

Demenzerkrankte Patienten im Akutkrankenhaus im Krankenhaus

Malteser Fachstelle Demenz



Mit Alzheimer in die Klinikfalle - Windows Internet Explorer

http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/demenz/default.aspx?sid=816724&cm_mmics=Newsletter-Newsletter-O-20120627-_-Demenz

Favoriten Internationales Studien- u... Consumers making a diff... [Zentrum für Bewegungsf... Mehr Add-Ons erhalten Windows Windows Media Remote-E-Mail-Zugriff Microsoft bCentral Links anpassen Kostenlose Hotmail Interne Firmenwebsite

Mit Alzheimer in die Klinikfalle

Mittwoch, 27. Juni 2012 Newsletter » RSS » Mobil » Abo-Service » E-Paper

30 **ÄRZTE ZEITUNG.DE** Springer Medizin Login | Registrieren Sie sind noch nicht angemeldet

Home Politik & Gesellschaft **Medizin** Praxis & Wirtschaft Panorama Kongresse Fortbildung & CME Foren

Krankheiten Fachbereiche Specials

Sie befinden sich hier: Home » Medizin » Krankheiten » Demenz

Ärzte Zeitung, 26.06.2012 Kommentieren (0) ★★★★★

Mit Alzheimer in die Klinikfalle

BOSTON (BS). Für Alzheimerkranke bedeutet ein Krankenhausaufenthalt oft eine schwere Zäsur, von der sie sich nicht wieder erholen: Viele werden pflegebedürftig oder sterben früh, wie eine US-Studie belegt.

In der Studie des Massachusetts Alzheimer's Disease Research Center erhöhte ein Klinikaufenthalt bei Alzheimerkranken das Risiko, im nächsten Jahr zu sterben oder in ein Pflegeheim zu kommen, um das 4,7- bzw. 6,9-Fache (Ann Intern Med 2012; 156: 848).

Schuld daran ist nicht nur der schlechte Gesundheitszustand, der zur stationären Aufnahme geführt hat, sondern offenbar auch der Krankenhausaufenthalt an sich.

Trat dabei ein Delir auf, waren Tod oder Heimeinweisung sogar 5,4- bzw. 9,3-mal so häufig wie bei Alzheimerpatienten ohne stationäre Therapie.

Teilnehmer der Studie waren 771 Alzheimerkranke mit meist leichter Demenz (im Mittel 77 Jahre alt). Binnen zwei Jahren war knapp die Hälfte mindestens einmal stationär behandelt worden, jeder zweite Patient hatte dabei ein Delir entwickelt.

Zu Pflegeheimpatienten wurden innerhalb eines Jahres 29 bzw. 43 Prozent dieser Patienten, aber nur 4 Prozent der nicht hospitalisierten Alzheimerkranken.

Gestorben sind in dieser Zeit 9 bzw. 15 Prozent, im Vergleich zu 2 Prozent ohne stationäre Therapie.

Bei Alzheimerpatienten sind stationäre Behandlungen möglichst zu vermeiden, so die Autoren. Defizite bei der Versorgung von Demenzpatienten in Kliniken hatte kürzlich auch eine Studie des Geriaters Professor Ingo Függen von der Uni Witten/Herdecke offenbart.



Pantoffeln in der Spülmaschine: Vorsicht, Demenz.
© libzia / fotolia.com

suchen... **SUCHE** Anzeige

- Alle gutachterlich relevanten Begriffe präzise und verständlich erklärt
- Von einem Autorenteam aus Juristen und Medizinern

Jetzt bestellen

Leserfavoriten

gelesen	versendet	gesucht	kommentiert
>	>	>	>

- > Das Geschlecht bestimmt die Arznei
- > Experten zerlegen "Pflege-Bahr"
- > Mit dem Rettungswagen kommt die Rechnung
- > Beschneidung: Machen sich Ärzte strafbar?
- > Zoff um Blutentnahmen absehbar
- > Schmerzmittel nur noch vier Tage
- > Korruption: Kammer knöpft sich schwarze Schafe vor
- > Deutschlands erster Hausärztebus steht in den Startlöchern
- > Antidepressiva sind besser als ihr Ruf
- > BGH-Urteil kein Freifahrtschein für Ärzte

> weitere Beiträge >

Springer Medizin CharityAward 2012

Am 18. Oktober 2012 wird von Springer Medizin zum 4. Mal der CharityAward verliehen.

