

3.2 Maßnahmen

1. Berücksichtigen der demenziellen und kognitiven Beeinträchtigungen in Behandlungspfaden und -abläufen

Zur Stärkung von Teilhabe und Selbstbestimmung ist ein wesentlicher Fokus auf Informationsweitergabe und Sprache zu richten: Informationen sollen klar und verständlich an die Person mit Demenz weitergegeben werden. Schriftliche Informationen in einfacher Sprache über die Diagnose und den Therapieplan helfen dabei, da sie die Patientinnen und Patienten immer wieder nachlesen können. Aktives Feedback an die Personen, dass Ihre Anliegen gehört werden, ist wesentlich für Patientinnen und Patienten mit Demenz.

Die Stationen sind so gestaltet, dass dort Tagesaktivitäten durchführbar sind und Möglichkeiten für Gruppenaktivitäten bestehen. Der Einsatz von z. B. Musiktherapie, gemeinschaftlichem Essen oder Spätmahlzeiten schafft Orientierung sowie Beschäftigung und stiftet Sinn.

Behandlungen (Behandlungspfade), Therapien, Pflege und Versorgungsabschnitte müssen den besonderen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten mit Demenz angepasst werden. Das bedeutet auch, diesen die Zeit dafür zu geben, sich auf Neues einzustellen, die Kommunikation und Sprache an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anzupassen. Für die pflegerische Betreuung sollen kontinuierlich dieselben Personen eingesetzt werden (Bezugspflege). In Hinblick auf Assessments muss berücksichtigt werden, dass die allenfalls eingesetzten Instrumente für die Anwendung bei kognitiven Einschränkungen geeignet sind (z. B. Schmerz, Wohlbefinden).

Vermeidung von Umgebungswechseln: Patientinnen und Patienten mit Demenz sollten möglichst wenig ihren gewohnten (vertrauten) Bereich verlassen müssen, Konsiliardienste kommen daher auf die Station. Untersuchung und Behandlung stationärer Patientinnen und Patienten sollen nur dann in Ambulanzen und Funktionseinheiten durchgeführt werden, wenn dies auf der Station nicht möglich ist. In diesen Fällen sind Wartezeiten außerhalb der Station zu vermeiden, prioritäre Behandlung bzw. fixe Zeitfenster für Patientinnen und Patienten mit Demenz sollen eingeplant werden. Auch soll in der Gestaltung der Ambulanzen (Beschilderung, Beschäftigung für Wartezeiten etc.) auf eine demenzsensible Ausführung geachtet werden.

Demenztypischen Verhaltensweisen wie Herumwandern, Schlaflosigkeit, Anhänglichkeit, Misstrauen/Verdächtigungen, herausforderndem Verhalten usw. soll adäquat be-

gegnet werden. Dazu steht eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verfügung wie zum Beispiel die Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiter:innen oder Begleitsdienste für Untersuchungen.

2. Schaffen von Möglichkeiten zur intensivierten individuellen Betreuung

In ausgewählten Fällen wird empfohlen, eine intensiverte individuelle Betreuung zu ermöglichen. Dazu eignen sich z. B. die Aufnahme von Begleitpersonen (Rooming-in), die Einbindung An- und Zugehöriger, ehrenamtlicher Mitarbeiter:innen sowie Angehöriger der Gesundheitsberufe.

3. Bereitstellen persönlicher Basisinformationen für die Patientinnen und Patienten

Persönliche Basisinformationen, die für die Betroffenen von besonderer Bedeutung sind und ihren Alltag betreffen, sind niederschwellig zur Verfügung zu stellen. Das kann z. B. der Grund für den Krankenhausaufenthalt oder die Kennzeichnung des richtigen Zimmers sein. Datenschutzrechtliche Überlegungen sind dabei zu beachten. Sprechen und/oder verstehen die Patientinnen und Patienten mit Demenz oder deren Familien nicht Deutsch, soll ein:e Dolmetscher:in organisiert werden.

Verein Klinikbrücke

Die Ehrenamtlichen der Klinikbrücke begleiten Patientinnen und Patienten während deren Aufenthalts im Krankenhaus: von der Orientierung auf dem Gelände bis zum Kauf einer Zeitschrift. Weitere Informationen finden sich auf der Homepage <http://www.klinikbruecke.at>.

