



Das demenzsensible Krankenhaus

Thomas Duning

*Klinik für Neurologie
Leitung Stabstelle Demenzsensibles Krankenhaus*

Universitätsklinikum Münster

Fallreport:

- 81-jährige Patientin, mediale Schenkelhalsfraktur, operativ versorgt
- Seit 2 Tagen auf der Normalstation, zuvor mit Ehemann weitgehend selbstversorgend
- Gestern Abend erstmals unruhig, nimmt Medikamente nicht mehr ein, weigert sich, das Zimmer aufzusuchen, schlägt Pflegekräfte
- In Visite vormittags geordnet, orientiert, antwortet kohärent
- Diagnose: Delir

Fallreport:

- Im weiteren Verlauf ruhiger, zurückgezogen, wenig motiviert, z.T. Verlaufen auf Station
- Entlassung zum stat. rehabilitativem Aufenthalt
- Dort erneute Verschlechterung der Orientierungsstörungen und Aufmerksamkeit, Pat. psychomotorisch verlangsamt
- Nach 4-wöchtiger Reha keine Entlassung häusliche Entlassung möglich, Pat. wird dauerhaft in Pflegeeinrichtung versorgt

Folgen des Delirs



Extremfall der kognitiven Verschlechterung: Das Delir

Wenn bei Fieber noch Delirium hinzukommt,
dann ist der Patient verloren.

(Hippokrates, 460 - 375 v. Chr.)

Das Delirium ist ein Notfall: Selbstgefährdung,
hohe Sterblichkeit, oft nicht reversible
Symptome und lange Hospitalisationsdauer.

(Steiner et al. Eur J Anaesthesiol. 2011)



Namen de

**Hirnorganisches
Psychosyndrom**

**Postoperative
kognitive
Dysfunktion**

**Akute
Verwirrtheit**

**Durchgangs-
syndrom**

**Multifaktorielle
Enzephalopathie**

**Akuter exogener
Reaktionstyp**



Delir

Definition des Delirs

Definition nach DSM IV

- Störung der Aufmerksamkeit
- Globale Störung der Kognition (Orientierung, Sprache, Auffassung, Gedächtnis)
- Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf
- Zugrundeliegende organische Ursache



Häufigkeit des Delirs

- Um 35 % aller Patienten > 65 Jahre in konservativen Fachabteilungen im Krankenhaus erleben ein Delir
- 20% - 60% aller älteren chirurgischer Patienten
 - Patienten mit Hüftfrakturen: 60%
 - Auf Intensivstationen: 100%

