



„Akutkrankenhaus als ‚window of opportunity‘ für nachhaltige Demenzbehandlung“

„Wenn nicht gelehrt wird, dass alle Patienten Elefantenohren haben, dann bleibt die Kunst des Flüsterns ungeübt.“

Christoph Lohfert

Ergebnisse der postoperativen Delirstudie



	Keine Intervention	Intervention	Summe
Prävalenzphase der Studie	125 Patienten 25 postoperative Delirien	ohne	125 Patienten 25 postoperative Delirien (20.2%)
Interventionsphase der Studie	53 Patienten 11 postoperative Delirien (20.8%)	61 Patienten 3 postoperative Delirien (4.9%)	114 Patienten 14 postoperative Delirien p = 0,048*
Summe	173 Patienten 36 postoperative Delirien	61 Patienten 3 postoperative Delirien	239 Patienten 39 postoperative Delirien p = 0,017*

TABELLE 3
Präoperative Unterschiede zwischen Patienten mit operativem Delir und Patienten ohne postoperatives Delir

		gesamt (N = 178)	mit PD (n = 36)	ohne PD (n = 142)	U oder χ^2	Z ^{*1}	p ^{*2}	OR (95%-KI) oder r
soziodemografische Merkmale								
Alter	M (SD)	76,8 (5,8)	80,0 (6,5)	76,0 (5,4)	1 580,00	-3,54	< 0,001^{*3,4}	-0,27
Geschlecht (weiblich)	n (%)	96 (53,9)	20 (55,6)	76 (53,5)	0,05	-	0,827	1,09 (0,52–2,27)
Schulbildung < 8 Jahre	n (%)	95 (53,4)	27 (75,0)	68 (47,9)	8,48	-	0,004 ^{*4}	3,27 (1,43–7,44)
Angehörige (vs. keine Angehörigen)	n (%)	165 (92,7)	34 (94,4)	131 (92,3)	-	-	1,000 ^{*5}	1,43 (0,30–6,75)
Einweisung durch Facharzt (vs. Hausarzt)	n (%)	122 (68,5)	28 (77,8)	94 (66,2)	1,79	-	0,181	1,79 (0,77–4,22)
Einweisung aus Heim (vs. von zu Hause)	n (%)	10 (5,6)	6 (16,7)	4 (2,8)	-	-	0,005 ^{*4,5}	6,90 (1,83–25,97)
psychologisches Assessment								
MMST < 27 (vs. ≥ 27)	n (%)	60 (33,7)	25 (69,4)	35 (24,6)	25,79	-	< 0,001^{*4}	6,95 (3,11–15,55)
Barthel-Index < 85 (vs. ≥ 85)	n (%)	43 (24,2)	20 (55,6)	23 (16,2)	24,28	-	< 0,001^{*4}	6,47 (2,92–14,32)
NOSGER	M (SD)	38,4 (8,7)	44,0 (9,4)	37,0 (7,9)	1 322,50	-4,49	< 0,001^{*3,4}	-0,34
MADRS	M (SD)	6,6 (4,8)	7,0 (3,9)	6,4 (5,0)	2 312,00	-0,89	0,373 ^{*3}	-0,07
medizinische Charakteristika								
BMI	M (SD)	26,8 (4,3)	26,8 (4,1)	26,9 (4,3)	2 550,50	-0,02	0,984 ^{*3}	-0,00
Schlaf ^{*6}	M (SD)	6,3 (1,3)	5,9 (1,3)	6,4 (1,2)	1 955,50	-2,24	0,025 ^{*3,4}	-0,17
Infektionen^{*7}	n (%)	37 (20,8)	16 (44,4)	21 (14,8)	15,34	-	< 0,001^{*4}	4,61 (2,06–10,30)
Kreislaufprobleme ^{*8}	n (%)	145 (81,5)	35 (97,2)	110 (77,5)	7,42	-	0,006 ^{*4}	10,18 (1,34–77,24)
anticholinerge Medikation ^{*9}	n (%)	89 (50,0)	16 (44,4)	73 (51,4)	0,56	-	0,455	0,76 (0,36–1,58)
abweichende Metabolik ^{*10}	n (%)	140 (78,7)	33 (91,7)	107 (75,4)	4,55	-	0,033 ^{*4}	3,60 (1,04–12,46)