Ehrenamtliche Demenzbegleitung im Akutspital

Die freiwilligen Helfer:innen betreuen Patientinnen und Patienten mit Demenz: <https://www.bhswien.at/karriere/ehrenamtliche-demenzbegleitung>

4 Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Betreuungspersonen

4.1 Zielsetzung

Die Betreuung und Versorgung von Patientinnen und Patienten, die demenzielle und kognitive Beeinträchtigungen aufweisen, bedarf einer verstärkten und abgestimmten Kooperation unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure.

Dazu zählen neben den Betroffenen selbst insbesondere ihre An- und Zugehörigen, Ehrenamtliche, Hausärztinnen und -ärzte sowie Personen, die in Rettungsdiensten, Pflegeheimen und mobilen sozialen Diensten, Ambulanzen, Rehabilitationseinrichtungen bzw. anderen Krankenhäusern, aber auch in Verwaltungseinrichtungen, Versicherungen tätig sind, sowie politische Entscheidungsträger:innen. Das Einbinden dieser Partner:innen – insbesondere An- und Zugehöriger – erleichtert das Schnittstellenmanagement sowie die Pflege und Betreuung während des Aufenthalts. Bekannte und vertraute Personen reduzieren Verwirrtheit und geben Sicherheit. Dadurch wird die Behandlung positiv beeinflusst, die Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden gewährleistet und im Idealfall die Aufenthaltsdauer verkürzt.

Neben den Patientinnen und Patienten mit Demenz stehen auch ihre Angehörigen selbst im Fokus eines demenzsensiblen Krankenhauses. Bekommen sie kompetente Unterstützung, wirkt sich das positiv auf deren (Pflege-)Beziehung aus.

Das Ziel partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit Betreuungspersonen ist, die **richtigen Informationen** so **rasch** wie möglich zu **erhalten**, richtig zu **interpretieren** und an die relevanten Stellen **weiterzuleiten**.

4.2 Maßnahmen

1. Einbinden An- und Zugehöriger

An- und Zugehörige werden systematisch in die Betreuung demenziell und kognitiv beeinträchtigter Patientinnen und Patienten miteinbezogen. Sie können Auskunft über deren Gewohnheiten und Besonderheiten geben. Eine Einbindung An- und Zugehöriger in die Pflege sollte allerdings unter Berücksichtigung ihrer Möglichkeiten und Ressourcen erfolgen. Die Möglichkeit der Begleitung bei (ambulanten) Untersuchungen (Diagnostik) und Behandlungen wird gefördert.

Die An- und Zugehörigen sollen so oft und so lange wie möglich bei der Patientin oder beim Patienten bleiben können. Dafür sind flexible Besuchszeiten, Rooming-in (rund um die Uhr) oder Rückzugsmöglichkeiten vorzusehen. Insbesondere für Tagesrandzeiten sind entsprechende Angebote zu schaffen.

Aber auch die An- und Zugehörigen selbst sollen Zielgruppe in der Betreuung sein; durch systematisches Erheben ihrer Bedürfnisse und individualisierte Beratung bzw. Verweisen an die entsprechenden Stellen kann die Betreuungssituation verbessert und damit die Lebensqualität der demenziell erkrankter Menschen verbessert werden. Während des Aufenthalts oder im Rahmen des Entlassungsmanagements werden An- und Zugehörigen einschlägige Informationen zur Verfügung gestellt, u. a. in Form von Broschüren und Einzel- oder Gruppengesprächen. Das Ziel dabei ist, die An- und Zugehörigen für die Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt vorzubereiten und eine Wiedereinweisung der Patientin oder des Patienten nach Möglichkeit zu verhindern.

Ressource 24-h-Betreuungsdienste: An- und Zugehörige sollen darauf hingewiesen werden, dass 24-h-Betreuungsdienste auch aktiv in die Betreuung und Begleitung während des Krankenhausaufenthalts eingebunden werden können (anstelle oder in Ergänzung der An- und Zugehörigen), insbesondere wenn das Betreuungsverhältnis schon länger besteht bzw. die Patientin oder der Patient die 24-h-Betreuungsperson erkennt und zwischen ihnen ein gutes Verhältnis besteht.

