



Das
demenzsensible
Konzept des
Universitätsklinikums
Münster

Thomas Duning | Christopher Göpel | Janina Santos Cid

Delirmanagement im Krankenhaus

Risiken erkennen und präventiv handeln

Thomas Duning | Christopher Göpel |
Janina Santos Cid

Delirmanagement im Krankenhaus

Risiken erkennen und präventiv handeln

Mit Beiträgen von:

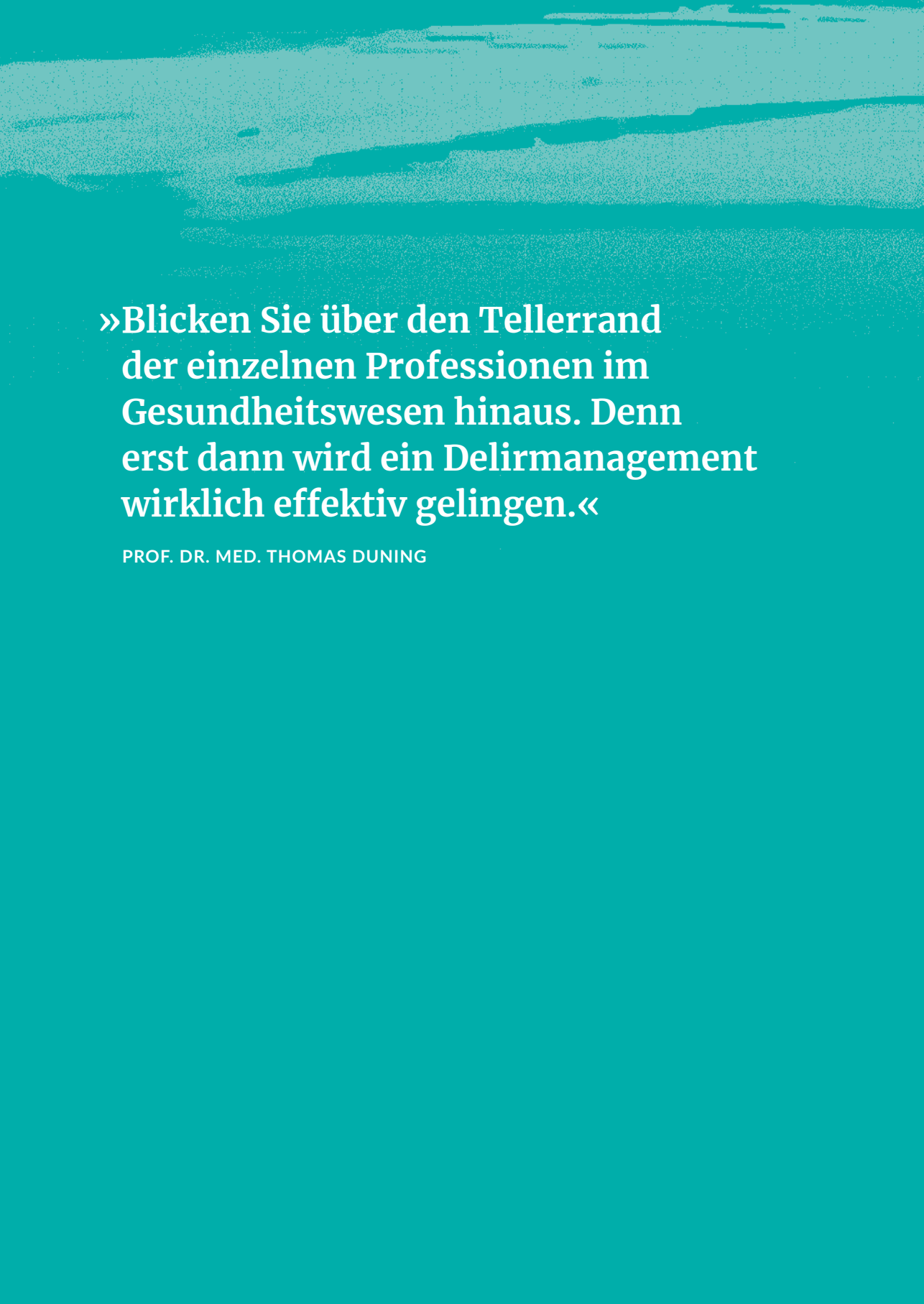
Heike Altenhövel
Thomas Duning
Kirsten Eichler
Christopher Göpel
Liane Janßen
Anja Nieländer
Katharina Nolte
Janina Santos Cid
Manuel Schindler
Laura Zupanc



schlütersche



Die Autoren dieses Buches sind Mediziner (Neurologen), Pflegekräfte, Gesundheitsökonom, Klinische Pharmazeuten und Sozialpädagogen am Universitätsklinikum Münster. Sie arbeiten im Bereich »Demenzsensibles Krankenhaus«.



**»Blicken Sie über den Tellerrand
der einzelnen Professionen im
Gesundheitswesen hinaus. Denn
erst dann wird ein Delirmanagement
wirklich effektiv gelingen.«**

PROF. DR. MED. THOMAS DUNING



pflegebrief

– die schnelle Information zwischendurch
Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8426-0846-7 (Print)

ISBN 978-3-8426-9082-0 (PDF)

ISBN 978-3-8426-9083-7 (EPUB)

© 2021 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages.

Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden.

Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Titelbild: Fabio Balbi – stock.adobe.com

Covergestaltung und Reihenlayout: Lichten, Hamburg

Satz: Sandra Knauer Satz · Layout · Service, Garbsen

Inhalt

Vorwort	9
1 Relevanz des Themas	10
2 Kognitive Störungen und Demenzerkrankung	16
2.1 Die Demenz	20
2.1.1 Diagnostik einer Demenz	21
2.1.2 Altern und Demenz	27
2.1.3 Demenzformen	29
2.2 Das Delir	50
2.2.1 Ein Fall aus der Praxis	54
2.2.2 Definition des Delirs	58
2.3 Differenzialdiagnosen kognitiver Einschränkungen – Unterschiede zwischen Demenz und Delir	59
3 Multiprofessionelles Delirmanagement	63
3.1 Pflegerische Delirprävention- und Delirmanagement	63
3.1.1 Einführung	63
3.1.2 Spezifische Maßnahmen im Krankenhaus	66
3.1.3 Exkurs: Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung im Rahmen der Delirprävention	71
3.2 Screening-Instrumente im Delirmanagement	76
3.2.1 Assessmentinstrumente zur Abschätzung eines Delirrisikos	78
3.2.2 Assessmentinstrumente zur Delirdiagnostik	89
3.3 Medizinisches Delirmanagement	95
3.4 Spezialfall: Postoperatives Delirmanagement	100
3.4.1 Postoperative Betreuungskonzepte	100
4 Pharmakotherapie: Prävention und Behandlung des Delirs	105
4.1 Prävention	107
4.2 Medikamentöse Behandlungsoptionen	113
4.2.1 Pharmakokinetik und Pharmakodynamik des geriatrischen Patienten	114
4.2.2 Welche Arzneistoffe werden zur Therapie deliranter Symptome eingesetzt?	114
4.2.3 Behandlung deliranter Symptome bei Patienten mit einem Parkinson-Syndrom	116