BMI, Body-mass-Index; PD, postoperatives Delir; MMST, „Mini-Mental-Status-Test“; NOSGER, „Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients“; MADRS, „Montgomery–Asberg Depression Rating Scale“; OR, Odds Ratio; M, Mittelwert; r, Z-Wert basierte Effektstärkenmessung; SD, Standardabweichung; U, U-Wert; χ^2 , Chi-Quadrat-Wert; KI, Konfidenzintervall

*1 Z-Wert als Resultat des Mann-Whitney-U-Tests; *2 p-Wert basierend auf Chi-Quadrat-Test, wenn nicht anders angezeigt; *3 p-Wert nach Mann-Whitney-U-Test; *4 p-Wert < 0,05;

*5 p-Wert entsprechend des exakten Tests nach Fisher; *6 Nachtschlaf in Stunden (gemessen durch Pflegepersonal); *7 überwiegend Harnwegsinfektionen;

*8 größtenteils koronare Herzkrankheit und arterielle Hypertonie; *9 Medikation mit potenziell anticholinergem Nebenwirkung; *10 überwiegend Zucker- und Schilddrüsenstoffwechselstörungen



DELIR-POCKETCARD

Akute Verwirrtheit – Symptomatik

(fluktuierend/... Verschlechterung im Tagesverlauf)

Beginn – Verlauf	plötzlich – akut
Bewusstsein	eingeschränkt
Aufmerksamkeit	deutlich gestört
Orientierung/Gedächtnis	gestört; bei Demenz: schlechter als vorher
Psychomotorik (Hyper-/Hypoaktives Delir)	gesteigert oder (und!) gemindert
Schlaf-Wach-Rhythmus	oft gestört; extrem: Tag-Nacht-Umkehr!
Psychotische Symptomatik	wahnhafte Situationsverkenntung oder Halluzinationen

Delirscreening

Confusion Assessment Method (CAM/n. b.: nicht beobachtet)	ja	nein	n. b.
1a akuter Beginn			
1b fluktuierender Verlauf			
2 Aufmerksamkeitsstörung			
3 formale Denkstörung			
4 veränderte Bewusstseinslage			

Bewertung

- (1a und 1b) und 2 und (3 oder 4) – Delir sicher
- (1a oder 1b) und 2 und (3 oder 4) – Delir wahrscheinlich
- ansonsten kein Delir

mögliche akute Auslöser

- Infektionen – HWI/Wundinfektionen/etc.
- Polypharmazie (v.a. anticholinerge Medikamente!)
- Umgebungswechsel (Krankenhaus!)
- Entzug (Benzodiazepine!)
- neu angesetzte Medikamente
- Exsikkose
- akute Erkrankungen

ärztlicher/sozialdienstlicher/pflegerischer Kurzbefund:

Im Rahmen der Anamnese/Fremdanamnese folgende Fragen klären:

- akute oder bereits länger bestehende Verwirrtheit (Hausarzt/Facharzt)
- liegt eine akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung vor?
- rechtlicher Status (Betreuer/Vorsorgevollmacht?)

Nichtmedikamentöse Therapie

- nach Möglichkeit Vermeidung jedweder Veränderung
- Tagesstruktur – oft aktivieren
- bereitstellen von Reorientierungshilfen (Uhr, Kalender, Foto)
- Frühmobilisation (Schmerzmedikation!)
- Sensorische Hilfen (Brille, Hörgerät)
- Reizabschirmung (Zimmer-, Personalwechsel, Lärm)
- gute Beleuchtung
- Förderung des Tag-Nacht-Rhythmus
- vertraute Bezugspersonen (Angehörige ...)
- empathischer Umgang
- Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Zahnprothese/Wunschkost)