Clegg et al.
Fick et al. 2002
Inouye et al. 2014

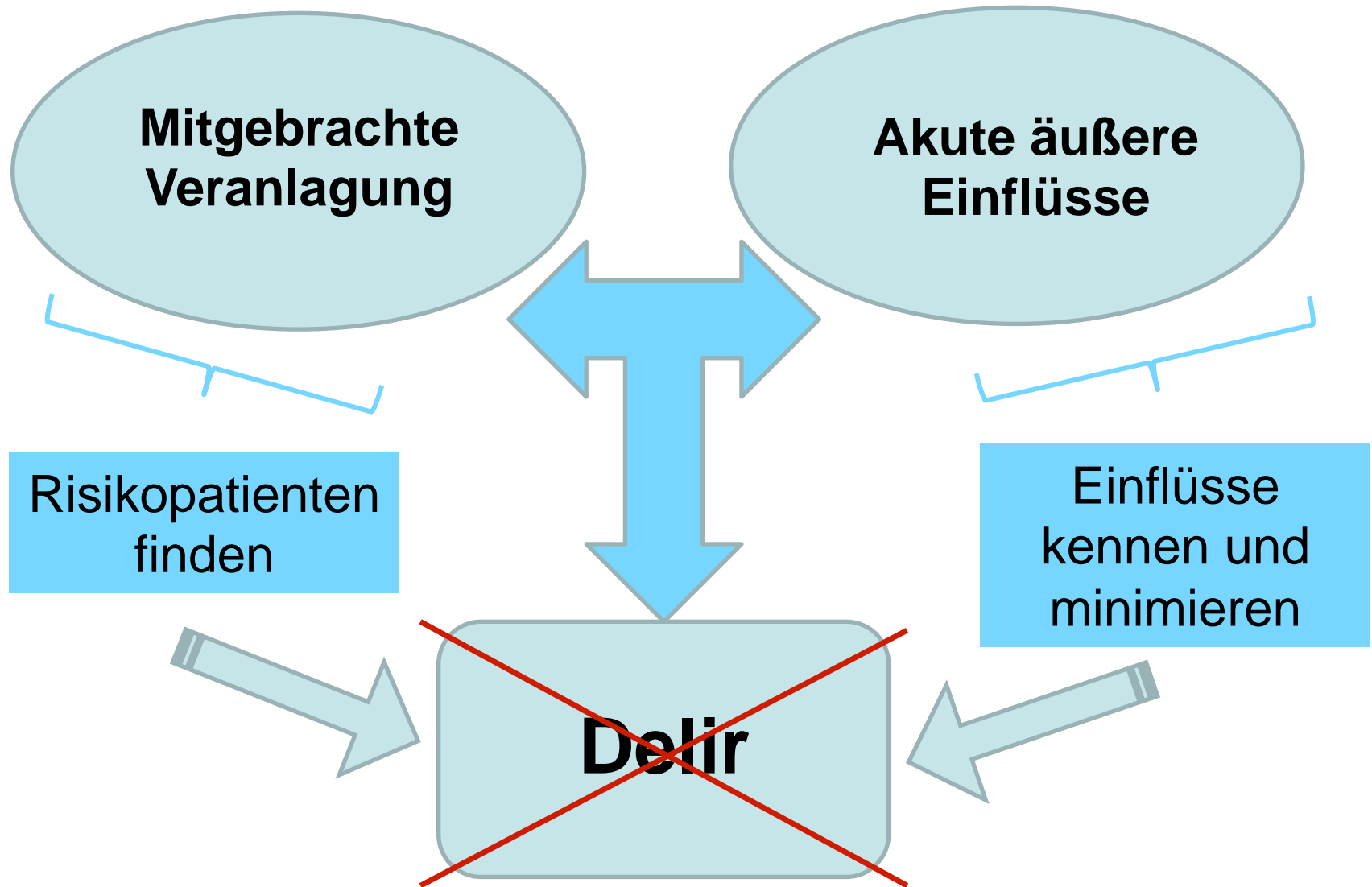


Folgen des Delirs

- längerer Krankenhausaufenthalt (Ø 20 vs. 9 Tage)
- Sterblichkeit kurzfristig 20-fach erhöht
- ¼ der älteren Delirpatienten stirbt innerhalb v. 3-4 Monaten
- Symptome in nur 50% d. F. komplett reversibel
- 41% von zuvor selbstversorgenden Patienten einen Monat nach Entlassung in Pflegeeinrichtung



Prävention des Delirs

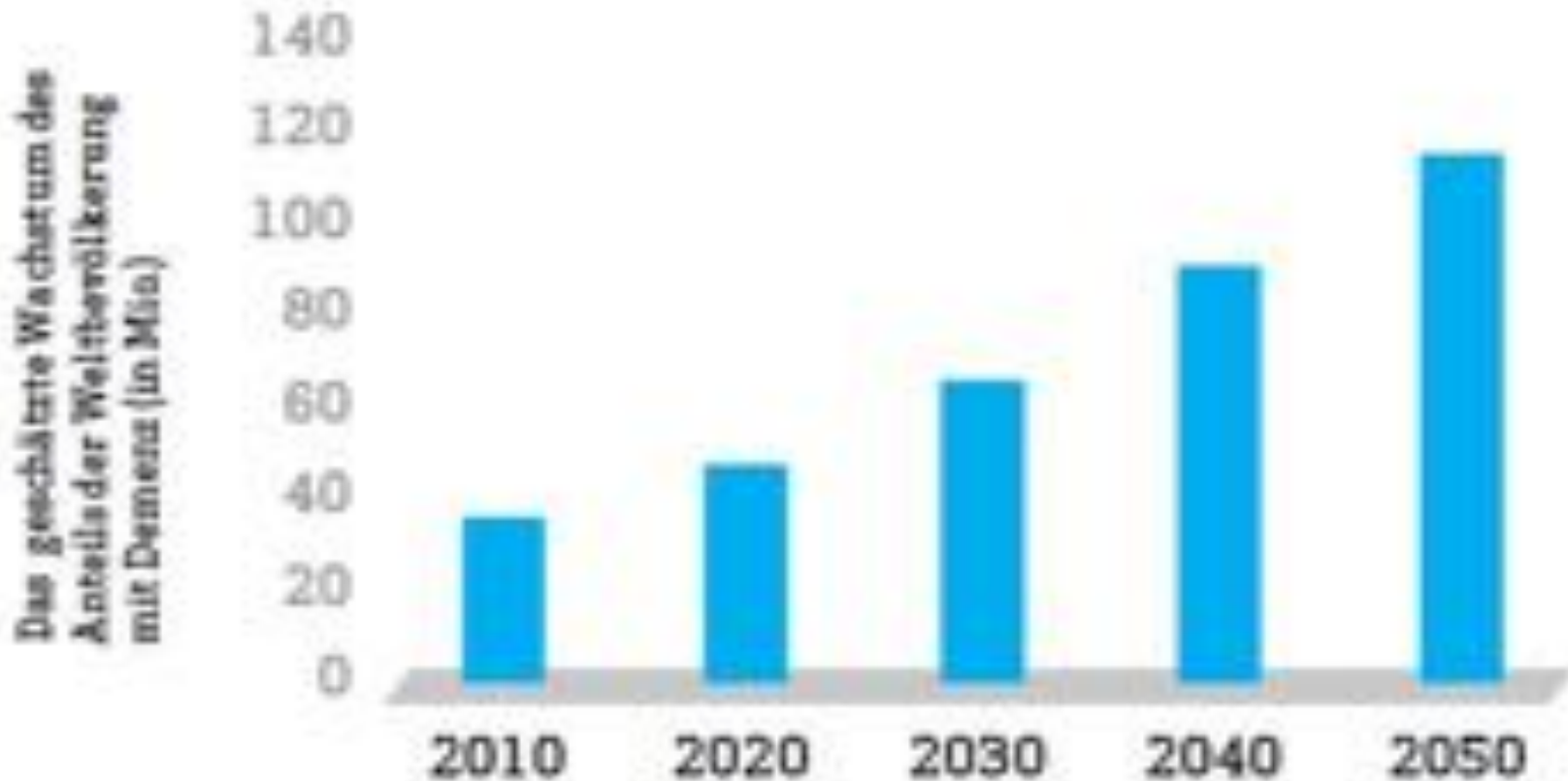


Multifaktorielle Genese des Delirs

Risikofaktoren für ein Delir

- Alter
- Kognitive Beeinträchtigung
- „Funktionelle Beeinträchtigung“
- Vor-Medikation (Bestehende Neuroleptika- und/oder Benzodiazepin-Einnahme, Anticholinergika)
- Durchgeführter Eingriff
- Anämie
- Renale und hepatische Funktion
- Ausbildungsstatus

Epidemiologie der Demenz



Grafik 5: Das geschätzte Wachstum des Anteils der Weltbevölkerung mit Demenz (Quelle: *Dementia: a public health priority*, World Health Organization and Alzheimer's Disease International).