SpringerMedizin **CharityAward 2012**

> Zur Sonderseite

Internet | Geschützter Modus: Aktiv 100%

11:44 27.06.2012

Bedeutung demenziell erkrankter Patienten in akutstationären Einrichtungen

Zunehmend müssen demenziell erkrankte Menschen im Akutkrankenhaus behandelt werden, weil

- sie sich häufig verletzen bzw. stürzen mit den damit verbundenen Frakturen,
- sie häufig an internistischen Erkrankungen leiden,
- Multimorbidität bei ihnen weit verbreitet ist.

Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Um welche Patienten geht es?

- a) Patienten mit bereits bekannter Demenz
- b) demenziell erkrankte Patienten, bei denen die Demenz als solche bislang nicht bekannt ist

Demenz ist selten die Erkrankung, die den Krankenhausaufenthalt auslöst (meist Nebendiagnose bzw. Komorbidität).

Probleme demenziell erkrankter Menschen im Krankenhaus

- Die Patienten sind häufig unzureichend untergebracht bzw. versorgt.
- Die kombinierte Unterbringung demenziell erkrankter Patienten zusammen mit nicht erkrankten im selben Patientenzimmer oder auf derselben Station erweist sich als nachteilig.
- Das Krankenhauspersonal ist oft unzureichend für diese Erkrankungen qualifiziert.

„Eine Akutbehandlung im Krankenhaus kann für Demenzkranke zu einer wahren Irrfahrt werden: Der Aufenthalt im Krankenhaus verstört; die unbekannte fremde Umgebung, fremde Menschen, fremde Räume, ungewohnte Abläufe und Anforderungen wirken beängstigend. Sie suchen nach Vertrautem und wandern herum. Sie wehren sich gegen Eingriffe, die sie nicht verstehen und als Angriff deuten. Sie äußern ihre Angst durch Schreien und Stöhnen; sie „stören“ und bringen den Ablauf der Therapie und Pflege im Krankenhaus „durcheinander“.

(DPWV/ Rheinisches Ärzteblatt 10/2008)

RKI zur Situation von Menschen mit einer Demenzerkrankung in Deutschland

(Heft 28, 2008, Altersdemenz)

- Mehr als 90% der Erkrankten werden vom Hausarzt behandelt (Internist oder Praktiker).
- Das Wissen vieler Hausärzte über Demenz ist noch nicht ausreichend, v.a. der schmerztherapeutische Bereich ist noch unterversorgt.
- Bei 40 bis 60 % der Patienten wird die Diagnose übersehen.
- Demenzkranke werden relativ selten in psychiatrisch/ neurologische Einrichtungen überwiesen (13,8 % ambulant, 7,3 % stationär, 6,9 % ambulant und stationär), mit zunehmendem Alter mit abnehmender Tendenz (über 90jährige nur noch insg. zu 10%).
- 2005 waren bereits 48 % der Krankenhauspatienten 60 Jahre und älter.
- 2030 werden es über 55 % sein.

Es gibt Bedarf an:

- Ärzten und Pflegekräften, die das Krankheitsbild und seine Auswirkungen verstehen, mit den Verhaltensweisen umgehen können und zu denen die Demenzkranken Vertrauen entwickeln können,
- Einem guten Betriebsklima,
- einem verbesserten Informationssystem,
- Fachkonferenzen,
- übergreifender Vernetzung im Krankenhaus,
- räumlicher Zusammenführung der Demenzkranken wegen der besonderen Anforderung an die Versorgung in den akutstationären Einrichtungen
- Beziehungskonstanz in kleinen Einheiten,
- Tagesstrukturierung mit aktivierenden Angeboten und Ruhephasen im Wechsel,
- optimierter barrierefreier Raumstruktur mit geringem Geräuschpegel und ausreichender Helligkeit,
- genauerer Abstimmung der Medikation und **Delirprävention**.