5	Das Konzept zum Delirmanagement am Universitätsklinikum Münster	121
5.1	Praktisch: Die Delirprävention an einem maximal versorgenden Krankenhaus	125
5.1.1	Konkret: Fallbeispiel zum Ablauf der Delirprävention am UKM	128
6	Personenzentrierte Grundhaltung im Umgang mit Demenz und Delir im Krankenhaus	133
6.1	Personenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers	133
6.2	Die personenzentrierte Pflege	137
6.2.1	Verständnis über die Grundhaltung des personenzentrierten Ansatzes	137
6.2.2	Der Begriff der »Person«	141
6.2.3	Personenzentrierte Pflege: Kognitiv eingeschränkte Patienten im Akutkrankenhaus	144
6.2.4	Personenzentrierte Pflege: Einflussfaktoren auf das Verhalten einer Person	146
6.2.5	Personenzentrierte Pflege: Kognitive Einschränkungen und ihre Symptome im Krankenhaus	148
6.2.6	Personenzentrierte Pflege: Das Wohlbefinden als Einflussfaktor auf herausforderndes Verhalten	152
6.2.7	Personenzentrierte Pflege: Die Krankenhausumgebung als Faktor für herausforderndes Verhalten (Delirium)	154
6.2.8	Personenzentrierte Pflege: Strukturelle Veränderungen: Auf dem Weg zum demenz- und delirsensiblen Krankenhaus?	158
6.2.9	Personenzentrierte Pflege: Verständnis über herausforderndes Verhalten (Delir)	159
6.2.10	Personenzentrierte Pflege: Umgang mit Wahn, Halluzination und Pseudohalluzination	162
6.2.11	Personenzentrierte Pflege: Serial-Trial-Intervention als Antwort auf herausforderndes Verhalten	163
6.2.12	Personenzentrierte Pflege: Verständnis der individuellen Lebenswelt	165
6.2.13	Personenzentrierte Pflege: Biografiearbeit – die 13 Fragen	168
6.2.14	Personenzentrierte Pflege: Wertschätzende und verstehende Kommunikation	170
6.2.15	Personenzentrierte Pflege: Besonderheiten bei der Kommunikation mit kognitiv eingeschränkten Personen	176
6.2.16	Personenzentrierte Pflege: Der Dialog als Grundlage für Kommunikationserfolg	177

6.3	respectare®	183
6.3.1	Am Anfang steht die wertschätzende Haltung	187
6.3.2	Achtsamkeit und Aufmerksamkeit	187
6.3.3	Berührungseinheiten bei respectare®	188
6.3.4	Die Erlaubnisfrage: der Schlüssel	193
6.3.5	Vertrauen und Wertschätzung	193
6.4	Kognitive Aktivierung	194
6.4.1	Die 10-Minuten-Aktivierung	194
6.5	Validation	196
6.5.1	Validation nach Naomi Feil	197
6.5.2	Integrative Validation nach Nicole Richard®	198
7	Das Konzept der Angehörigenberatung im Krankenhaus	201
7.1	Die Geschichte des Ehepaares M.	201
7.2	Vom Erstgespräch zum Qualitätsscheck zu Hause	203
7.3	Das Konzept der familialen Pflege	205
7.3.1	Die Komponenten	206
8	Der Besuchsdienst als Delirprävention	209
8.1	Zielsetzung	210
8.2	Aufbau und Etablierung des Besuchsdienstes	211
8.2.1	Vernetzungen mit den Stationen und anderen Bereichen	211
8.2.2	Rahmenbedingungen im Überblick	212
8.3	Strukturierte Einarbeitung	213
8.4	Schulungen	214
8.5	Aufgaben und Einsatzgebiete	215
8.6	Fallbeispiele	216
8.7	Resümee	217
9	Sozioökonomische Relevanz: Was kostet ein Delir?	218
9.1	Exkurs: Die Grundlagen des DRG-Systems	219
9.2	Kosten eines Delirs in der stationären Krankenhausbehandlung	220
9.2.1	Auswirkungen des Delirs auf die Behandlungskosten von kardiochirurgischen Patienten	221
9.2.2	Kosten des Delirs bei kardiochirurgischen Intensivpatienten	222
9.2.3	Einfluss des Delirs auf verschiedene Pflegeaufwandindizes und die Kosten der intensivmedizinischen Behandlung	222
9.2.4	Was kostet ein Delir während der stationären Behandlung in einer allgemeinen Inneren Abteilung?	223
9.2.5	Zusammenfassung	224

9.2.6	Ermittlung der jährlich durch Demenz verursachten Krankenhauskosten	225
9.3	Möglichkeiten zur Ermittlung der Delirkosten für das eigene Krankenhaus	226
9.3.1	Ermittlung der Delirkosten mittels Kostenträgerrechnung ...	226
9.3.2	Ermittlung der Delirkosten ohne Kostenträgerrechnung	230
9.4	Ableitung eines Budgets für ein Delirmanagement	233
9.5	Zusammenfassung und Ausblick	234
10	Blick in die Zukunft: Was erwartet uns im Gesundheitssektor?	239
10.1	Das Innovationsfondprojekt »KOMPASS D2«	239
10.2	Zertifizierung und Entwicklung einer DIN SPEC Demenz-Delirmanagement	240
10.3	Nationale Initiativen	240
10.4	Qualitätsgemeinschaft Demenz-/Delir-sensibler Gesundheitsversorger	241
	Die Autorinnen und Autoren	243
	Register	247

Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Unser Buch hat einen bewusst pragmatischen Ansatz zu therapeutischen und präventiven Maßnahmen bei Delir und Demenz im Krankenhaus.

Insgesamt hat es das Delir in der aktuellen Krankenhauslandschaft schwer, weil es aufgrund der wenig einheitlichen Symptome und den multifaktoriellen pathophysiologischen Gründen keinem einzelnen Fachgebiet und auch keiner Profession klar zuzuordnen ist. Man benötigt sowohl eine ärztliche wie auch eine pflegerische Expertise, zudem eine klinisch-pharmazeutisch und auch eine sozialmedizinische.

Es bedarf eines Sachverstandes in der Neurologie, der Psychiatrie, der Inneren Medizin und der Geriatrie sowie der Pharmakologie und auch der Anästhesie. Das bedingt, dass es keine klassischen »Delir-Experten« im Krankenhaus gibt. Das Delir und auch kognitive Defizite bei Demenz werden deshalb im Krankenhaus auch heute noch regelhaft übersehen, kaum dokumentiert und nicht gut verstanden. Es gibt auch in Krankenhäusern, in denen delirante Symptome aufgrund des älteren Patientenkollektivs häufig vorkommen, selten einheitliche Konzepte oder interdisziplinäre und multiprofessionelle Teams, welche die Patienten entsprechend behandeln. Dabei hat ein Delir für solche Patienten eine erhebliche klinische Relevanz.



In diesem Buch stellen wir deshalb sehr praxisnahe Konzepte zum Delirmanagement vor, die sich in der klinischen Realität als sehr hilfreich und sinnvoll erwiesen haben.

Diese Konzepte beziehen viele Berufsgruppen ein, sodass es sich um kein reines Fachbuch der Krankenpflege handelt. Es dient vielmehr dazu, über den Tellerrand einer einzelnen Profession im Gesundheitswesen hinauszublicken, weil nur so ein Delirmanagement effektiv gelingen kann.

Wir wünschen viel Spaß beim Lesen und hoffen, dass Sie das Wissen in Ihren klinischen Alltag integrieren können.

Prof. Dr. med. Thomas Duning
Christoph Göpel
Janina Santos Cid

1 Relevanz des Themas

Janina Santos Cid

Der demografische Wandel ist für niemanden ein unbekannter Begriff. In Deutschland ist er längst angekommen und verschiebt den demografischen Rahmen auf eine bislang unbekannte Art und Weise. Bereits heute ist jede zweite Person in Deutschland älter als 45 Jahre und jede fünfte älter als 65 Jahre.¹ Die Ursachen liegen in dem langjährigen Geburtenrückgang sowie der zunehmenden Lebenserwartung. Mit dem Erreichen eines hohen Lebensalters ist aber auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit und/oder Demenzerkrankung verbunden.