Entlassungsmanagement: So früh wie möglich (das kann bei geplanten Aufnahmen schon vor dem Krankenhausaufenthalt sein) soll das Entlassungsmanagement eingebunden werden, um die Patientin und den Patienten bzw. die An- und Zugehörigen rechtzeitig zu beraten und Entscheidungen, die eine Entlassung in die gewohnte Umgebung verzögern (z. B. Wohnraumadaptierung, Bestellung sozialer Dienste) zu verhindern. Wenn eine Entlassung in die vor dem Krankenhausaufenthalt bestehende Wohn- und Betreuungssituation nicht mehr möglich ist, sind rechtzeitig die alternativen Mög-

lichkeiten zu besprechen und zu organisieren. Da es sich dabei um tiefgreifende (existenzielle) Entscheidungen für die Patientinnen und Patienten mit Demenz und deren An- und Zugehörige handelt, die das Krankenhauspersonal nicht übernehmen kann, muss ausreichend Zeit für die Beratung und Auseinandersetzung in Bezug auf die Alternativen eingeplant werden.

2. Aktives Nahtstellenmanagement, insbesondere bezüglich niedergelassener (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte, mobiler sozialer Dienste / Pflegediensten sowie Pflegeheimen

Von zuweisenden Stellen wie niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder Pflegeheimen / mobilen Diensten werden Standardinformationen über den kognitiv beeinträchtigten Menschen inklusive dessen dokumentierter Gewohnheiten übermittelt oder müssen seitens der Demenzbeauftragten proaktiv eingefordert werden.

Eine verbesserte Kommunikation mit diesen Stellen trägt auch dazu bei, dass diese das Bewusstsein entwickeln, auf diese Weise vermeidbare Krankenhausaufenthalte zu reduzieren.

Elektronische Systeme wie ELGA werden dabei so umfassend wie möglich genutzt.

Relevante Informationen, die neben dem stationären Bereich insbesondere auch aus Ambulanzen (z. B. Diabetesambulanz) stammen, sollen nachfolgenden Versorgungseinheiten Hinweise auf eine notwendige Weiterbetreuung geben (z. B. Entlassungsdokumente, Entlassungsbericht).

3. Zusammenarbeit und Kommunikation mit Rettungsdiensten

Bei Entlassungen und beim Transport durch Rettungsdienste werden die Sanitäter:innen hinsichtlich individueller Präferenzen und anderer für den Transport relevanter Sachverhalte informiert.

4. Zusammenarbeit mit Verwaltungseinrichtungen/Politik

Durch das Einbringen der Thematik Patientinnen und Patienten mit Demenz in strategische Ebenen (wie z. B. Gemeinde, Bezirk, Land oder ÖGK) und die Zusammenarbeit mit diesen können die Interessen der davon Betroffenen vertreten und Versorgungsstrukturen diesbezüglich mitgestaltet werden.

5. Einbinden ehrenamtlicher Mitarbeiter:innen

Geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter:innen werden in die Betreuung von Patientinnen und Patienten, die demenzielle und kognitive Beeinträchtigungen aufweisen, systematisch miteinbezogen, tragen dadurch zur besseren Orientierung bei und entlasten so auch Angehörige und Mitarbeiter:innen. Einsatzmöglichkeiten für sie sind z. B. ein regelmäßiger Besuchsdienst mit individuell angepassten Maßnahmen, welche die Kognition fordern und fördern, Begleitungen bei Untersuchungen und Behandlungen und die Funktion als Ansprechpartner:innen für Angehörige.

Folgende Projekte bzw. Unterlagen erleichtern die Begegnung zwischen Patientinnen/Patienten und Personal im Krankenhaus:

Krankenhaus Vorarlberg

Im Krankenhauspass werden wichtige Informationen über die Patientin bzw. den Patienten dargestellt. Weitere Informationen finden sich unter <http://www.krankenhaus-pass.at>.

Verwirrte Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus – Informationen für Angehörige und Freunde

Die folgende Broschüre bietet Informationen rund um das Thema Delir:
https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/30340_delir_broschuere_WEB-26418-1.pdf

Memory Netzwerk

Die Memory Nurses sind auch Anlaufstelle für Angehörige von Patientinnen und Patienten mit Demenz, für welche sie Beratungen und Schulungen anbieten:
<https://demenz.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=anlaufstellen/memory-netzwerk>

Informationsbogen „Gut vorbereitet ins Krankenhaus“

Das Dokument bietet Unterstützung für die Vorbereitung eines stationären Aufenthalts von Personen mit Demenz und ist unter <https://demenz.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=tipps/im-krankenhaus/stationaerer-aufenthalt> abrufbar.