Welche Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Patienten im Krankenhaus gibt es?

Palliativer Behandlungsansatz in der Demenzversorgung

„A palliative approach can improve the quality of life for the dementia patient and for the family“

„Some of the suggestions listed in this thesis for improving the quality of care are more a reflection of the need for a change in attitudes rather than the need for substantial budget increases.“

1. Albinsson L, Strang P. A palliative approach to existential issues and death in end-stage dementia care. *Journal of Palliative Care*, 2002, 18:3,168-174.
2. Batt-Leiba MI, Hills GA, Johnson PM, Bloch E. Implications of coping strategies for spousal caregivers of elders with dementia. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 14 (1): 54-62, 1998.
3. Beck-Friis B. Demens och palliativ vård - ett anhörigperspektiv. In: Beck-Friis B, Strang P, eds. *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber, pp. 172 - 175, 1999.



Silviahemmet

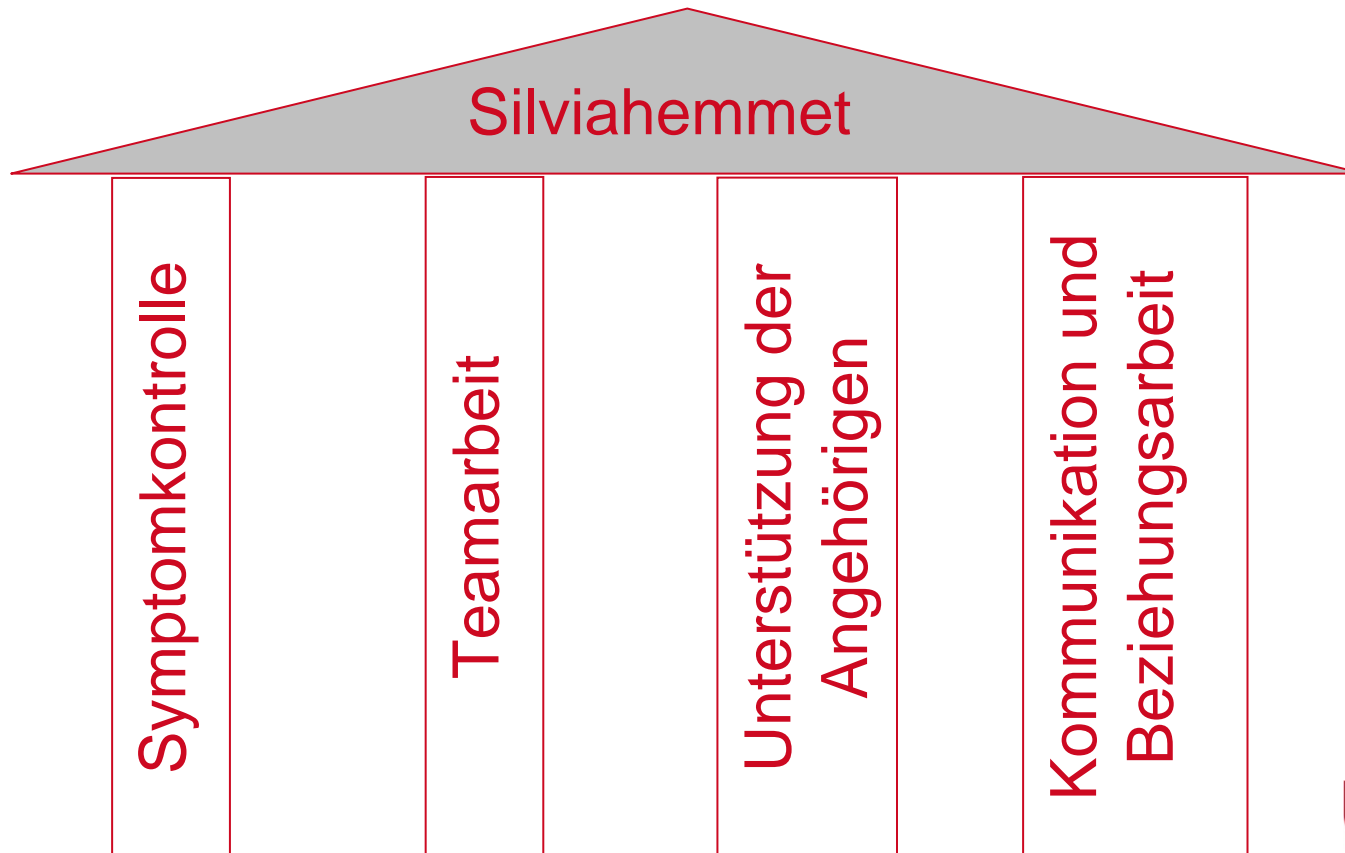


Zielgruppen des Silviahemmet Konzeptes

- Demenziell erkrankte Patienten
- Angehörige
- Fachpersonal
in Haupt- und
Ehrenamt
- Umfeld

Die Palliative Philosophie nach Silviahemmet

Die vier Eckpfeiler sind:



Hauptziele von Silviahemmet

- Möglichst selbstbestimmte Lebensweise
- Erhalten von Lebensqualität und Lebensperspektive
- Verbesserung der Beziehung Kranker – Angehöriger
- Verbesserung der Lebensqualität auch der Angehörigen, u.a. auch durch Stärkung des sozialen Netzes
- Lösen aus der Isolation
- Entlastung der Fachkräfte
- Gesellschaftspolitische Enttabuisierung der „Demenz“

Silviahemmet

- Im Mittelpunkt steht die Würde des Erkrankten.
- Der Erkrankte steht stets an erster Stelle.