Definition

Demenz

Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung des Gehirns, die mit einem schleichenden Verfall kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten einhergeht. Bei einer Demenzerkrankung bestehen alltagsrelevante Einschränkungen.*

* Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft

Altern ist multifaktoriell und umfasst mehrere Aspekte, zum einen das biologische Altern in Lebensjahren, zum anderen das psychologische Altern als die subjektive Wahrnehmung des Altseins, das soziale Altern sowie die Umweltbedingungen des Alterns. Nach Eintritt in die Rente verändert sich für den Menschen das soziale Umfeld, der tägliche Gang zur Arbeit fällt weg und es müssen neue Tagesabläufe geschaffen werden. Mit steigendem Alter kommt es zudem häufig zu einem Wegfall des sozialen Umfeldes. Immer mehr Menschen aus dem Umfeld versterben, was zu einer verminderten Interaktion mit der Außenwelt führt. Zusätzlich spielt das subjektive Altersgefühl eine Rolle. Dies kann je nach Lebenseinstellung anders gelebt werden.

¹ Vgl. Destatis (2019): Bevölkerung. Ältere Menschen. Die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen ab 65 Jahren. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.html>

Mit dem Altwerden gehen neue Erwartungen der Gesellschaft einher. Durch den Wegfall von sozialen Kontakten kommt es zu Einsamkeit, was den Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit fördert. Zusätzlich leiden Menschen im höheren Lebensalter häufig unter mehreren Erkrankungen gleichzeitig, sind also multimorbid. Diese Erkrankungen wirken wiederum ebenfalls auf die soziale Teilhabe sowie das subjektive Wohlbefinden des Menschen.

Der höchste Risikofaktor für eine Demenz ist das Alter. Lediglich 2 Prozent der Demenzerkrankten sind unter 65 Jahre alt. Unsere Gesellschaft wird durch verschiedene Faktoren wie gesündere Lebensweise, verbesserte Versorgungsstrukturen und medizinische Versorgung immer älter. Entwickelt sich dies so weiter, sind im Jahre 2050 rund 23 Mio. Menschen über 65 Jahre alt.²



Info

Derzeit leben in Deutschland 1,63 Mio. Menschen mit Demenz, davon sind rund zwei Drittel weiblich. Nach aktuellen Schätzungen wird in der heutigen Gesellschaft jede zweite Frau und jeder dritte Mann im Laufe des Lebens an Demenz erkranken.

Die höhere Lebenserwartung von Frauen begründet den erhöhten Anteil an demenzerkrankten Frauen.³ Menschen in Gesundheitsberufen, aber auch Privatpersonen werden in ihrem Umfeld, Freundes- und Familienkreis mindestens einen Menschen mit Demenz kennen. Besonders der pflegerische Alltag wird von dieser Personengruppe betroffen sein. Prognosen der deutschen Alzheimergesellschaft beschreiben einen Anstieg der Demenzerkrankungen bis 2060 um mehr als das Doppelte. Damit werden mehr als 3 Mio. Menschen in Deutschland an Demenz erkranken.⁴

Die Gefahr, ins Krankenhaus eingewiesen zu werden, ist für Menschen mit Demenz deutlich höher als für Menschen ohne Demenz.⁵ Deutsche Krankenhäuser sind in der Regel auf die akute Behandlung von Krankheiten ausgelegt, nicht auf Demenzerkrankte. Für Menschen mit Demenz stellt ein Krankenhausaufenthalt eine kritische

² Vgl. Statista (2020): Bevölkerung – Zahl der Einwohner in Deutschland nach relevanten Altersgruppen am 31. Dezember 2019. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1365/umfrage/bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen/>

³ Ebd.

⁴ Ebd.

⁵ Vgl. Pinkert C, Holle B (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2012/08

2 Kognitive Störungen und Demenzerkrankung

Thomas Duning

»Weg vom Geist« oder »ohne Geist« ist die wörtliche Übersetzung des Begriffs »Demenz« aus dem Lateinischen. In die heutige Zeit und Sprache übersetzt meint man mit einer Demenz eine alltagsrelevante kognitive Beeinträchtigung. Diese Definition macht deutlich, dass spezifische Symptome vielfältig sein können, zudem ist die Sichtweise, wann ein Symptom zu »alltagsrelevanten Einschränkungen« führt, variabel auslegbar.

Auch heute noch wird eine Demenz anhand der klinischen Symptome diagnostiziert. Nach den auch heute noch gültigen ICD-10 Kriterien sind das für den klinischen Alltag zusammenfassend:

1. **alltagsrelevante kognitive Defizite (Gedächtnis, Orientierung, Aufmerksamkeit, Sprache, planerisches Handeln, Verhalten, Visuokonstruktion),**
2. **chronisch oder fortschreitend verlaufend: mindestens sechs Monate anhaltend,**
3. **ungetrübtes Bewusstsein,**
4. **Sinne sind im für die Person üblichen Rahmen unbeeinträchtigt.**

Im Folgenden werden die vier Punkte der Definition nochmals genauer betrachtet und anhand praktischer Beispiele verdeutlicht, um herauszustellen, was die Anwendung im klinischen Alltag bedeutet.

1. Alltagsrelevante kognitive Defizite

Wichtig hier ist, dass die kognitiven Defizite nicht definiert sind, d. h. es »muss« keine Gedächtnisstörung vorliegen, wie häufig vermutet. Eine Störung der Gedächtnisleistung ist bei vielen Demenzerkrankungen nicht typisch (z. B. bei der Frontotemporalen Demenz oder der Lewy-Körper(chen) Demenz) und tritt z. T. erst später im Verlauf der Erkrankung auf. Wichtig für die Diagnose ist vielmehr die Alltagsrelevanz der vorliegenden kognitiven Defizite. Im praktischen Alltag heißt dies: Kann sich der Patient noch selbstständig versorgen? Falls nein: Warum nicht? Sind die kognitiven Störungen hierfür der Grund? Und wenn ja: Welche konkreten Probleme treten im

Alltag durch die kognitiven Defizite auf? So lässt sich durch eine gezielte Eigen- oder Fremdanamnese recht zügig eingrenzen,

1. ob eine Demenz vorliegt und
2. was das führende neurokognitive Symptom der Demenz ist.



Info

Gedächtnisstörungen sind das klassische klinische Symptom einer Demenz vom Typ Alzheimer, definieren aber keine Demenz. Es gibt Demenztypen, die bedingen erhebliche alltagsrelevante Defizite, jedoch ist die Gedächtnisleistung noch recht gut. Der Fokus bei der Demenzdefinition liegt auf der Alltagsrelevanz der Störungen, die auch andere kognitive Domänen betreffen kann.

2. Chronisch oder fortschreitend verlaufend: Mindestens 6 Monate anhaltend

Es gibt viele Gründe für kognitive Einschränkungen, die durch z. B. angeborene anlagebedingte oder traumatische Gehirnveränderungen oder -verletzungen schon in jungen Jahren auftreten. Zudem gibt es sicher per se kognitive Minderbegabungen. Zwar ist der Begriff der Demenz in den letzten Jahren ausgeweitet worden und umfasst auch z. T. reversible Erkrankungen des Gehirns, jedoch sind prinzipiell mit dem Begriff langsam progrediente primäre oder sekundäre neurodegenerative Prozesse gemeint und kein immer schon bestehendes Defizit. Deshalb ist es im Prinzip nicht möglich, bei der Erstvorstellung des Patienten eine Demenz zu diagnostizieren, weil die untersuchten und objektivierten Defizite ja angeboren sein könnten. Jedoch dürfen die Defizite auch rückblickend festgestellt werden, z. B. durch eine gezielte Fremdanamnese, und sollten in den letzten sechs Monaten progredient verlaufen, also langsam schlechter werdend. Wichtig ist aber, eine gezielte Fremdanamnese zu erfassen, die auch die Alltagsrelevanz der Symptome fokussiert.

Beispiel

Defizite: Demenz oder nicht?

