



Demenztagung 12. Juni 2012

Referent: Dr. med. Franziska Krause

**Demenz im Krankenhaus –
auf Risiken mit adäquaten
Betreuungsstrategien reagieren**

„Ich stelle mir Demenz in der mittleren Phase, in der sich mein Vater momentan befindet, ungefähr so vor:



Als wäre man aus dem Schlaf gerissen, man weiss nicht, wo man ist, die Dinge kreisen um einen her, Länder, Jahre, Menschen. Man versucht sich zu orientieren, aber es gelingt nicht. Die Dinge kreisen weiter, Tote, Lebende, Erinnerungen, traumartige Halluzinationen, Satzketten, die einem nichts sagen- und dieser Zustand ändert sich nicht mehr für den Rest des Tages.“ *Arno Geiger*

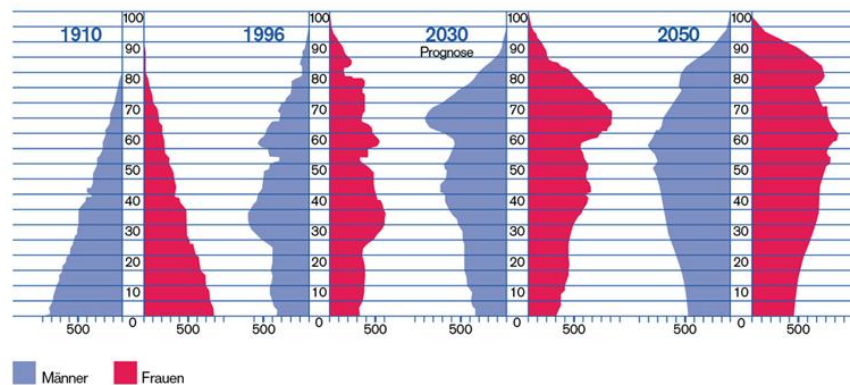
„...eine der häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter, die neben außergewöhnlichen Belastungen für Betroffene und Pflegende mit hohen gesellschaftlichen Kosten verbunden ist“

*4. Altenbericht der Bundesregierung,
BMFSFJ 2002*



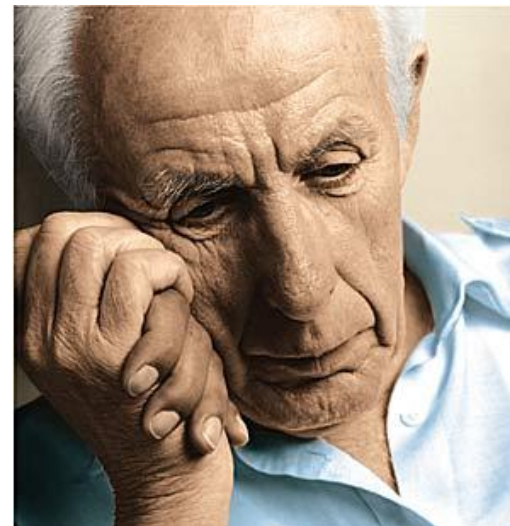
- demographische Entwicklung: 2012 ca. 1,3 Mio. Demenzkranke in BRD
2030 ca. 2,5 Mio. Demenzkranke in BRD

ALTERSSTRUKTUR DER BEVÖLKERUNG INTAUSENDER-ANGABEN



- 50% aller stationären Patienten sind über 60 Jahre
- > 12% der Patienten im Krankenhaus sind demenzkrank (oft nicht diagnostiziert), Arolt 1997
- Inzidenz: 200.000/a

Fazit: Krankenhäuser werden in Zukunft immer häufiger mit dem Krankheitsbild dementer multimorbider Patienten konfrontiert sein.



Problem: wenig geschultes Personal, begrenzte zeitliche Ressourcen im Stationsalltag, bauliche Limitierung, Konzeptlosigkeit in der Betreuung dementer Patienten

Risiken Dementer im Krankenhaus

Psychische Dekompensation mit Verschlimmerung der Symptomatik
(Verlust alltagspraktischer Fähigkeiten, Verschlechterung des kognitiven
Status), (*Wingenfeld 2005, Pedone et al. 2005*)

Exsikkose und Mangelernährung

Immobilisation, Sturz, Verletzungsgefahr in der ungewohnten Umgebung

Infektionen z.B. Pneumonie, Harnwegsinfekt (37% höher), (*Dinkel und Lebok
1997*)

Risiken Dementer im Krankenhaus

Psychische Dekompensation mit Verschlimmerung der Symptomatik
 (Verlust alltagspraktischer Fähigkeiten, Verschlechterung des kognitiven
 Status), (*Wingenfeld 2005, Pedone et al. 2005*)



Infektionen z.B. Pneumonie, Harnwegsinfekt (37% höher), (*Dinkel/Lebok 1997*)