- Dem Erkrankten wird mit liebevollem Respekt begegnet.
- Der Kranke „lehrt“ die „Anderen“ und ermöglicht ihnen das Krankheitsbild zu verstehen.
- Die Versorgung/ Pflege richtet sich nach den Bedürfnissen des einzelnen Erkrankten, nicht nach den allgemeinen Vorstellungen vom Krankheitsbild Demenz.
- Der den Erkrankten Versorgende/ Betreuende ist persönlicher Begleiter mit verschiedenen Aufgaben/ Funktionen: Beobachter, Schatten, Bewahrer, Organisator und Führer.



Silviahemmet

Einfluss der Silviahemmet-Ausbildung auf die Arbeit/ den Umgang mit den Erkrankten:

- Veränderung des Blickwinkels: *den Kranken hinter der Diagnose sehen und erkennen und Verhalten des Erkrankten als „normal“ einordnen können.*
- Vom Blick auf eine homogene Gruppe älterer Menschen mit Demenz hin zu einem Blick auf das eine unverfälschte Gegenüber: *der Kranke wird als Individuum wahrgenommen*
- Fundiertes Verständnis von Demenz als Erkrankung: *besseres Verständnis für die Reaktionen der Erkrankten und erleichterter Umgang durch das Wissen um die spezifische Diagnose*
- Wissen um die multiplen und die Lebensqualität beeinflussenden Funktionsstörungen
- *Von der Fürsorge hin zu einem Einbezogenwerden in das Leben einer anderen Person*

Das sollten wir wissen...

Demenz

- Demenz ist ein Syndrom, das durch Erkrankungen oder Traumatisierungen des Gehirns hervorgerufen wird und bis heute nicht heilbar ist.
- Demenz bedeutet den kontinuierlichen Verlust an Funktionen und – im Laufe der Zeit - die Entwicklung verschiedener begleitender Symptome.
- Demenz hat mehr als 100 verschiedene bekannte Ursachen.
- Jährlich erkranken in Deutschland etwa 200.000 Menschen neu an einer Demenz.
- Der größte Risikofaktor für Demenz ist das Alter.