Ein Patient zeigt in der Untersuchung insbesondere exekutive Funktionsstörungen (schnelles, zielorientiertes Denken und Handeln), im MoCA erreicht er 20 von 30 möglichen Punkten. Die Ehefrau berichtet, dass ihr Mann den Alltag nicht bewältigen konnte, als sie vor kurzem wegen einer Erkrankung in einer Kur war. Zudem berichtet sie jedoch, dass diese Defizite nicht neu seien. Ihr Mann habe nach der Sonderschule wegen einer Lernschwäche eine Ausbildung zum Lagerarbeiter abgeschlossen. Nach Umstellung auf ein elektronisches System an seinem Arbeitsplatz kam es vor etwa 15 Jahren bereits zu Fehlern, weshalb aufgrund der kognitiven Defizite am Arbeitsplatz eine Frühberentung erfolgte.

4 Pharmakotherapie: Prävention und Behandlung des Delirs

Katharina Nolte

Die Pathophysiologie des Delirs ist bisher nicht vollständig geklärt, da unterschiedliche physiologische Auslösefaktoren zur gleichen Symptomausprägung führen. Die gemeinsame Endstrecke aller diskutierten Hypothesen ist eine akute Neurotransmitterdysbalance. Das bedeutet, dass es im präfrontalen Cortex zu einem dopaminergen Überschuss kommt, dem gegenüber steht eine deutlich verminderte Acetylcholin-Synthese.

Acetylcholinmangelhypothese

Acetylcholin wird aus dem Acetylcoenzym A und Cholin gebildet. Alle Metabolismuswege, die diese Synthese von Acetylcoenzym A beeinträchtigen, wie beispielsweise eine Hypoglykämie, können eine verminderte Synthese von Acetylcholin induzieren. Ältere Patienten sind aufgrund des Alterungsprozess hier besonders gefährdet, da viele Stoffwechselvorgänge wie z. B. die Glykolyse in ihrer Dynamik abnehmen, zudem kommt es auch zu einer reduzierteren Mitochondriendichte. Vor dem Hintergrund dieser sensiblen Stoffwechsellage können anticholinerg wirkende Medikamente diesen Prozess verstärken und ohne besondere weitere Einflüsse ein Delir auslösen.

Neuroendokrinologische Hypothese

Die neuroendokrinologische Hypothese besagt, dass es durch eine Hyperreagibilität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse zu einer akut erhöhten Glucocorticoidkonzentration kommt. Auslöser für die Hyperreagibilität ist in den meisten Fällen eine Stressreaktion des Organismus auf beispielsweise eine Hypoxie.⁷⁵ Bei einer Arbeit von Kudoh et al. konnten bei Patienten, die postoperativ ein Delir entwickelt hatten, erhöhte Cortisol- und IL-6-Spiegel nachgewiesen werden.⁷⁶

⁷⁵ Vgl. Maldonado JR (2013): Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. In: The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry 21 (12), S. 1190–1222. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.09.005.

⁷⁶ Vgl. Kudoh A et al. (2005): Postoperative interleukin-6 and cortisol concentrations in elderly patients with postoperative confusion. In: Neuroimmunomodulation 12 (1), S. 60–66. DOI: 10.1159/000082365.

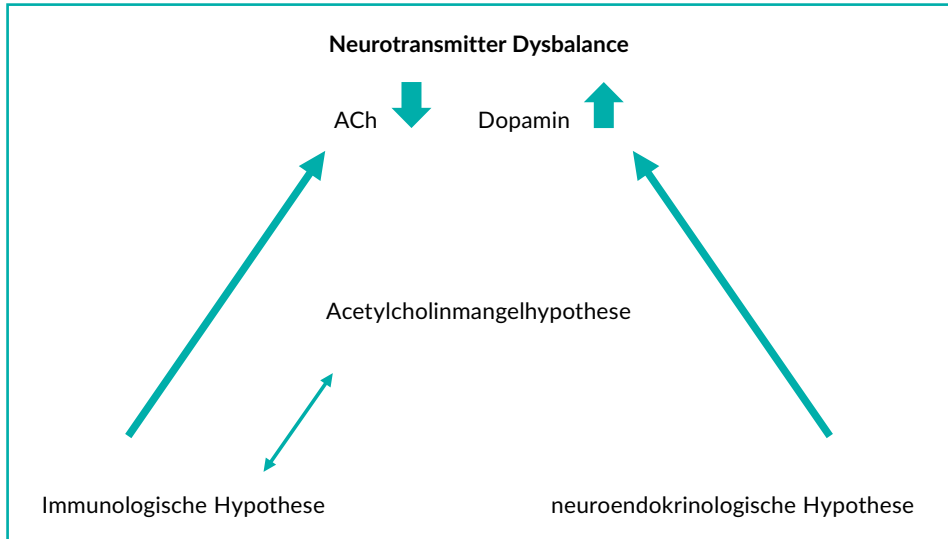


Abb. 27: Pathophysiologische Hypothesen des Delirs.

Immunologische Hypothese

Eine der am häufigsten diskutierten Hypothesen ist die immunologische Hypothese. Hier besteht die Annahme, dass es im Organismus zu neuroinflammatorischen Prozessen kommt, die durch eine akute Infektion oder einen invasiven Eingriff getriggert werden. Es erfolgt die Ausschüttung von Entzündungsmediatoren, wie IL1- β , IL-6 und TNF- α . Systemische Entzündungskaskaden werden in Gang gesetzt, die bis in das ZNS gelangen können.⁷⁷ Durch die genannten Zytokine kommt es zur Aktivierung von Mikrogliazellen im Gehirn. Es werden neuroinflammatorische Reaktionen ausgelöst, die die Synthese und Freisetzung von Neurotransmittern stark beeinträchtigen⁷⁸, insbesondere die Synthese von Acetylcholin. Durch einen Acetylcholinmangel fehlt die cholinerge kontrollierte Inhibition der Mikrogliazellen.⁷⁹

⁷⁷ Vgl. Cerejeira J et al. (2010): The neuroinflammatory hypothesis of delirium. In: Acta neuropathologica 119 (6), S. 737–754. DOI: 10.1007/s00401-010-0674-1.

⁷⁸ Vgl. Eikelenboom P et al. (2002): Immunological mechanisms and the spectrum of psychiatric syndromes in Alzheimer's disease. In: Journal of Psychiatric Research 36 (5), S. 269–280. DOI: 10.1016/S0022-3956(02)00006-7.

⁷⁹ Vgl. Gunther ML et al. (2008): Pathophysiology of delirium in the intensive care unit. In: Critical care clinics 24 (1), 45–65, viii. DOI: 10.1016/j.ccc.2007.10.002.

5 Das Konzept zum Delirmanagement am Universitätsklinikum Münster

Janina Santos Cid, Kirsten Eichler

Etwa 90 Prozent der Patienten mit einer manifesten Demenz erleiden im Krankenhaus ein Delir.⁹⁸ Zahlreiche Patienten über 65 Jahre, die nicht an einer manifesten Demenz leiden, autark und selbstversorgend leben, leiden aber unter kognitiven Beeinträchtigungen. Eine akute Erkrankung und ein notwendiger Aufenthalt in einer fremden Umgebung wie z. B. einem Krankenhaus, können bei diesen Patienten zu einer akuten Verwirrtheit, dem sogenannten Delir führen. Etwa 35 Prozent aller Patienten über 65 Jahre auf Stationen konservativer Fachrichtung sowie bis zu 60 Prozent der chirurgischen Patienten erleiden während des Krankenhausaufenthaltes ein solches Delir.⁹⁹

Diese medizinische »Nebenwirkung« führt zu einer enormen Kostenbelastung im Gesundheitssystem. In einer Studie konnte nachgewiesen werden, dass ein Patient mit Delir durchschnittlich 20 Prozent mehr Behandlungskosten verursacht.¹⁰⁰ Die medizinischen Folgen für die Patienten sind oftmals dramatisch: Selbst ein kurzzeitiges Delir bedeutet eine kurzfristig um das 20-fache erhöhte Mortalität.¹⁰¹ In mindestens 50 Prozent der Fälle verbleiben, nach diagnostiziertem Delir, nicht-reversible kognitive Defizite zurück, die zu alltagsrelevanten Einschränkungen führen.¹⁰² Rund 40 Prozent der sich zuvor selbstversorgenden Patienten sind nach einem Krankenhausaufenthalt mit Delir und den dadurch entstanden kognitiven Defiziten dauerhaft auf die Hilfe Dritter im Alltag angewiesen.¹⁰³ Dies führt in der Folge post-stationär häufig zu einem Bedarf an ambulanten Versorgungsleistungen.