Informationsbogen und Checkliste für die Aufnahme ins Krankenhaus

https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/Demenz%20Informationsbogen_StadtSalzburg.pdf

<https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/A4-Checkliste-Demenz-11-2017.pdf>

Überleitungsbogen Demenz

https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/UeLB_Demenz.pdf

Infoblatt: Patient:innen mit einer Demenz im Krankenhaus (Deutsch, Türkisch, BKS)

<https://www.diakonie.at/demenz/mit-demenz-leben/patient-innen-mit-demenz-im-krankenhaus#>

Angehörigeninformation Demenz und Delir (Deutsch, Englisch, Kroatisch)

<https://www.kages.at/demenz-und-delir>

5 Demenzgerechte Umgebung und Ausstattung

5.1 Zielsetzung

Umgebung und Ausstattung sind so zu gestalten, dass das Milieu im Krankenhaus therapeutisch wirkt. Das bedeutet, Stress, Hektik und Lärm zu reduzieren/minimieren, Orientierung zu schaffen und Beschäftigung zu ermöglichen. Damit wird auch zu einer Entlastung des Personals beigetragen.

Das Ziel demenzgerechter Umgebung und Ausstattung ist, die räumliche Umgebung entsprechend den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten mit Demenz auszugestalten, um **nicht zu einer Verschlechterung** ihrer gesundheitlichen Situation beizutragen.

5.2 Maßnahmen

1. Bauliche Maßnahmen bei Um- und Neubauten

Bei Neu- und Umbauten werden in die Planung auch Demenzexpertinnen und -experten mit einbezogen. Bauliche Maßnahmen werden (auf Basis von Healing-Environment-Konzepten) so gestaltet, dass sie

- Orientierung erleichtern,
- Aktivierung und Mobilisierung ermöglichen,
- Rückzugsmöglichkeiten vorsehen,
- Rooming-in gestatten,
- Zweibettzimmer vorsehen sowie
- Hektik und sensorische Überforderung minimieren.

Vor Um- und Neubauten werden spezialisierte Beratungen in Anspruch genommen.

2. Demenzgerechte Gestaltung des Milieus

Innenräume im Krankenhaus sind demenzgerecht ausgestaltet, insbesondere durch

- Orientierungs- und Leitsysteme wie große Piktogramme, farbliche Kennzeichnung für unterschiedliche Bereiche etc.,
- milieutherapeutische Gestaltung (Lichtkonzept, Innenraumgestaltung),
- zeitliche Orientierungshilfen (gut erkennbare Uhren; Wochentag und Datumsangabe),
- die Möglichkeit, persönliche, vertraute Gegenstände mitzunehmen (z. B. Wecker, Fotos, Lieblingstasse ...) oder Fotos, Bilder solcher Gegenstände für die Patientinnen und Patienten gut sichtbar aufzuhängen (...), und die Bitte an Angehörige, keine neuen Gegenstände (z. B. Kleidungsstücke, Waschbeutel ...), welche die Patientin oder der Patient nicht kennt, zu kaufen, sondern vertraute persönliche Gegenstände mitzubringen,
- örtliche Orientierung – z. B. gut sichtbare Schilder mit Krankenhaus XY, Abteilung, Station montieren oder in Sichtnähe des Bettes anbringen (Wechselrahmen) –,
- Alltagsgegenstände (Waschbecken und Armaturen, Klobrille), die klar (z. B. durch farbliche Kontraste) gekennzeichnet sind und sich voneinander unterscheiden,
- Desorientiertenschutzsysteme,
- barrierefreie, behindertengerechte Ausstattung (insbesondere in Hinblick auf sensorische Defizite),
- Vorhandensein lärmreduzierter Geräte/Hilfsmittel (z. B. adaptierbare Alarngrenzen),
- Minimierung von Lautstärke und Lärm,
- Berücksichtigung der erhöhten Mobilität durch z. B. Endlosgänge mit Sitzgelegenheiten sowie durch
- Aufenthaltsräume und Beschäftigungsangebote für Patientinnen und Patienten mit Demenz.