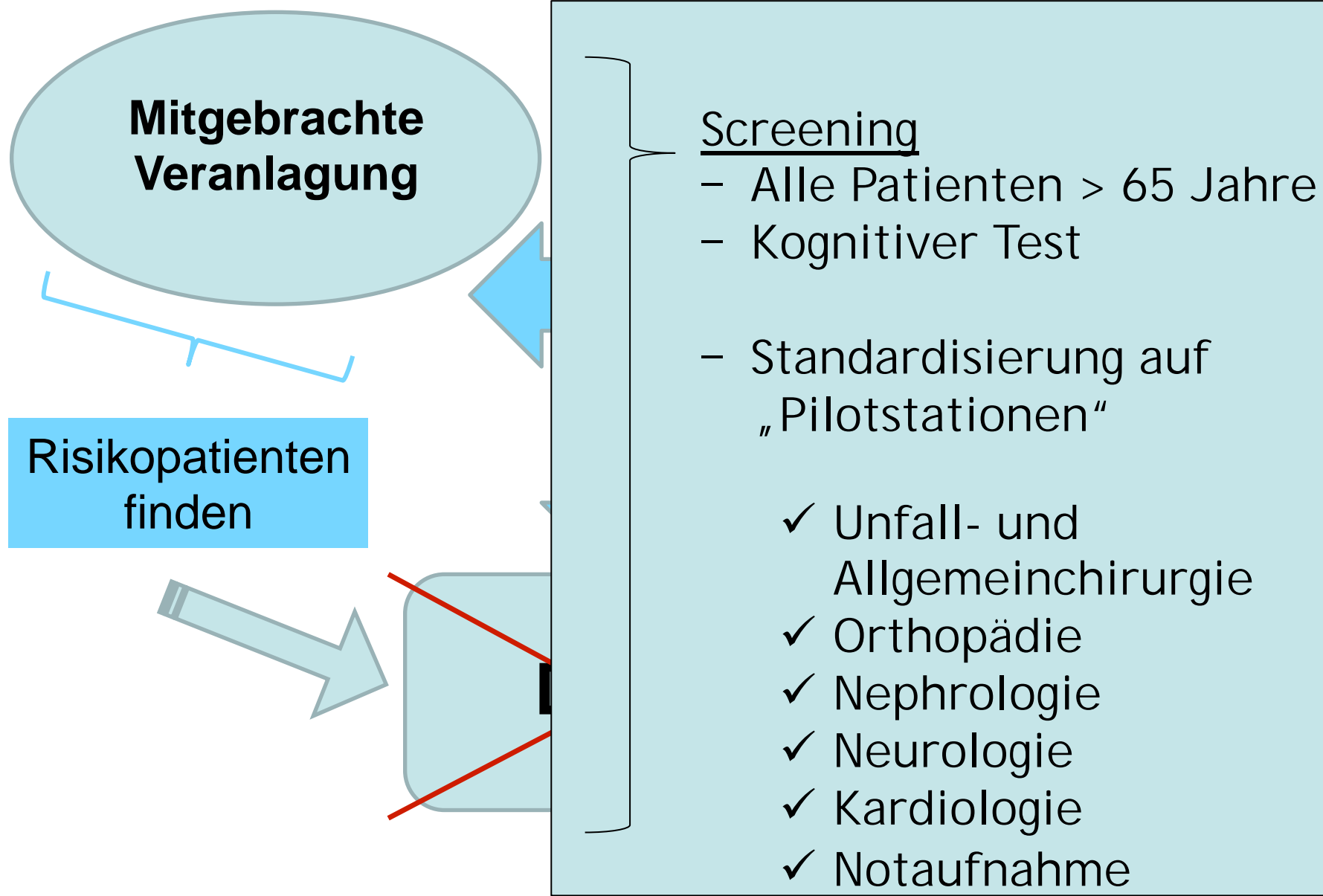
Epidemiologie der Demenz



Anteil der
Demenzkranken an
Verstorbenen in 2009

*Stat. Bundesamt; wegweiser-
demenz.de 2012*

Multifaktorielle Genese des Delirs



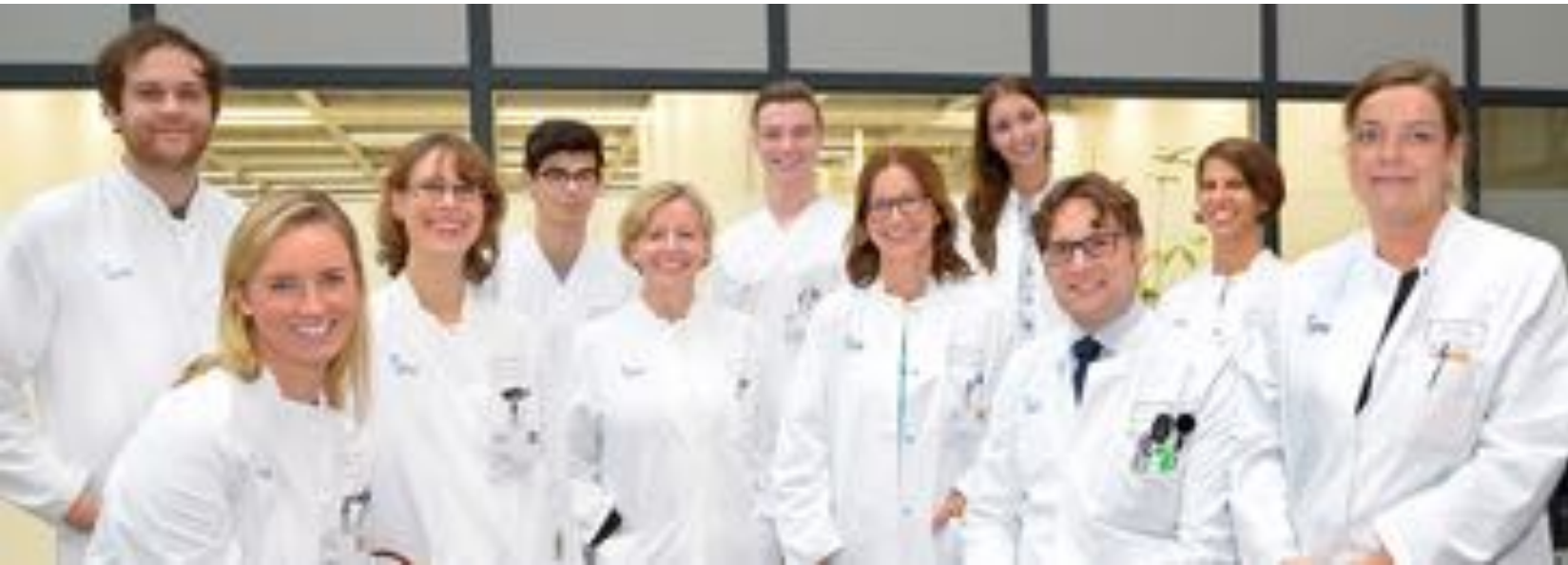


Stabstelle Demenzsensibles Krankenhaus

delirprae@ukmuenster.de

0251/83-45075

Universitätsklinik Münster



Umsetzung eines delirpräventiven Versorgungskonzeptes an einem maximalversorgenden Krankenhaus

Teamleitung

- Fachliche und organisatorische Leitung des Projektes
- Mitarbeiterschulung
- Anpassen und Verändern konzeptioneller Ausrichtungen
- Ansprechpartner für Abteilungsleiter und Klinikleitung

4 speziell ausgebildete Pflegekräfte

- Begleitung von Risikopatienten
- Demenz- und Delirscreening
- Dokumentation
- Direkte Ansprechpartner auf Station
- Durchführung und Planung interner Fortbildungen
- Beratung pflegender Angehöriger
- Koordination ehrenamtlicher Kräfte

1 FachArzt/Ärztin Neurologie/ Psychiatrie

- Koordination akuter Maßnahmen
- Organisation des personellen Einsatzes
- Durchführung interdisziplinärer Visiten
- Durchführung spezifischer Untersuchungen
- Ansprechpartner bei medizinischen Fragen
- Besetzung des Hotline-Telefons

1 Pharmazeut/in

- Durchführung und Dokumentation Pharmazeutische Aufnahme
- Begleitung von Visiten der Risikopatienten
- Ansprechpartner bzgl. med. Delirmanagements
- Ansprechpartner Controlling/ Dokumentation/Kostenkontrolle