⁹⁸ Vgl. Fick DM et al. (2020): Delirium Superimposed on Dementia: A Systematic Review. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50468.x>

⁹⁹ Vgl. Inouye SK (2014): Delirium in older persons. N. Engl. J. Med. 2006; 354: 1157-1165. doi: 10.1056/NEJMr05232

¹⁰⁰ Vgl. Brown CH et al. (2016): The Impact of Delirium After Cardiac Surgical Procedures on Postoperative Resource Use; Ann Thorac Surg. 2016 May; 101(5):1663-9. doi: 10.1016/j.athoracsur.2015.12.074. Epub 2016 Mar 31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27041454>

¹⁰¹ Vgl. Kratz T, Diefenbacher A (2016): Acute and longterm cognitive consequences of treatment on intensive care units. Nervenarzt 87 (3): 246-252. doi: 10.1007/s00115-0078-0

¹⁰² Ebd.

¹⁰³ Vgl. Inouye et al. 2014

Im Zeitraum von 2016–2017 wurden im UKM 773 Patienten in einer randomisierte Kontrollgruppenstudie eingeschlossen. Die Interventionsgruppe erhielt die Therapie nach dem neuen Delirmanagement-Konzept, während bei der Kontrollgruppe das allgemeine Standardverfahren angewendet wurde.

Das Ergebnis war deutlich! Das Risiko eines manifesten Delirs war in der Kontrollgruppe im Vergleich zur Interventionsgruppe um mehr als 66 Prozent höher (20,5 Prozent Kontrollgruppe vs. 7 Prozent Interventionsgruppe). Die Dauer des Deliriums in der Interventionsgruppe war im Vergleich zur Kontrollgruppe um die Hälfte reduziert (3,5 vs. 7 Tage). Die Verweildauer und der Pflegeaufwand deliranter Patienten im Vergleich zu nicht-deliranten Patienten sind, unabhängig der Studiengruppe, signifikant höher und liegen bei mehr als 33 Prozent. Berechnungen retrospektiver Daten aus dem Medizincontrolling weisen einen wirtschaftlichen Vorteil für ein konsequentes, strukturiertes und standardisiertes Delirmanagement auf.

Fazit

Die Durchführung eines strukturierten, standardisierten, prozessorientierten und professionellen Delirmanagements verbessert nicht nur die Qualität der medizinischen Patientenversorgung in einem Krankenhaus, sondern auch dessen Wirtschaftlichkeit.

Durch die Verkürzung der Verweildauer bei Delir entsteht neben den zusätzlich freigesetzten Leistungskapazitäten für die jeweilige Abteilung auch ein erheblicher wirtschaftlicher Nutzen für die entsprechende Versorgungseinrichtung.

Da das Delir jedoch nur eine »Nebendiagnose« im DRG-Bereich darstellt, ist es, sofern das Krankenhaus nicht über eine geriatrische Abteilung verfügt, nicht abrechnungsfähig. Die Folge davon ist, dass es nicht dokumentiert bzw. nicht in Anrechnung gebracht wird. Zwar wird die ICD 10-Schlüsselung in den Abrechnungsstatistiken dargestellt, erwirkt aber keine monetäre Zuordnung. Auch dann nicht, wenn man selbige nur nachrichtlich erheben würde. Selbst bei der Berechnung des DRG-Satzes durch den Grooper (ein EDV Programm zur DRG Berechnung), ergibt sich keine signifikante positive monetäre Erhöhung des Entgeltes für das Krankenhaus. Hier wäre es prospektiv von Bedeutung, entsprechende Kennziffern zu entwickeln, die diese Problematik für das Medizincontrolling und somit das Krankenhaus sichtbar machen könnten.

6 Personenzentrierte Grundhaltung im Umgang mit Demenz und Delir im Krankenhaus

6.1 Personenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers

Janina Santos Cid

Der Ursprung von Kommunikationsmethoden besonders im Umgang mit demenz-erkrankten Menschen findet sich in dem Ansatz zur personenzentrierten Gesprächsführung von Carl Rogers wieder. Bereits 1967 griff Naomi Feil in ihrer Arbeit zur Validationstherapie den Ansatz auf. Auch Tom Kitwood, dessen Konzept eine Grundlage des Expertenstandards »Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz«¹⁰⁶ bildet, bezieht sich in seinen Thesen auf die Methoden von Carl Rogers. Anfang 1960 kam der Ansatz durch das Ehepaar Tausch nach Deutschland. Er wird der humanistischen Psychotherapie zugeordnet.¹⁰⁷

Im Vordergrund des Ansatzes steht der Mensch mit seinem Bedürfnis zur Selbstverwirklichung. Dies beschreibt Rogers als treibende Kraft des Menschen. Aufgabe des gesprächsführenden Menschen ist es, eine Gesprächsatmosphäre zu schaffen, in welcher der Hilfesuchende und seine Welt stets im Vordergrund stehen.¹⁰⁸ Dabei wird der Gesprächsführende von Rogers als Therapeut beschrieben, da der Ansatz sich in der Psychotherapie begründet. In diesem Rahmen sprechen wir aber vom Gesprächsführenden, in der Annahme, dass sich der Ansatz auf die Arbeit mit alten und an Demenz erkrankten Menschen umsetzen lässt. Rogers beschreibt drei tragende Elemente der Gesprächsführung:

1. Kongruenz
2. Empathie
3. Bedingungslose positive Zuwendung

¹⁰⁶ Vgl. DNQP (2019): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück.

¹⁰⁷ Vgl. Rogers C (1983): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 20. Aufl. Fischer Verlag, Frankfurt/Main.

¹⁰⁸ Vgl. Ebd.

1. Kongruenz

Unter diesem Begriff erfasst Rogers die »Echtheit und Unverfälschtheit« des Gesprächsführers. Eine Beziehung zwischen dem Gesprächsführer und dem Patienten in unserem Fall ist nur möglich, wenn der Patient das Gefühl hat, dass die Gefühle des Gegenübers echt sind.¹⁰⁹ Dabei ist eine Kommunikation auf Augenhöhe ausschlaggebend. Der Patient sollte in keinem Fall das Gefühl entwickeln, der Gesprächsführende wäre ihm überstellt. Durch Transparenz, auch durch Äußerung von Emotionen und Gefühlen, kann eine Beziehung aufgebaut werden und der Patient erhält die Möglichkeit, sich zu öffnen.

Gehen wir von dem Menschen mit Demenz aus, welcher laut Tom Kitwood¹¹⁰ fünf zentrale Bedürfnisse erfüllt sehen möchte:

1. Trost,
2. primäre Bindung,
3. Einbeziehung,
4. Beschäftigung und
5. Identität.

Durch eine nach Rogers vorgelebte Kongruenz in der Beziehungsgestaltung, erlebt der Mensch mit Demenz durch sein Gegenüber ehrliche Emotionen und Gefühle, welche für die zentralen Bedürfnisse unabdingbar ist.

Ist der Gesprächsführer inkongruent, fallen diese Signale in der Regel sofort auf. Besonders Menschen mit Demenz sind für Inkongruenz sensibel und erkennen Signale auf nonverbaler Ebene. Dies setzt laut Rogers¹¹¹ eine starke Persönlichkeit des Gesprächsführenden voraus, da dieser die Beziehung selbst wahrnehmen und spüren muss.