Medikamentöse Behandlung

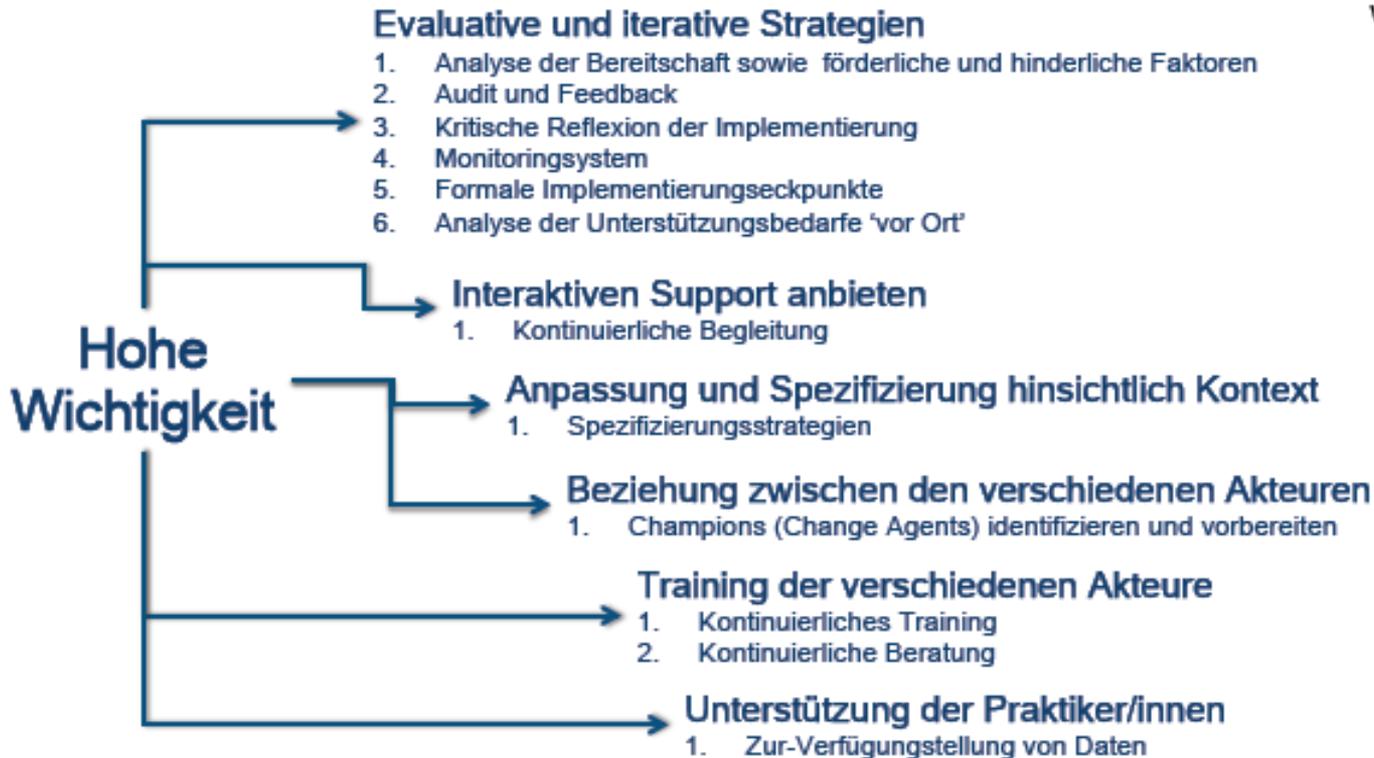
(*kontraindiziert b. M. Parkinson oder Lewy-Body-Demenz)

Substanz	Dosierung	Spezielle Indikationen
Haloperidol* (Haldol)	0,5 – 1 mg 2 – 4 x/d	
Risperidon* (Risperdal)	0,25 – 1 mg 2x / d	
Quetiapin (Seroquel)	25 – 75 mg 2x / d	b. M. Parkinson/Lewy-Body-Demenz
Oxazepam (Oxazepam)	2,5 – 5 mg 1 – 4 x/d	Nur bei starker Agitation/Unruhe/ Angst
Lorazepam (Tavor)	0,5 – 1 mg max. 3x/d	nur bei stärkster Agitation/Unruhe/ Angst
Pipamperon* (Dipiperon)	fraktioniert bis 120 mg/d	bei Unruhe – zum Schlafenstoß

Konzept Analyse hinsichtlich Machbarkeit und Wichtigkeit [n. Roes]