Sozialarbeiterin: Ehrenamtliche Kräfte (auch BuFD, FSL)

- Begleitung von Risikopatienten
- Kognitive Aktivierung (Vorlesen, Aufklären über Aufenthalt, Einsetzen spezifischer Toolbox)

Beratung durch Leitung der ...

Klinischen Pharmakologie
Anästhesie
Psychiatrie

Pflegedirektion
Sozialdienst
Patiententransport
Krankenpflegeschule

Umsetzung von delirpräventiven Versorgungskonzepten am UKM

1. Demenzscreening

2. Pharmazeutische Aufnahme

Etablierung eines „pharmazeutischen Aufnahmebogens“ (Stations-spezifisch)

Frage nach delirogenen Medikamenten, Plausibilität, Dosierung, Wechselwirkung und Verträglichkeit kritisch überprüfen.

3. Direkte Patientenbetreuung

Begleitung von Risikopatienten zum/nach dem OP (chirurgisch) bzw. zu invasiven therapeutischen oder diagnostischen Prozeduren (konservativ/chirurgisch)

4. Mitarbeiterschulung

Gestaffelte Schulung, getrennt nach ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern.

a): Basisschulung aller Mitarbeiter (Umfang 2x90 min), Whgl. alle 6 Monate

b): Schulung von zu bestimmenden „Multiplikatoren“ (1-2/Station), Besuch von Workshops und umfängliche hausinterne Schulung

5. Demenzvisite

Etablieren einer festen, interdisziplinären Visite bei ausgewählten Patienten (1x Woche)

Einrichten einer tel. „Demenz-Hotline“

6. Etablieren eines standardisierten Delirmanagements

Umsetzung von delirpräventiven Versorgungskonzepten am UKM

Vorteile:

- Langfristige Verbesserung der med. Versorgung älterer Patienten
- Positive Außenwirkung durch Etablierung eines Demenz/Delirkonzeptes am UKM
- Positive „Innenwirkung“ durch Entlastung der Pflegekräfte und Ärzte

- Mittelfristige Kostenreduktion durch kürzere Liegezeiten aufwändiger Patienten und erhöhte OP-Auslastung

Pharmazeutische Aufnahme

Etablierung eines „pharmazeutischen Aufnahmebogens“ (Stationsspezifisch)

Frage nach delirogenen Medikamenten, Plausibilität, Dosierung, Wechselwirkung und Verträglichkeit kritisch überprüfen



Kooperation mit Patiententransport



- Spezielle Schulung bestimmter Mitarbeiter
- Elektronische „Markierung“ von Risikopatienten
- Systematische Begleitung der Risikopatienten

Erfolgreicher Start für Stationshelfer

Da die Zahl der Patienten mit Demenz weiter ansteigt, möchte die Uniklinik das Projekt mit dem ehrenamtlichen Begleit- und Beschäftigungsdienst ausweiten — Am 8. Oktober gibt es einen Info-Vormittag

Von Michael Holländer

St. Jürgen. Krankenschwester Dana Bolt hat die Liste mit dem Neuaufnahmen auf Station 45b schon fertig und drückt sie Angelika Urban gleich in die Hand, als diese ihren Freiwilligendienst beginnt. Die 59-Jährige hat extra ein blaues Hemd übergezogen, damit sie von Ärzten und Pflegern sowie Angehörigen gleich erkannt werden kann. „Durch die Liste wissen wir gleich Bescheid, was uns erwartet, und wo unsere Unterstützung am dringendsten benötigt wird“, freut sich die Ehrenamtliche. Sie hatte im vergangenen Jahr aus den LN vom Projekt der Lübecker Uniklinik erfahren und gleich die Motivation verspürt, das Vorhaben zu unterstützen.

Seit Januar kommt sie nun immer mittwochs von 10 bis 13 Uhr, um sich als ehrenamtliche Stationshelferin in der Unfallchirurgie speziell um ältere Patienten zu kümmern, die kognitiv eingeschränkt sind. „Also um Patienten, die sich vor allem schlechter erinnern können, Einbußen in der Wahrnehmung und Orientierung sowie Schwierigkeiten beim Denken überhaupt haben“, erklärt Beke Jacobs. Denn gerade für diese sei eine plötzliche Entlieferung ins Krankenhaus oft ein verstörendes Erlebnis.

Die Chefin des Patientenzentrums (PIZ) am UKSH hatte im vergangenen Jahr die Idee zur Etablierung eines ehrenamtlichen Begleit- und Beschäftigungsdienstes und zieht eine erfreuliche Zwischenbilanz: „Wir haben jetzt ein festes Team von 16 engagierten Menschen, die in Tandem-Besetzungen die Woche über zwei Stationen



Die Stationshelfer Angelika Urban und Wolfgang Müller besprechen sich mit Krankenschwester Dana Bolt (l.) und Beke Jacobs, Chefin des Patientenzentrums (PIZ).

Foto: Lutz Rostler

nen abdecken können“, so Jacobs. Doch der Bedarf sei weitaus größer, so dass durch eine weitere Info-Kampagne am 8. Oktober möglichst noch mehr für diese Aufgabe gewonnen werden sollen.

Um eine Datengrundlage zu haben, hat das PIZ extra im ersten Halbjahr sowohl auf einer Station in der Unfallchirurgie als auch in der Orthopädie ermittelt, wie viele Patienten über 65 Jahre als „kogni-

tiv eingeschränkt“ gelten können. „Dabei hat sich gezeigt, dass von 312 Patienten rund 65 Prozent in diese Gruppe eingeordnet werden konnten“, resümiert Jacobs. In der Inneren Medizin sei diese Zahl ähnlich hoch, weiß die PIZ-Chefin aus Berichten der Pflegeteams. „Das sind nunmal Stationen, auf denen Menschen mit typischen Alterskrankheiten landen. Und da Senioren auch häufiger erkranken, ist die

Unfallchirurgie ebenso betroffen.“

Lisa Marie Schultz, Stationsleiterin auf der 45b, betont, wie wertvoll die Hilfe ist: „Das ist schon eine große Erleichterung für uns. Man merkt das daran, dass der Geräusche-Pegel wesentlich niedriger ist und die Atmosphäre auf Station erstens und die Atmosphäre auf Station zweitens sehr positiv. Ein Satz, den Angelika Urban mit einem zustimmenden Nicken bekräftigt: „Ich bin

Die Menschen benötigen jemanden, mit dem sie in so einer Stresssituation, die sie häufig nicht verstehen, sprechen können.“

Stationshelfer Wolfgang Müller

Auch Wolfgang Müller ist von seiner freiwilligen Tätigkeit sehr angezogen. Der 61-Jährige, der als Bundesbeamter in der Ruhephase seiner Altersrente, nach einem ehrenamtlichen Engagement gewacht hat, wird auf Station 41c eingesetzt. „Ich habe in der eigenen Familie gesehen und erlebt, wie sich ältere Menschen bei eingeschränkter Aufnahmefähigkeit häufig im Krankenhaus sehr verloren fühlen“, schildert er seine Motivation. „Sie benötigen dann jemanden, mit dem sie in so einer Stresssituation, die sie häufig nicht verstehen, sprechen können.“ Zuhören, Vorlesen und Spielen gehören ebenfalls immer dienstags zu seinen Aktivitäten. Man bekomme auch sehr viel Dankbarkeit zurück.