Empathie

Rogers versteht unter Empathie in der Gesprächsgestaltung das einfühlende und nicht wertende Verstehen einer Person. Ist der Gesprächsführer kongruent, ermöglicht ihm das, sich auf den Patienten einzulassen. Er ist bemüht, die Welt aus den Augen seines Gegenübers zu sehen, die Werte, Motive, Wünsche und Ängste hinter dem gezeigten Verhalten zu verstehen.

Durch Feedback mit eigenen Worten versucht der Gesprächsführer die Emotionen des Gegenübers zu verstehen und offenzulegen. Dabei geht es nicht darum, einfach das Gesagte zu wiederholen, sondern durch eine objektive und nicht aufdringliche Art die

¹⁰⁹ Vgl. Ebd.

¹¹⁰ Vgl. Kitwood T (2019): Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Hogrefe, Bern.

¹¹¹ Vgl. Rogers 1983

7 Das Konzept der Angehörigenberatung im Krankenhaus

Liane Janßen

7.1 Die Geschichte des Ehepaares M.

Beispiel

Ein Delir und seine Folgen

Bis zum Krankenhausaufenthalt war bei Familie Anton (85 Jahre) und Maria M. (83 Jahre) die Welt noch in Ordnung. Sie wohnten im Erdgeschoss eines Mehrgenerationenhauses und versorgten sich selbstständig. Lediglich zum Anziehen der Kompressionsstrümpfe bei Herrn M. kam morgens ein Pflegedienst ins Haus. Um ihre Dauermedikation kümmerten sich Frau und Herr M. selbstständig. Herr M. war bisher mit dem Auto mobil und kleine Besorgungen, Ausflüge sowie Arztbesuche konnte er problemlos bewältigen. Um die größeren Besorgungen kümmerten sich Tochter und Schwiegersohn, die oben im Haus wohnen. Herr M. war früher Lehrer, seine Frau, bis zur Geburt des ersten von drei Kindern, als Sekretärin tätig. Seit Beginn der Rente genießen die beiden ihre gemeinsame Zeit und gestalten diese flexibel. Die aufgrund des Alters weniger gewordenen sozialen Kontakte wurden intensiv gepflegt. Herr M. ging regelmäßig zum Stammtisch und zweimal pro Woche zur Seniorengymnastik. Frau M. schwamm dreimal die Woche und gemeinsam trafen sich die beiden einmal in der Woche zu einer Doppelkopfrunde. Herr und Frau M. bereiteten morgens gemeinsam das Frühstück vor, lösten gemeinsam Rätsel und schwelgten bei langen Spaziergängen in Erinnerungen. Dann kam der Tag, an dem sich alles änderte:

In einem unachtsamen Moment rutschte Herr M. im Bad beim Duschen aus und zog sich eine Oberschenkelhalsfraktur zu. Ein Hüftgelenkersatz war unumgänglich, sodass für den nächsten Tag die Operation geplant wurde. Die Operation verlief nach Plan, doch Herr M. ist im Anschluss nicht mehr der Mann, der er vor dem Unfall war.

Zunächst ist Herr M. sehr schläfrig. Aber einen Tag nach der Operation wird er sehr unruhig. Er weiß nicht, wo er ist, entfernt die venösen Zugänge und versucht aufzustehen. Er fühlt sich bedroht, sieht die Wände des Krankenzimmers auf sich zukommen, Tiere krabbeln auf seiner Bettdecke.

8 Der Besuchsdienst als Delirprävention

Heike Altenhövel

Am UKM gibt es schon seit vielen Jahren einen Besuchsdienst. Einige wenige Ehrenamtliche engagierten sich schon in der Vergangenheit ohne festen Ansprechpartner und gezielte Koordination. Dieses so wichtige Potenzial konnte mangels eines konstanten Ansprechpartners aber nicht konsequent genutzt werden.

Im Dezember 2017 wurde eigens für den Aufbau und die Koordination des Besuchsdienstes die Stelle einer Diplom Sozialpädagogin besetzt und dem Bereich »Demenzsensibles Krankenhaus« angegliedert.

Die Gründe liegen auf der Hand: Es gibt immer mehr Patienten, die etwa durch ein Delir, eine Demenz oder auch durch soziale Isolation einen erhöhten, nicht pflegerischen Betreuungsbedarf aufweisen. Dieser Bedarf an Betreuung wurde bis dato weder über Angehörige noch über klinische Angebote abgedeckt. Eine klassische Versorgungslücke! Genau hier kommt dem Ehrenamt eine große Bedeutung zu: Durch gut geschulte und fachlich begleitete Ehrenamtliche wird diese Lücke recht effektiv etwas kleiner.



Info

Die Verbindung zwischen Ehrenamtlichen und dem Team des Demenzsensiblen Krankenhauses lässt vor allem betagte Patienten außerordentlich profitieren. Die täglichen Übergaben und regelmäßigen Teamsitzungen ermöglichen einen sehr guten Austausch zwischen den Kollegen. Die Koordinatorin des Besuchsdienstes erfährt etwa, welche Patienten von Besuchen profitieren und sie gibt die Rückmeldungen der Ehrenamtlichen an das Team weiter.

9 Sozioökonomische Relevanz: Was kostet ein Delir?

Laura Zupanc

Die sozioökonomische Relevanz des Delirs wurde bereits in den vorangegangenen Beiträgen verdeutlicht. Gesamtgesellschaftlich ist ein strukturiertes Delirmanagement im Krankenhaus wünschenswert.

Trotzdem existieren für die stationäre Krankenhausbehandlung kaum zusätzliche Abrechnungsmöglichkeiten, weder beim Auftreten eines Delirs noch bei Maßnahmen zur Delirprävention und -intervention. Das Delir ist in verschiedenen Ausprägungen zwar als Nebendiagnose kodierfähig, führt aber als solche nicht automatisch zu einer Veränderung des Erlöses, obwohl Studien einen erhöhten Personal- und Sachaufwand für die Behandlung von Patienten mit Delir nachweisen.¹⁴²

Ein saarländisches Krankenhaus hat die Vergütungsrelevanz von Demenz und Delir untersucht, indem Fälle mit und ohne Eingabe der Diagnose Demenz bzw. Delir gruppiert wurden. Bei 136 Patienten mit der Diagnose »F05*-Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychische Substanzen bedingt« führte die Kodierung des ICD-Codes in nur sechs Fällen zu einem veränderten Erlös.¹⁴³

Neben dem erhöhten personellen Aufwand insbesondere in der Pflege, steigen die Kosten auch durch eine oftmals verlängerte Verweildauer.¹⁴⁴ Der DRG-Erlös steigt zwar, wenn das Delir zu einer so stark verlängerten Verweildauer führt, sodass die obere Grenzverweildauer der DRG überschritten wird. Diese Fälle weisen jedoch vermehrt einen negativen Deckungsbeitrag im Vergleich zu Patienten innerhalb der Verweildauergrenzen auf.

¹⁴² Vgl. u. a. Guenther U et al. (2014): Kosten des Delirs bei kardiochirurgischen Intensivpatienten. *Anästh Intensivmed* 2014; 55:301; Guenther U et al. (2016): Pflegeaufwandindizes TISS-10, TISS-28 und NEMS. Erhöhter Arbeitsaufwand bei Agitation Delir wird nicht erfasst. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2016; 111:57-64; Weinrebe W, Johannsdottir E, Karaman M, Fügen I (2016): What does delirium cost? An economic evaluation of hyperactive delirium. *Z Gerontol Geriat* 2016; 42:52-58; Leslie DL et al. (2008): One-Year Health Care Costs Associated with Delirium in the Elderly. *Arch Intern Med* 2008; 168(1):27-32.