3. Gestaltung der Tagesabläufe

Tagesabläufe (Visiten, Essenszeiten), Behandlungs-, Untersuchungsprogramme (u. U. -abläufe) werden nach Möglichkeit individuellen Besonderheiten/Bedürfnissen und Compliancemöglichkeiten angepasst, Wartezeiten in Untersuchungs- und Behandlungseinheiten reduziert (eigene Slots einplanen), und der Ausfall von Mahlzeiten („näch-

tern“ bleiben) wird vermieden. Oft haben Patientinnen und Patienten mit Demenz verschobene Tagesrhythmen, können nachts nicht schlafen oder sind am Vormittag längere Zeit noch nicht gut ansprechbar. Auch dies ist im Ablauf zu berücksichtigen.

4. Entwicklung eines speziellen Ernährungskonzepts

Ein Ernährungskonzept liegt vor, welches möglichst selbstständiges Essen fördert (z. B. Buffet, Kost mit unterschiedlichen Konsistenzen, Fingerfood, hochkalorische Kost/Zusatzprodukte) und durchgehenden Zugang zu heißen und kalten Getränken und ausreichend Platz gewährleistet, damit Angehörige oder ehrenamtliche Mitarbeiter:innen beim Essen unterstützen können.

Ein Ausfall von Mahlzeiten („nüchtern“ lassen) soll nur erfolgen, wenn dies unbedingt notwendig und nicht vermeidbar ist.

Auszeit-TV

Das Format der tirol kliniken mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten soll Ruhe in den hektischen Krankenhausalltag bringen:

https://www.youtube.com/watch?v=c1l072dv_Vo&list=PLbYcPHO4p9wRX9D5G1N9ib2qhr0IAjqzr&index=4

Piktogramme

Zusammen mit Grafikerinnen und Grafikern haben die tirol kliniken 19 Piktogramme entwickelt, die Patientinnen und Patienten mit und ohne Demenz im Klinikalltag unterstützen und in allen Neu- und Umbauten angewandt werden:

<https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/Piktogramme.pdf>

Das Bayerische Institut für alters- und demenzsensible Architektur

Das Institut arbeitet an der Schnittstelle von angewandter Industrieforschung und evidenzbasierter Grundlagenforschung. Sein Ziel ist immer, eine möglichst verständliche und bedienerfreundliche Umgebung zu schaffen, um die Kompetenzen der Menschen, die kognitive Einschränkungen und Demenz

aufweisen, möglichst lange zu erhalten. Ein Beispiel ist der *Leitfaden für alters- und demenzsensible Architektur im Akutkrankenhaus*, gefördert durch die Robert Bosch Stiftung und das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege in Zusammenarbeit mit der Ingenium-Stiftung Ingolstadt.

Weitere Projekte und Leitfäden finden sich auf der Homepage
<https://www.bifada.de>.

6 Steuerungsmechanismus „Dementia Governance“

6.1 Zielsetzung

Die Umsetzung von Maßnahmen, die zu einem demenzkompetenten Krankenhaus führen, muss geplant und gesteuert werden. Das bedeutet, diese systematisch in die strategischen Ziele, die Qualitätssicherung sowie in das Kennzahlensystem des Krankenhauses zu integrieren. Damit kann langfristig der Erfolg der Maßnahmen dargestellt werden.

Das Ziel eines strategischen Demenz- und Delirmanagements ist der Aufbau eines **systematischen demenz- bzw. delirbezogenen Qualitätssysteme**, basierend auf Daten und Kennzahlen. Damit soll gezeigt werden, dass die Maßnahmen Vorteile sowohl für das Personal als auch für die Patientinnen und Patienten haben, aber auch Effizienzpotenziale für den Krankenhausträger bergen.

Es bildet damit auch die Grundlage für qualitative und quantitative Bedarfs- und Versorgungsforschung auf Mikro- wie auf Makroebene und ist damit eine wichtige Planungsgrundlage sowohl für das eigene Haus als auch die Landes- und Bundesebene.

6.2 Maßnahmen

1. Konzept erarbeiten und umsetzen

Die in diesem Papier vorgeschlagenen Maßnahmen müssen auf die individuellen Bedarfe der Organisationen umgelegt werden und auf die Besonderheiten der Einrichtungen fokussieren. Werden bereits in der Entwicklung des Konzepts alle relevanten Gruppen miteinbezogen, erreicht man in der Umsetzung eine hohe Verbindlichkeit.