Damit die Ehrenamtlichen auch gut auf ihre neue Tätigkeit vorbereitet sind, gibt es vor dem Einsatz auf der Station fünf Schulungstermine sowie eine Hospitation bei einer Tagespflegeeinrichtung. „Wir bieten auch einen Gesprächskreis, der sich alle zwei Monate trifft, an. Und bei Bedarf kann auch psychologische Unterstützung in Anspruch genommen werden“, so Beke Jacobs.

Info-Tag am Donnerstag, 8. Oktober, 9 bis 12 Uhr, Haus 73, Seminarraum 2, Rätzburger Allee, Anmeldung unter Telefon 04 51/500-59 74

Beratung pflegender Angehöriger

- Einzel- und Familienberatungsgespräche
- Pflegetrainings bereits während des stationären Aufenthaltes im UKM
- Individuelle Pflegetrainings Zuhause
- Pflegekurse



Wie sehen delirante Patienten aus?

- Hyperaktiv → 21 %

Patient unruhig, agitiert, oft Halluzinationen, Gefahr der Selbstverletzung



- Hypoaktiv → 29 %

Reduzierte Aktivität, Patient teilnahmslos, lethargisch, ruhig

- Mischformen → 49 %

Unvorhergesehener Wechsel hyper- und hypoaktivem Muster



Monitoring des Delir

CAM (Confusion Assessment Method)

1. Akuter Beginn, Fluktuation?

Ändert sich Verhalten im Tagesverlauf?

Nein → Kein Delir

+

2. Aufmerksamkeitsstörung?

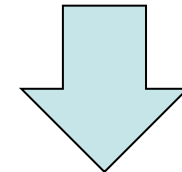
Sie lesen dem Pat. folgende Buchstabenreihe vor:

A N A N A S B A U M

Pat. drückt bei A nicht die Hand

Pat. drückt bei anderem Buchstaben die Hand

< 3 Fehler → Kein Delir



3. Unorganisiertes Denken

„Schwimmt ein Stein auf dem Wasser?“

„Wiegt ein Kilo mehr als zwei?“

„Gibt es Fische im Meer?“

„Kann man mit einem Hammer einen Nagel i.d. Wand schlagen?“

„Halten Sie so viele Finger hoch“ (zeigen)

„Nun dasselbe mit der anderen Hand“

< 2 Fehler → nicht werten

4. Bewusstseinsstörung

Hyperaktiv, somnolent, soporös, körperl. aggressiv

Falls normal → nicht werten

Umsetzung von delirpräventiven Versorgungskonzepten an Krankenhäusern

Prävention medizinischer Nachteile Delirgefährdeter im Akutkrankenhaus

Systematisches Screening auf Delirrisiko (MOCA-Test)

Nicht-medikamentöse Delirprävention

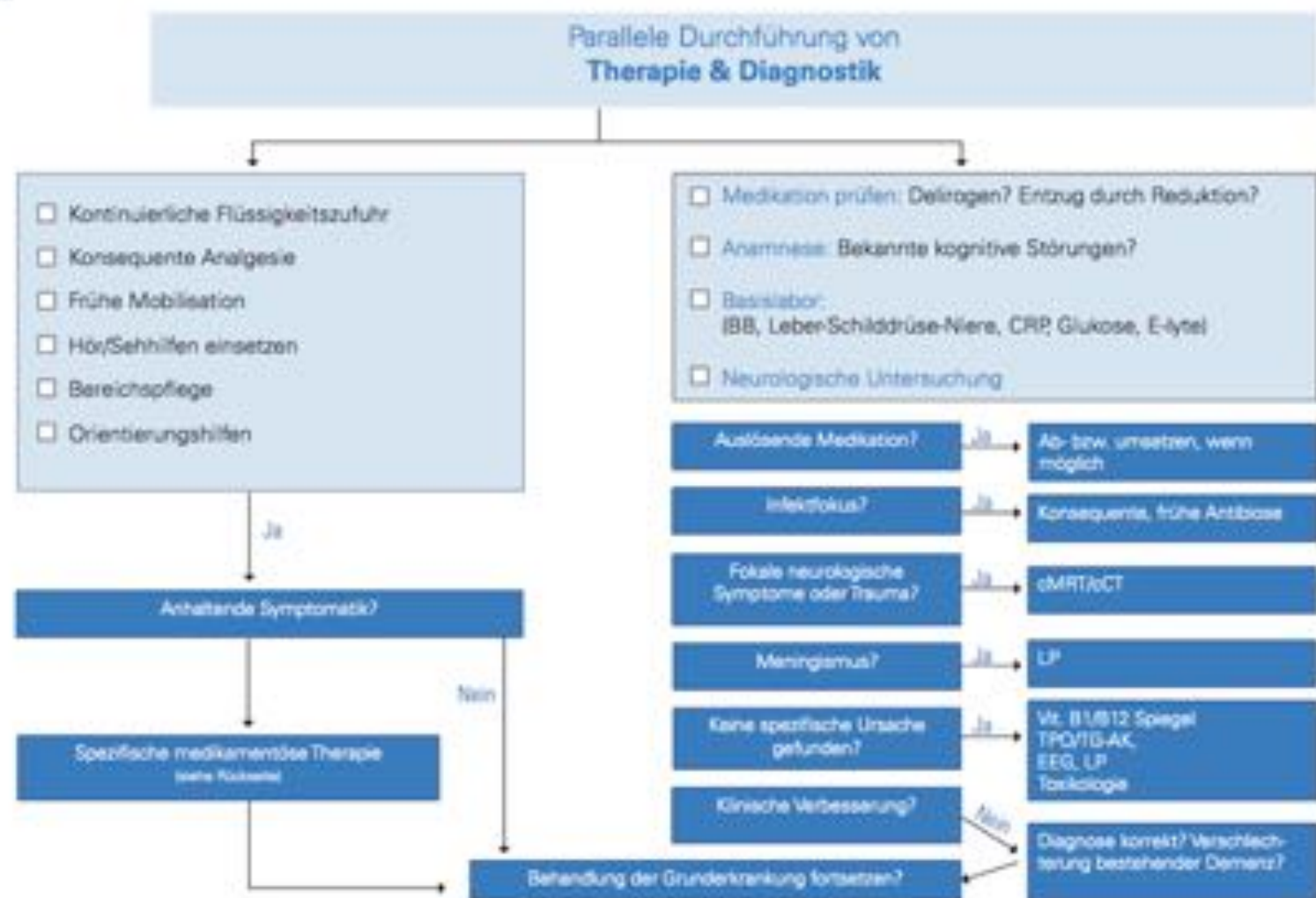
Standardisiertes Screening auf Delir (z.B. CAM)