¹⁴³ Vgl. Beck et al. 2016

¹⁴⁴ Vgl. u. a. Weinrebe 2016; 42:52-58.

10 Blick in die Zukunft: Was erwartet uns im Gesundheitssektor?

Kirsten Eichler

Die fokussierte, strukturierte Behandlung eines Delirs ist sowohl für die Patienten als auch für dessen Angehörige von besonderer Bedeutung. Dabei kommt dem Bereich der prozessgesteuerten und strukturierten Behandlungsabfolge eine zentrale Bedeutung zu.

10.1 Das Innovationsfondprojekt »KOMPASS D2«

Basierend auf den Ergebnissen der internen UKM-Studie initiierten wir ein innovationsfond-gefördertes Projekt, in dem wir die Ergebnisse nochmals manifestierten, aber auch weitere Aspekte mit einbeziehen.

So bezogen wir die telemedizinische Behandlung von Delirien mit ein und berieten hierzu unsere Konsortialkrankenhäuser zur Thematik. Regelmäßige Wardrounds (telemedizinische Visiten) und der Einschluss von ca. 3000 Patienten sollten entsprechende Referenzwerte liefern. Ferner wurden in dieser Studie neben der Qualität auch Wirtschaftlichkeitsfaktoren mit erhoben, um so eine gesicherte Aussage treffen zu können. Die sich hieraus ergebenden Daten werden im Rahmen einer entsprechenden Veröffentlichung verifiziert und diskutiert.

Durch den Einschluss der Telemedizin soll auch Krankenhäusern, die nicht über eine entsprechende personelle Fachexpertise verfügen, die Möglichkeit gegeben werden, ein erfolgreiches Delirmanagement in ihrem Hause zu implementieren.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt aus diesem Projekt war auch jener, dass hier nicht nur die medizinische Evidenz eines Delirmanagements bewiesen wurde, sondern auch dessen Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Dabei spielten selbstverständlich Qualitätsaspekte eine wesentliche Rolle. Gleichzeitig kann sich hier aber auch die Möglichkeit seitens des Gesetzgebers ergeben, der Thematik Delir und dessen Finanzierbarkeit im Leistungskatalog mehr Bedeutung einzuräumen.

Die Autorinnen und Autoren



Heike Altenhövel ist Diplom-Sozialpädagogin und hat den Bereich des Besuchsdienstes im Universitätsklinikum Münster aufgebaut und drei Jahre lang geleitet. Zusätzlich zu Ihrer beruflichen Tätigkeit ist sie mit ihrem Therapiehund in Altenpflegeheimen im Einsatz.



Professor Dr. med. Thomas Duning ist seit dem 1. Februar 2021 Chefarzt der Klinik für Neurologie am Klinikum Bremen Ost. Er absolvierte nach seiner Schulzeit zunächst erfolgreich eine Ausbildung als Energieelektroniker und arbeitete in dem erlernten Beruf in einem Stahlwerk. Nach seinem Abitur studierte er von 1996 bis 2002 Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und in Perth/Australien. In 2003 begann er seine Facharztausbildung in der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums in Münster. Seit 2009 ist er Facharzt für Neurologie, ab 2011 Oberarzt der Klinik. Prof. Duning trägt zudem die Zusatzbezeichnungen Intensivmedizin und Geriatrie. Er habilitierte 2010 über innovative MRT-Bildgebung und deren klinische Bedeutung bei neurodegenerativen Krankheiten. Sein wissenschaftlicher und klinischer Schwerpunkt liegt neben der Delirprävention und -therapie in der Behandlung und Diagnostik neurodegenerativer Erkrankungen, insbesondere Demenzerkrankungen.

Professor Dr. med. Thomas Duning gründete und leitete er den Bereich »Demenzsensibles Krankenhaus« des Universitätsklinikums Münster. Mit seinem interdisziplinären Team etablierte er ein standardisiertes Management von Delirpräventionen und -therapien an Krankenhäusern. Prof. Duning leitete bis 2021 die wissenschaftliche Arbeitsgruppe Neurokognition und -degeneration sowie die Gedächtnisambulanz des Universitätsklinikums in Münster und ist einer der Autoren der S3 Leitlinie Demenz und der S1 Leitlinie Delir der Deutschen Gesellschaft für Neurologie.



Kirsten Eichler ist studierte Betriebswirtin und Gesundheitsökonomin. Nach ihrem Studium der Betriebswirtschaftslehre arbeitete sie am Massachusetts Institut of Technology (MIT), Cambridge USA, wo sie im Rahmen ihrer Studien u. a. bei dem Protection and Affordable Care Act (»Obama Care«) aktiv involviert war und zusammen mit ihrem wissenschaftlichen Team vom Präsidenten der Vereinigten Staaten ausgezeichnet wurde. Zudem verfügt sie über große Erfahrung in der Beratung von Krankenhäusern und Pflegeheimen, das dies u. a. auch zu ihren Aufgaben am MIT gehörte.

Im Rahmen ihrer gesundheitsökonomischen Vorlesung an einer privaten Hochschule konnte sie ihr Wissen und ihre Erfahrungen den Studierenden erfolgreich vermitteln und begleitete diese u. a. zu Bachelor oder Master-Abschlüssen im Gesundheits- und Sozialwesen.

Seit 2020 ist Kirsten Eichler Mitglied im Team des Demenzsensiblen Krankenhauses und war bereits 2019 aktiv an der Implementierung des Qualitätsmanagements und der Zertifizierung zum Demenz-Delir-sensiblen Krankenhaus beteiligt. Derzeit promoviert Kirsten Eichler an der Westfälischen Wilhelms Universität in Münster im Rahmen eines Innovationsprojektes zur Delir-Prävention (Kompass D2).



Christopher Robin Göpel hat 2003 die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger absolviert und anschließend das Studium zum Pflegediplomwirt in Münster begonnen. In dieser Zeit sammelte er viele Erfahrungen in Demenzwohngruppen und erstellte im Rahmen des Studiums einen Biografieaufnahmebogen sowie ein Konzept zur Beratung und Integration von Angehörige in der Demenzversorgung. Seit 2015 arbeitet er im Team des Demenzsensiblen Krankenhauses und hat in der Zeit die Weiterbildung zum Pflegeexperten Demenz und Delir entwickelt, ein Drittmittelprojekt in der Delirversorgung initiiert sowie, bei der Zertifizierung zum Demenz- und delirsensiblen Krankenhaus mitgewirkt und ist verantwortliche Teamleitung der Pflegespezialisten. Nebenbei hat sich Christopher Robin Göpel zum Praxisbegleiter respectare® und Dialogprozessbegleiter ausbilden lassen.



Liane Janßen schloss 1995 die Ausbildung zur examinierten Krankenschwester erfolgreich ab. Ihre Expertise erwarb sie im Laufe ihrer langjährigen Berufserfahrung im Krankenhaus, in einem Altenpflegeheim, in einer Arztpraxis sowie in der ambulanten Pflege. Sie war von Anfang an (seit 2015) beim Aufbau des Demenzsensiblen Krankenhauses am UKM beteiligt. In dieser Zeit hat sie an der Entwicklung und Implementierung für die Weiterbildung des Pflegeexperten Demenz und Delir mitgewirkt sowie das Konzept der Angehörigenberatung am UKM implementiert.

Zudem hat sie eine Weiterbildung zur Pflegetrainerin und Pflegeexpertin für Menschen mit Demenz absolviert. Im Januar 2021 wechselte Liane Janßen an die Universitätsmedizin Greifswald, um dort sowohl als Teamleitung das Demenzsensible Krankenhaus als auch die Delirprävention zu entwickeln und zu implementieren.