2. Kennzahlen entwickeln und erheben

Die Wirkung der gesetzten Maßnahmen soll abgebildet werden. Dazu ist es notwendig, für die einzelnen Domänen entsprechende Kriterien zu formulieren und zu überprüfen

(beispielsweise ob Assessments durchgeführt wurden oder ob das Entlassungsmanagement standardisiert eingebunden wird/wurde).

3. Gemeinsames Vorgehen

Über die individuelle Erarbeitung von Kennzahlen hinaus wird empfohlen, eine trägerübergreifende geeignete Vorgangsweise zur Sicherstellung von Transparenz und Vergleichbarkeit zu entwickeln. Erstrebenswert ist eine Vereinheitlichung der Datenerfassung und des Datenbestands.

4. Entwicklung von Fachstandards und Leitlinien

Fachstandards/Leitlinien aller Berufsgruppen werden auf ihre Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten mit Demenz im interprofessionellen und interdisziplinären Team überprüft und angepasst.

5. Etablierung von Ethikboards bzw. klinischer Ethikberatung

Die Einführung klinischer Ethikberatung vor allem bei Therapiezieländerungen kann dem Krankenhaus Rechtssicherheit und Qualitätssteigerung bringen.

Ethikboards entscheiden insbesondere über Art und Weise der Dokumentation und die Weitergabe von Daten bzw. Datensammlungen (z. B. für Forschungszwecke). Dies bildet die Grundlage für die Schaffung einer nationalen Datenbasis.

Gesamtkonzept demenzfreundliches Krankenhaus

Die Barmherzigen Brüder Österreich haben sich dieser Aufgabe gewidmet und im Krankenhaus Wien ein Programm zum „Demenzfreundlichen Krankenhaus“ gestartet – das umfassende Programm findet sich hier:

<http://barmherzige-brueder.at/unit/ethik/de/aktuelles/blog/article/36453.html>

Demenz braucht Kompetenz

Mit dieser Initiative werden Demenz und Delir in der Tirol Kliniken GmbH verstärkt in den Vordergrund gerückt, damit auch Mitarbeiter:innen über diese Erkrankungen informiert sind, damit sie Patientinnen und Patienten kompetent und sensibel begleiten können. Schulungen, Veranstaltungen und Kommunikationsaktivitäten

sollen dazu beitragen, das vorhandene Wissen und die Kompetenz zu stärken, weiterzuentwickeln und allen zugänglich zu machen. Das Ziel der Initiative ist, alle Beteiligten im oft gar nicht demenzgerechten Krankenhausalltag zu entlasten.

Informationen dazu finden sich unter <https://demenz.tirol-kliniken.at>.

DEMENTIA CARE pointers for service change

Die englische Publikation bietet evidenzbasierte Unterstützung auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9441201/#ref25>

Gremium der Expertinnen und Experten 2017

Magdalena ARROUAS	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Beate CZEGKA	Tirol Kliniken GmbH, Abteilung Pflegemanagement
Thomas FRÜHWALD	Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)
Manela GLARCHER	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Georg PINTER	Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG, LKH Klagenfurt
Andreas SCHNEIDER	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
Cornelia SCHNEIDER	Wiener Krankenanstaltenverbund; Vorstandsbereich Health Care Management
Dan VERDES	Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG, LKH Klagenfurt
Brigitte WALZL	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Jürgen WALLNER	Barmherzige Brüder Österreich, Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien
Monique WEISSENBERGER	Forum Palliative Praxis Geriatrie
Constantin ZIEGER	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Literaturverzeichnis

- Garrett, Dawne; Mills, Nicola; Thompson, Rachel (2019): Commitment to Care of People living with Dementia. SPACE Principles. Royal College of Nursing (RCN)
- Höfler, Sabine; Bengough, Theresa; Winkler, Petra; Griebler, Robert (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit & Sozialministerium, Wien
- Manietta, C.; Purwins, D.; Reinhard, A.; Knecht, C.; Roes, M. (2022): Characteristics of dementia-friendly hospitals: an integrative review. In: BMC Geriatr 22/1:468
- Österreichische Gesellschaft für Neurologie (2022): Österreichischer Neurologie-Report 2022 ISBN: 978-3-9504988-9-9. Österreichische Gesellschaft für Neurologie
- Statistik Austria (2023): Bevölkerungspyramide Österreich 1952–2100 Prognose [online]. https://www.statistik.at/atlas/bev_prognose/#!y=2049 [Zugriff am 24.11.2023]

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)