Wenn erforderlich:

Delirtherapie und Delirmanagement

Versorgungskonzepte nach Entlassung

Strukturiertes Vorgehen bei einem Delir



Lohnt sich das?

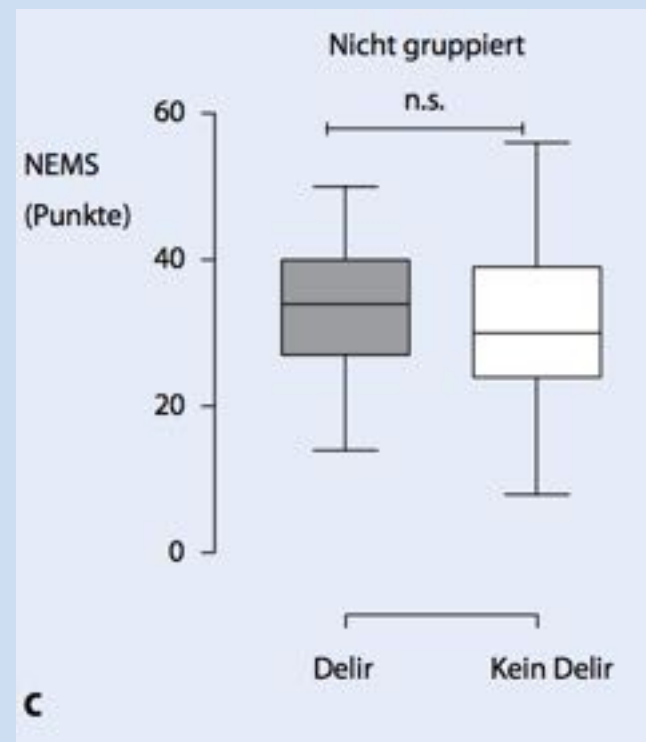
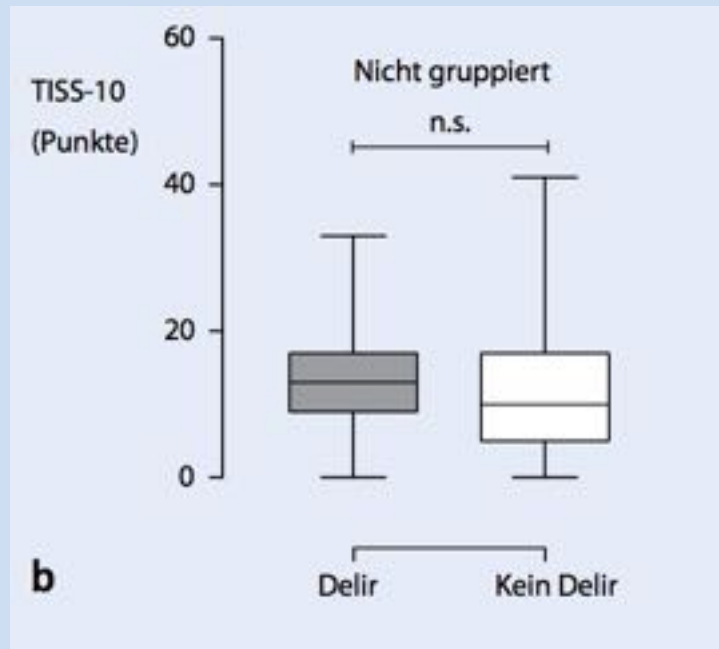
Mittelfristige Kostenreduktion durch kürzere
Liegezeiten aufwändiger Patienten und
erhöhte OP-Auslastung



Lohnt sich das?