Verschiedene Formen der Demenz-Erkrankungen

Primärdegenerative Formen

(ca. 65%)

Alzheimer Erkrankung

Parkinson

Lewy body Demenz

Frontallappendemenz

u.a.

Vaskuläre (gefäßbedingte) Demenz

(ca. 20%)

Sekundäre Formen

(ca. 15%)

Traumatische Schäden (z.B. nach Unfällen)

Hydrocephalus

Gehirntumor

Stoffwechselstörungen

Mangelerscheinungen

Alkohol u.a.

Häufig treten auch Mischformen auf (Alzheimer typische Veränderungen plus vaskuläre Veränderungen). Diese Kombination ist bei alten Menschen besonders häufig.



Demenzkriterien

DSM IV oder ICD 10

- Gedächtnisverschlechterung (obligat) bei erhaltenem Bewusstsein
Zur Beeinträchtigung des Gedächtnisses muss noch mindestens eine der folgenden Störungen hinzukommen:
- Aphasie (Störung der Sprache)
- Agnosie (Unfähigkeit, Gegenstände zu identifizieren bzw. wieder zu erkennen)
- Apraxie (beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen)
- Verschlechterung exekutiver/motorischer Fähigkeiten (Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge)
- Verschlechterung vom früherem Niveau
- Verlauf > 6 Monate

Erste Hinweise:

Es gibt Probleme mit:

- Gedächtnis
- Informationsverarbeitung (Suchen verlegter Gegenstände)
- Durchführen komplexer Handlungen (anmelden, kochen, etc.)
- Problemlösungsverhalten (Milch kocht über)
- Räumliche Orientierung
- Sprache (richtige Worte)
- Verhalten (Passivität oder Aggression)

Ausschließen von anderen Ursachen (Erkrankungen, Depression, Delir, Medikamente, Trinkverhalten, Fehlen von Hilfsmitteln, Isolation)

Demenz Assessment

- Anamnese
 - Status
 - Angehörige (Interview)
 - Blutuntersuchungen
 - Kognitive Tests
 - EKG (Elektrokardiogramm)
 - CT (Computertomographie/Gehirn) altern. MRT
 - Beurteilung (zu Hause)
-
- Evtl. neuropsychologische Testserie
 - Evtl. EEG (Elektroencephalogramm)
 - Evtl. Lumbalpunktion für Liquoranalyse (Tau, B42 Amyloid)
 - Evtl. SPECT (Gehirnscan)
 - Evtl. Ultraschall/ Halsgefäße

Symptome bei Demenz

Kognitive Symptome

Schwierigkeiten mit

- Gedächtnis und Erlernen von Neuem
- Orientierung
- Sprache
- Rechnen
- Aufmerksamkeit
- Urteilsvermögen und Einsicht
- Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen
- Fähigkeit, Gegenstände zu identifizieren bzw. wieder zu erkennen

Gedächtnis

- Episodisches Gedächtnis – das, was wir erlebt haben (Hochzeit, Arbeit, etc.)
- Semantisches Gedächtnis – das, was wir wissen (Paris ist die Hauptstadt von Frankreich.)
- Prozessuales Gedächtnis – das, was wir können (Schwimmen, Radfahren, Tanzen)



Symptome bei Demenz

Psychiatrische Symptome

Depression
Angstzustände
Aggressivität
Verwirrtheit
Wahnvorstellungen

Verhaltenssymptome

Hin- und Herwandern
Nesteln
Wiederholungen
Rufen und Schreien
Unruhe

Körperliche Symptome

Steifigkeit
Inkontinenz
Parkinsonismus
Krämpfe
Kontraktionen



Therapie?

Die Demenzerkrankungen sind bisher nicht heilbar, können aber behandelt werden.