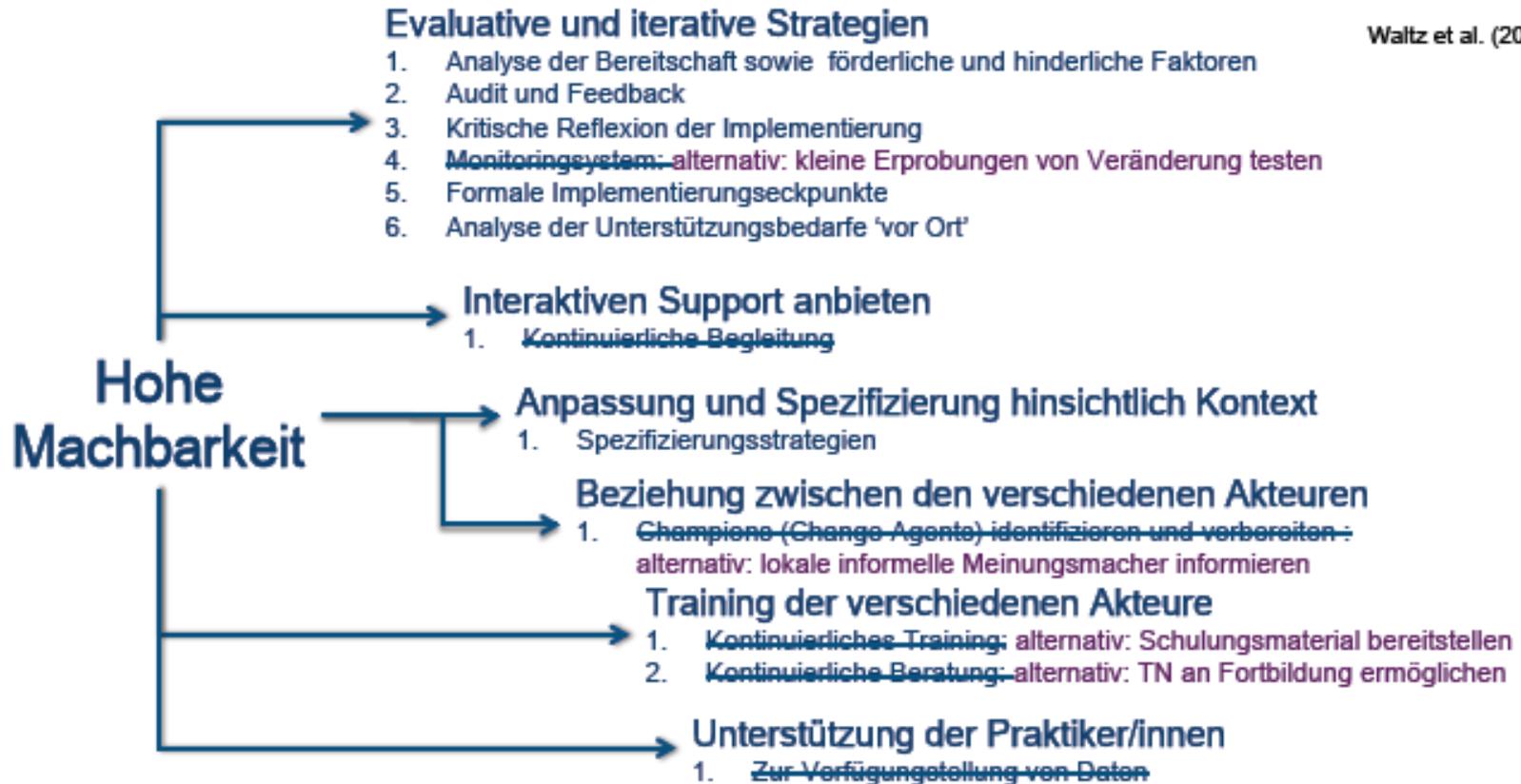
Waltz et al. (2015)



Konzept Analyse hinsichtlich Machbarkeit und Wichtigkeit [n. Roes]



Waltz et al. (2015)



„Mit den richtigen Menschen geht
alles, mit den falschen nichts!“

Christoph Lohfert

RBSG-Projekt



Projektzeitraum 07/2015 – 12/2018 + Eröffnungssymposium / Symposium 2016 / 2017 / 2018