Kosten und Delir

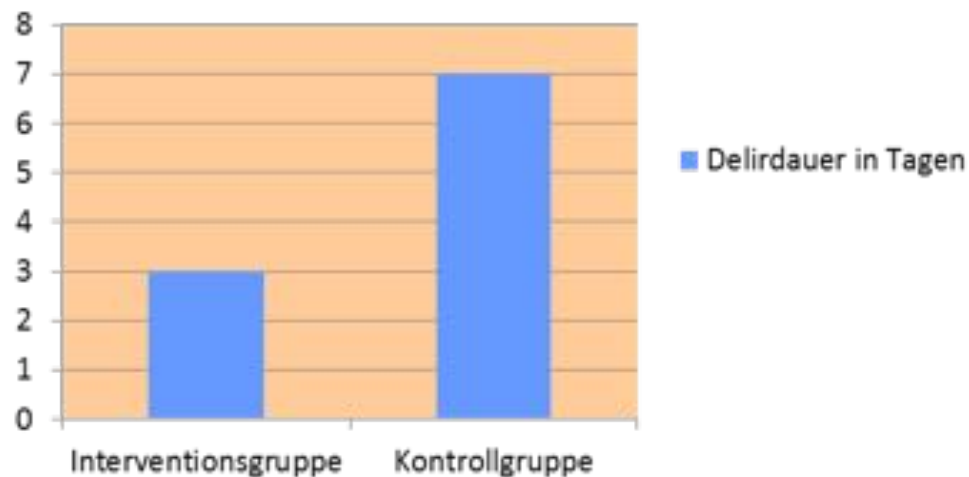
Dokumentation des Pflegeaufwandes bei Delir



Daten zur Delirprävention am UKM

Screening: 1345 Patienten mit Delirrisiko (62,5%)
Aufgetretene Delirien insgesamt 421 (31,3%)

Delirdauer



Kognitives Outcome:

Delirante Patienten weisen ein deutlich größeres kognitives Defizit bei Entlassung auf:

- Kontrollgruppe – 3 Punkte im MoCA-Screening bei Entlassung
- Interventionsgruppe unverändert im MoCA-Screening

→ Die Größe der Differenz der kognitiven Defizite ist alltagsrelevant

Delirmanagement in Krankenhäusern

- Delirmanagement heißt:
 1. Delirprävention
 2. Delirtherapie
 - Delirmanagement ist multidisziplinär!
-
- Bei Aufnahme: Screening von Patienten > 65 Jahre auf Delirrisiko
 - Etablieren eines nicht-pharmakologischen Konzeptes zur Delirprävention
 - Während Aufenthalt: Screening auf Delir
 - Etablieren eines Konzeptes zur Therapie des Delirs

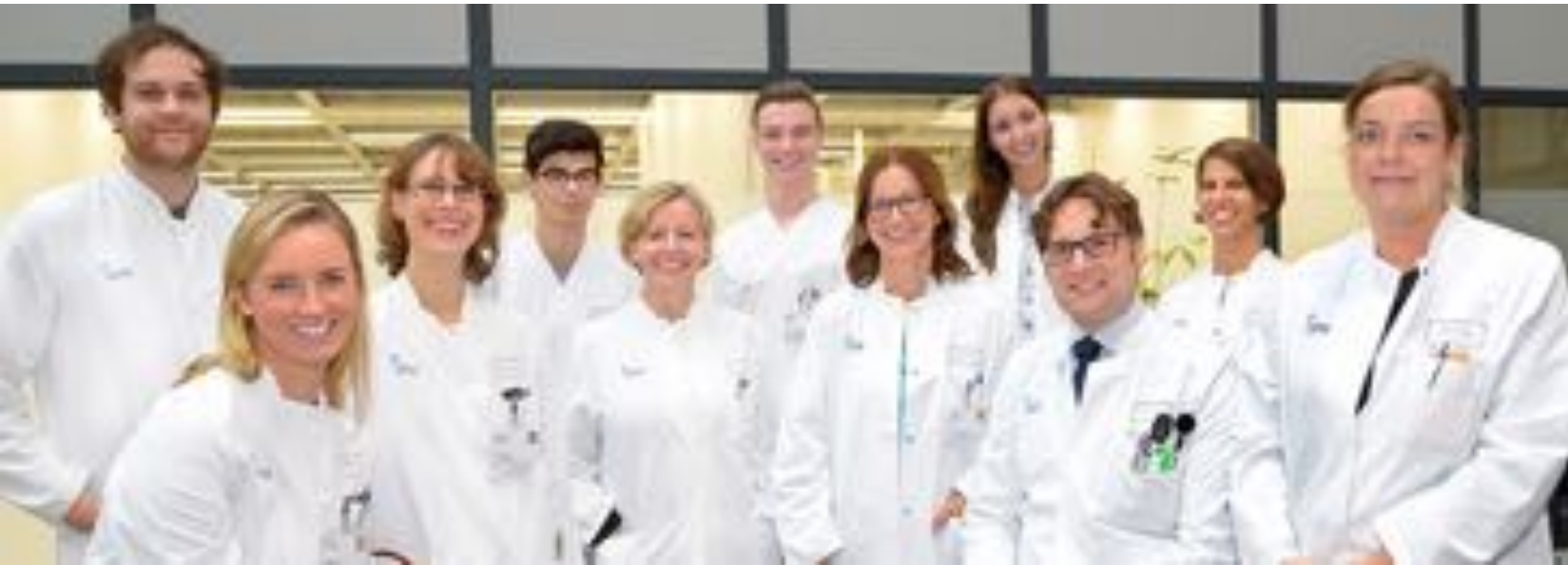


Stabstelle Demenzsensibles Krankenhaus

delirprae@ukmuenster.de

0251/83-45075

Neurologie
Universitätsklinik Münster





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Prof. Dr. med. Th. Duning
Durchwahl: 0251/83-46081
thomas.duning@ukmuenster.de