„ ... er war weiterhin gut drauf und wunderte sich nur. Lediglich nach der Operation war er infolge der Narkose und aufgrund der fremden Umgebung durcheinander. Alle waren froh, als ihn die Ärzte endlich nach Hause entließen. Dort ging´s sofort wieder besser und er wusste sogar, dass er zu Hause war. Das wollte etwas heißen.“



Der alte König in seinem Exil, Arno Geiger



Delirare- aus der Spur geraten

1. Störung Bewusstsein u. Aufmerksamkeit:

Konzentrationsfähigkeit sinkt, leichte Bewußtseinsminderung bis hin zum Koma

2. Störung der Kognition:

Veränderte Wahrnehmung der Wirklichkeit, Halluzinationen (meist optisch, auch akustisch), Beeinträchtigung des Denkens, Desorientiertheit, Gedächtnisstörungen

3. Psychomotorische Störungen:

Hypoaktivität / Hyperaktivität

Delirare- aus der Spur geraten

4. Affektive Störungen:

Depression, Angst, Reizbarkeit, Euphorie, Apathie

5. Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus:

Nächtliche Exazerbation, „sundowning“/“sunrising“- Phänomene (delirante Dekompensation in den frühen Abend- bzw.Morgenstunden)

Verlauf

Akuter Beginn

Fluktuierende Symptomatik (Tagesschwankungen)

Dauer bis zu 6 Monaten (typisch: Tage bis Wochen)

Delir- Risikofaktoren

Entscheidend ist die cerebrale Vorschädigung.



- Räumliche Veränderung, laute und unruhige Situationen, ungewohnter Tagesablauf (*Hafner und Meier 2005*)
- Komorbiditäten, Dehydratation, Infektionen (*Dinkel und Lebok 1997*)
- Iatrogene Maßnahmen: Invasiv-endoskopische Diagnostik u. Therapie, diagnostische Maßnahmen zu Ruhe- und Essenszeiten, **Operationen**, Fixierung, Medikamentenumstellung, Personenwechsel, unkritische Sedativa-Gabe zur Nacht (*Eichhorn und Nißle 2005*)

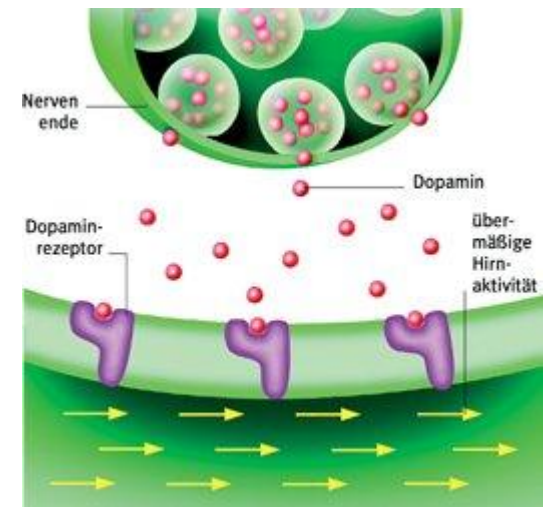
Delir- aus medizinischer Sicht

Dysbalance von Neurotransmittern

- Dopaminüberschuss, Acetylcholinmangel, GABA-Mangel, Zytokin-Alternation
(Stressreaktion, Tumorwachstum, Infektion)

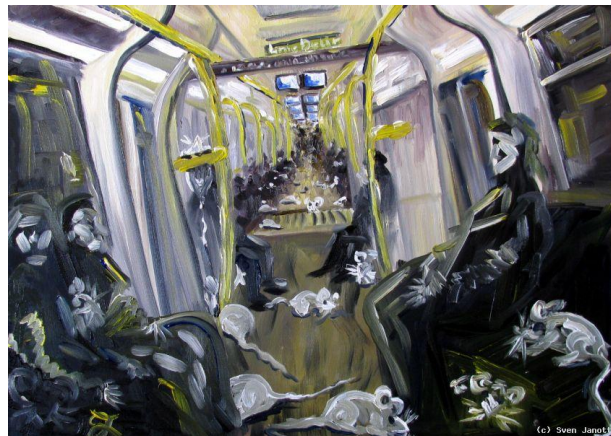
Aber auch:

- Hypoxie, Hypoglykämie, sedative Hypnotika,
Antibiotika, Antihistaminika, Glukokortikoide,
Anticholinergika



Prävalenz

- 15 - 30% der > 60-jährigen (*Reischies et al. 2003*)
- 36,8 % bei stationärer Einweisung in die Chirurgie (*Hamrick et al. 2006*)
- 30 - 60% der Delirien bleiben unerkannt (*Inouye 1994*)



Delir von Sven Janotta

Das Delirrisiko wird durch eine vorbestehende Demenz um 25% erhöht (*Hamrick et al. 2006*). Die Mortalität beträgt bis zu 50% (*Marcantonio et al. 1994*)

Delir und dann?