Ziel der Therapie:

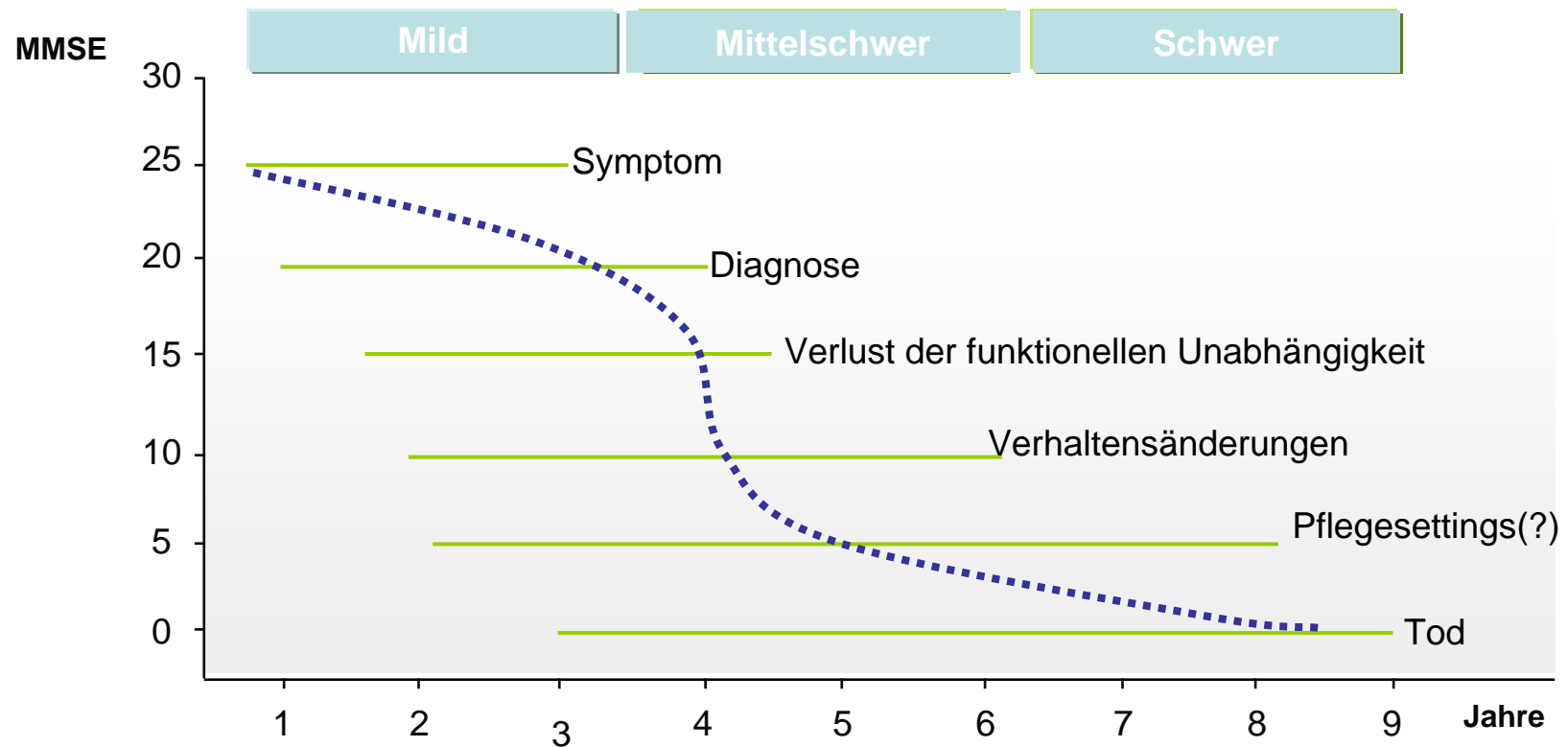
- Linderung der Symptome und Leistungseinbußen
- Verzögern des Fortschreitens der Symptome
- Erhalten und Fördern der Fähigkeiten der Erkrankten
- Verbesserung des Wohlbefindens von Erkrankten und Angehörigen mittels verschiedener medizinischer und nichtmedizinischer Therapieverfahren

Leitprinzip:

Nichtmedikamentöse Formen vor den medikamentösen.