- **Aufbau eines Netzes von Ehrenamtlichen am KEH**
- ✓ Vorbereitungen [Senatsverwaltung GS] abschließen – 12/2015?
- ✓ Kooperationsverträge mit den Betreuungsdiensten* abschließen – dann: sofort
[*AAI, Haltestelle Diakonie, LBD, Malteser, Kontaktstelle PflegeEngagement]
- ✓ zeitnahe Beginn

- **Aufbau eines speziellen Betreuungsdienstes am KEH ab 09/2016**
- ✓ Vorbereitungen für das Betheljahr am KEH – Kontakt mit Bethel – 05/2016
- ✓ Auswahl geeigneter Kandidaten – 07/2016
- ✓ spezielles Schulungsprogramm erstellen – Curriculum – 07/2016
- ✓ Klärung der Wohnungsfrage in Berlin – 04/2016

- **Selbsterhaltungstherapie im Akutkrankenhaus**
- ✓ Evaluierung der Erfahrungen in der Gerontopsychiatrie + Geriatrie – 08. – 12/2015
- ✓ Vorbereitung der Etablierung in der Somatik – 01/2016 - 03/2016
- ✓ Schulungsprogramm erstellen – Curriculum – 03/2016
- ✓ Informationsveranstaltungen am KEH – ab 09./10./2015 – 12/2018

- **Kognitives Screening in der NA**
- ✓ begleitende Einführung – Untersuchung / max. 4 Wochen – dauerhafte Etablierung – ab 11/2015
- ✓ KIS – Algorithmus auf den Stationen vorbereiten + einführen – 01/2016 – 12/2017
- ✓ Erfassungsbogen der Dt. Alzheimer Gesellschaft – implementieren [+ evaluieren 06/2018] – 01/2016 – 12/2017
- ✓ spezielle Behandlungs- und Betreuungskonzepte vorbereiten + implementieren – 01/2016 – bis 12/2017

•Kompetenz Zentrum Demenz am KEH – Beginn des Aufbaus 01/2016 – 12/2018

- Konzept erstellen – Fragen der Refinanzierung klären – 01/2016 – 12/2016
- Schulungsprogramme für alle MA des KEH + am KEH! Erstellen – gestaffelt ab 03/2016 – 12/2016
- schrittweiser personeller Ausbau – entsprechend der Refinanzierungsmöglichkeiten
- Netzwerkarbeit – DZNE, Bethel, DfKL, GGV, etc.

Informationenbogen: Patient mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

(Name)

Adresse des Patienten:

Angehöriger:
 (Ehe-)Partner Sohn/Tochter
 anderer

Adresse des Angehörigen:

Telefon:

Rechtlicher Betreuer:

Adresse des Betreuers:

Telefon:

Patientenverfügung/
 Vorsorgevollmacht: vorhanden

nicht vorhanden

Kontaktaufnahme erwünscht bei ...

- zunehmender Unruhe des Kranken
- Einleitung von Schutzmaßnahmen
- fehlender Kooperation in Pflegesituationen
- Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme

Sonstiges:

rund um die Uhr nur von bis Uhr

Angehöriger Betreuer

Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:

Religion:

Regionale Herkunft /

Heimat:

weiter:

Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:

Muttersprache/ Dialekt:

Ehemaliger Beruf (z.B. Handwerk):

Stolz/ Bedeutsames:

Einschränkungen Sehen:

leicht schwer Brille vorhanden

Einschränkungen Hören:

leicht schwer Hörgerät vorhanden

Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis ist ...

- weitgehend erhalten
- kurze Fragen werden verstanden
- sehr eingeschränkt, z.B. auf prägnante Worte
- Sprachverständnis fehlt
- Gesten werden verstanden

Sprach- und Sprechfähigkeit ist ...

- weitgehend erhalten
- kurze Sätze können gebildet werden
- sehr eingeschränkt, z.B. einzelne Worte

nicht möglich, weil

Nähe und Distanz: Der Patient ...

reagiert positiv auf Körperkontakt hält lieber Distanz

kann abrupt ablehnend reagieren, wenn

Gewohnheiten im Tagesverlauf:

morgens (z. B. zuerst Frühstück):

mittags (z. B. Ruhepause):

abends (z. B. Getränk, Rituale):

Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:

Zur Entspannung:

Zum Einschlafen:

In Stresssituationen:

In Pflegesituationen:



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

e.schlauss@keh-berlin.de