Ein Delir verschlechtert die Prognose der Demenz!

- Verlängerung des stationären Aufenthaltes (Intensiv- u. peripherstation) sowie poststationär (*Friedrich et al. 2002*)
- höhere Institutionaliserungsrate, häufiger Komplikationen (Dinkel und Lebok 1997)
- Nach 12 Monaten vermehrte Heimeinweisung bei betroffenen Patienten (*Siddiqui et al. 2006*)
- Trotz erfolgreicher Behandlung der akuten internistischen / chirurgischen Erkrankung

unwiederbringlicher Ressourcenverlust (*Fick et al. 2002*)

Delir und dann?

Maßnahmen zur Verhinderung eines perioperativen Delirs:

Eine vertraute, besonders geschulte Bezugsperson begleitet den Patienten während des stationären Aufenthaltes und gibt ihm Sicherheit.

„Sein Zustand veränderte sich rapide, abhängig davon, in wie guten Händen er sich befand.“ (*Arno Geiger*)

Aufgaben der Bezugsperson

Unterstützung

- kognitives Fordern und Fördern: persönliche Gespräche, kontinuierliche Information, Gedächtnistraining
- Beurteilung der sozialen Situation: Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Vermittlung von Diensten/Angeboten für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt
- Beurteilung des individuellen Hilfsbedarfs ggf. Hilfe bei der Mobilisation/Essen/Ankleiden/Körperpflege, Erschließen von Ressourcen

Aufgaben der Bezugsperson

Begleitung

zu Voruntersuchungen, perioperativ, im AWR, INT,

Phasen nach der OP



Förderung der Kooperation

von dem behandelnden ärztlichen und pflegerischen Personal, Sozialdienst, AHB, Rehabilitation, Belastungsreduktion

Evaluierung

von Behandlungsergebnissen und –verlauf, Qualitätskontrolle

	Betreut	Nicht betreut
Alter	84,5	81,3
Autark prä/post(%)	34/25,5	40/22
Differenz	- 8,5%	- 18%
Heim prä/post(%)	24/29,8	12/27,3
Differenz	+ 5,8%	+ 15,3%

Prospektive Studie (n=50), Möllmann/Gurlit, Münster

Betreuungskonzepte

- Routinemäßiges Monitoring von Demenz- und Delirsymptomen
- Betreuungskonzept (kurze Wartezeiten, nie alleine lassen, keine internen Verlegungen, besondere Beschäftigungs- und Aktivierungsangebote)
- Adäquate **pflegerische** Betreuung:

Reorientierung (Uhr, Kalender), Kommunikation (Situation erklären), kognitive Stimulation (Rätsel), Autonomieförderung, pflegerisches Assessment erweitern (z.B. Vorlieben und Gewohnheiten des Patienten kennen)

 aber auch nur soviel Hilfe anbieten, wie nötig

Betreuungskonzepte

- Adäquate **ärztliche** Betreuung:

Infektionsbehandlung, Ausgleich eines Flüssigkeitsmangels, frühe Mobilisierung, Vermeidung von entsprechenden Medikamenten (Pethidin, Propoxyphen, Diazepam, Clonazepam, Clonidin), Analgesie

- Einbezug von **Angehörigen**: Mitbringen von Gegenständen, die dem Patienten vertraut sind (Bilder), Roomin-In`s

Voraussetzung / Perspektiven

- Geschultes Personal !!!
- Ausreichende Finanzierung (Überarbeitung DRG) für:
personellen Mehraufwand, Aus- und Weiterbildung, bauliche Anpassung, ggf.
Demenzstationen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit (z.B. unfallchirurgisch und
gerontopsychiatrisch, aber auch Physio-Ergo-Psychotherapie), geriatrische
Spezialabteilungen
- Strukturierte Einbezug von Angehörigen
- Strukturierte Vernetzung zu vor- und nachversorgenden Institutionen

Zusammenfassung

Demenz ist ein Risikofaktor für verschiedene Komplikationen, deshalb:

- **präoperativ** kognitiv eingeschränkte oder demente Patienten systematisch *identifizieren*
- **perioperative** Versorgung auf diese vulnerable Patientengruppe *abstimmen*
(berufsgruppenübergreifend!)
- **postoperativ** frühzeitig in das heimische Umfeld *zurückführen* – unter geordneten Bedingungen!

nicht...

„Wer kann sich eine solche spezielle
Betreuung der Patienten denn schon leisten?“

sondern...

„Welches Krankenhaus kann es sich in
fünf Jahren noch leisten, bei der zu erwartenden
Patientenstruktur auf ein solches (oder ähnliches)
Maßnahmenpaket zu *verzichten*?“

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