Verlauf der Alzheimer Erkrankung



Nach Feldman and Gracon 1996

Station für Patienten mit Demenz

Station Silvia



Notwendig, weil:

- demenziell Erkrankte mit üblicher Stationsroutine nicht zurecht kommen (z.B. Zeiten, Tempo),
- demenziell Erkrankte aufgrund der Überforderung auf Krankenstationen leicht irritierbar sind und dekompensieren; hierdurch Unruhe, Aggressivität etc.,
- demenziell Erkrankte stabile Beziehungsmuster benötigen,
- demenziell Erkrankte eigene therapeutische Ansätze brauchen.

Entwicklung der Station

1. Interdisziplinäre Schulung des gesamten Personal
2. Identifikation geeigneter Räumlichkeiten
3. Absprachen mit Pflege, Funktionsbereichen (Röntgen, Labor, Hygiene, Küche, etc.)
4. Einstellung von Alltagsbegleiter
5. Umbau der Station mit Beschaffung von Pflegehilfsmitteln wie Sensormatte, etc.
6. Umstellung der Stationsroutinen
7. Eröffnung

Räumliche Struktur

- Räumliche Trennung von übriger Geriatrie
- Geschützte Lage der Station (Flurende)
- Farbkonzept
- Wohn-/Esszimmer als zentraler Aufenthaltsbereich für die Patienten
- Küchenzeile
- Rooming-In
- Zweibett-Patientenzimmer, barrierefrei, hell, Orientierung gebend, für acht Patienten

Personalstruktur

- Personelle Anbindung an allgemeine Geriatrie
- Mindestens zwei Mitarbeiterinnen zeit-gleich für acht Patienten
- Neben Ärztlichem Dienst, Pflege und Therapeuten zwei Alltagsbegleiterinnen
- Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Neuropsychologie, Psychotherapie, Neurologischer Konsildienst

Tages- und Wochenstruktur auf Station Silvia

- Angepasste Zeiten/ Routinen (z.B. Mahlzeiten, Visiten, Diagnostik, Therapien).
- Alle an der Versorgung Beteiligten suchen die Patienten in festen Zeitfenstern auf.
- Die Patienten verlassen die Station nur zu Untersuchungen wie Röntgen oder zu notwendigen operativen Eingriffen.
- Möglichst gemeinsames Einnehmen der Mahlzeiten im Esszimmer (Frühstücksgruppe); diese richten sich in Zeit und Zusammenstellung nach den Bedürfnissen demenziell erkrankter Menschen.

Tages- und Wochenstruktur auf Station Silvia II

- Mindestens ein bis zwei Einzeltherapien täglich je Patient.
- Täglich Gruppentherapie; strukturierter Nachmittag mit Aktivität (Gymnastik, ADL-Training, Musik, Spiele, Vorlesen etc.).
- Möglichst tägliche Freiluftaktivität, Gartentherapie.
- Spätmahlzeit bzw. Nachtcafé.

Aufnahmekriterien Demenzstation

- Akutpatient (Akuterkrankung, die eine stationäre Aufnahme ins Krankenhaus veranlasst)
- Leichte oder mittelschwere Demenz als Begleiterkrankung (MMSE >8 <24); seltener Hauptdiagnose Demenz
- Mindestens rollstuhlmobil
- Ausschlusskriterien sind akuter Infekt, Stürze, Delir und andere Umstände, die eine länger als drei Tage bestehende Immobilität zur Folge haben

Evaluation der Ergebnisse

- Erfüllung der Aufnahmekriterien
- Hauptdiagnose und Nebendiagnosen
- Barthel-Index, Timed-up-and-Go-Test, Mini-Mental-Test bei Aufnahme und bei Entlassung
- Messung der Zufriedenheit

Erste Ergebnisse

- Die Patienten sind bedeutend ruhiger
- Sie schlafen besser
- Sie benötigen weniger (Psycho-)Pharmaka
- Geringere Sturzneigung
- Geringe Weglauftendenz