Anja Nieländer absolvierte 1990 die Ausbildung zur medizinisch-technischen Assistentin. Seit 2016 arbeitet sie im Team des Demenzsensiblen Krankenhauses des UKM und hat in dieser Zeit das geriatrische Konzept am UKM entwickelt und implementiert sowie ein Ernährungskonzept für geriatrische PatientenInnen initiiert. Anja Nieländer arbeitet als Dozentin in der Weiterbildung der Pflegeexperten Demenz und Delir im Krankenhaus sowie in der Delirprävention des UKM. Sie hat sich nebenbei zur Praxisbegleiterin respectare® und Dialogprozessbegleiterin ausbilden lassen.



Dr. rer. nat. Katharina Nolte geb. Ilting-Reuke studierte Pharmazie an der Westfälischen-Wilhelms-Universität in Münster. Nach Erhalt der Approbation zur Apothekerin arbeitete sie einige Jahre in der öffentlichen Apotheke bis sie 2015 am Universitätsklinikum in Münster als Krankenhausapothekerin begann und im Bereich Klinische Pharmazie eine Dissertation zum Thema Delirrisiko bei Patienten ab 65 Jahren anfertigte.



Janina Santos Cid hat im Jahr 2009 die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin absolviert und langjährige Erfahrung in der stationären pflegerischen Versorgung von älteren Patienten sammeln können. 2018 erfolgte ein Wechsel in das Case Management wodurch Janina Santos Cid organisatorische und administrative Erfahrungen sammeln konnte. Neben der beruflichen Tätigkeit absolvierte Sie die Fortbildung zum Demenzexperten, zur Praxisanleiterin und zur geriatrischen Fachkraft nach Zercur mit 180 Punkten. Zusätzlich studierte sie berufsbegleitend Berufspädagogik im Gesundheitswesen. Im demenzsensiblen Krankenhaus fungiert sie als verantwortliche Teamleitung der Pflegespezialisten.



Manuel Schindler absolvierte 2011 den Master-Studiengang »Gerontologie« und war im Anschluss für sechs Jahre als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg beschäftigt.

In dieser Zeit führte er u. a. im Rahmen seiner Tätigkeit innerhalb eines Gedächtnis zentrums neuropsychologische Testungen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durch und beriet die Betroffenen auf Basis ihrer Testergebnisse. Darüber hinaus war er in klinischen pharmakologischen Studien als Rater tätig. Ab dem Jahr 2017 war Manuel Schindler als wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Firma RECOM als beschäftigt. Dort gehörte die evidenz-basierte Weiterentwicklung des Pflegeklassifikationssystem European Nursing care Pathways (ENP) zu seinen Hauptaufgaben. Seit Juli 2020 ist er als Projektmanager innerhalb des vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderten Innovationsfondprojekts »Komplikations-Management und Prävention im Ambulanten und Stationären Sektor – Demenz & Delir (Kompass D²)« tätig.



Laura Zupanc absolvierte in den von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel ein duales Studium zur Kauffrau im Gesundheitswesen und B. A. Betriebswirtschaftslehre. Anschließend war sie als Finanzcontrollerin in den Evangelischen Kliniken Bethel tätig. 2017 wechselte sie ins Controlling des Universitätsklinikum Münster, schloss 2019 einen berufsbegleitendes Masterstudium (M. B. A.) in Gesundheitsmanagement ab und leitet seit 2019 das Team Klinik-Reporting.

Register

10-Minuten-Aktivierung 194

»KOMPASS D2« 239

Acetylcholinmangelhypothese 105

Aktivierung

– kognitive 67, 194

Aktivitäten 72

Altern 10, 27

Angehörigenberatung 201

Anticholinerge Risiko-Skala 112

Ausscheidung 70

Bedürfnisse 69

Beeinträchtigungen und Depressionen

– Erfassung 80

Besuchsdienst 209

Betreuungskonzepte

– postoperative 100

Bezugspersonen 66

Bilderstrecke 72

Confusion Assessment Method

(CAM) 89

Confusion Assessment Method for the

Intensive Care Unit (CAM-ICU) 90

Delir 13, 50

– Definition 14, 58

– Kosten 218

– medikamentöse Behandlungs-
optionen 113

– Pharmakotherapie 105

– Therapiekonzept 99

Delirbehandlung

– Arzneimittel 117

Delirdiagnostik

– Assessmentinstrumente 89

Delirium Rating Scale Revised

(DRS-R-98) 92

Delirmanagement

– Konzept UKM 121

– medizinisches 95

– multiprofessionelles 63

– pflegerisches 63

– postoperatives 100

– Screening-Instrumente 76

Delirprävention

– Fallbeispiel 128

– Konzept UKM 125

– pflegerische 63

– Umgebungsgestaltung 71

Delirsymptome

– Parkinson-Syndrom,
Neuroleptika 116

– Therapie, medikamentöse 114

Demenz

– Alzheimer 33

– Definition 10

– Diagnostik 21

– Formen 29

– frontotemporale 48

– Risikofaktor 11

– Symptome 16

– Symptomkomplex 20

– vaskuläre 41

Demenz-Delir

– Differenzialdiagnosen 59

Demenzerkrankungen

– Prävalenz 12

Demenzkoffer 73

Demenzstrategie

– Nationale 240

Dem-Tect 83

DIN SPEC Demenz-

Delirmanagement 240

Durchgangssyndrom 51

- Erfassung funktioneller
 - Einschränkungen 78
- Ernährung 70
- Familiäre Pflege 205
- Flüssigkeit 69
- Geriatrische Depressionsskala
 - (GDS-15) 87
- Gesprächsführung
 - personenzentrierte 133
- HOPS 51
- Hospitalisierungen 66
- Immunologische Hypothese 106
- Medikation
 - inadäquate 109
- Mensch 141
- Mild Cognitive Impairment (MCI) 80
- Mini Mental Status Test (MMST) 81
- Mobilität 70
- Montreal Cognitive Assessment
 - (MoCA) 84
- Nesteldecken 73
- Neuroendokrinologische
 - Hypothese 105
- Neuroleptika
 - hochpotente 108
- NRS 79
- Orientierung 67
- Patient
 - geriatrischer 114
- Person 141
- Personsein 143
- Pflege
 - personenzentrierte 137
- Prävention
 - medikamentöse 107
- Qualitätsgemeinschaft
 - Demenz-/Delir-sensibler
 - Gesundheitsversorger 241
- respectare® 183
- Ruheplätze 74
- Schmerz 69
 - Beurteilung 79
- Tag-Nacht-Rhythmus 70
- Test zur Früherkennung von
 - Demenzen mit Depressions-
 - abgrenzung (TFDD) 85
- Therapie
 - neuroleptische 98
- Uhrentest 83
- Umgebungswechsel 66
- Validation 196
- VAS 79
- Wahrnehmung 73

Delir – Prävention und Therapie

Gerade Menschen mit Demenz erleben sehr häufig ein Delir. Das verstärkt ihr Leiden, erschwert die Therapie und führt auch zu einer enormen Kostenbelastung der Kliniken.

Ein Delirmanagement ist eine multiprofessionelle Aufgabe: Pflegekräfte und Mediziner (Neurologen, Psychiater, Internisten, Geriater, Pharmakologen und Anästhesisten) müssen zusammenarbeiten, um ein pragmatisches und nachhaltiges Konzept zu implementieren.

An der Universitätsklinik Münster ist ein solches multiprofessionelles Delirmanagement schon heute Standard: strukturiert, standardisiert, prozessorientiert und professionell. Das Neue daran ist, dass das Münsteraner Konzept in Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegekräften entstand, sodass alle Kompetenzen zur Verfügung stehen.

Die Autoren

Die Autoren dieses Buches sind Mediziner (Neurologen), Pflegekräfte, Gesundheitsökonominnen, Klinische Pharmazeuten und Sozialpädagogen am Universitätsklinikum Münster. Sie arbeiten im Bereich »Demenzsensibles Krankenhaus«.

ISBN 978-3-8426-0846-7

