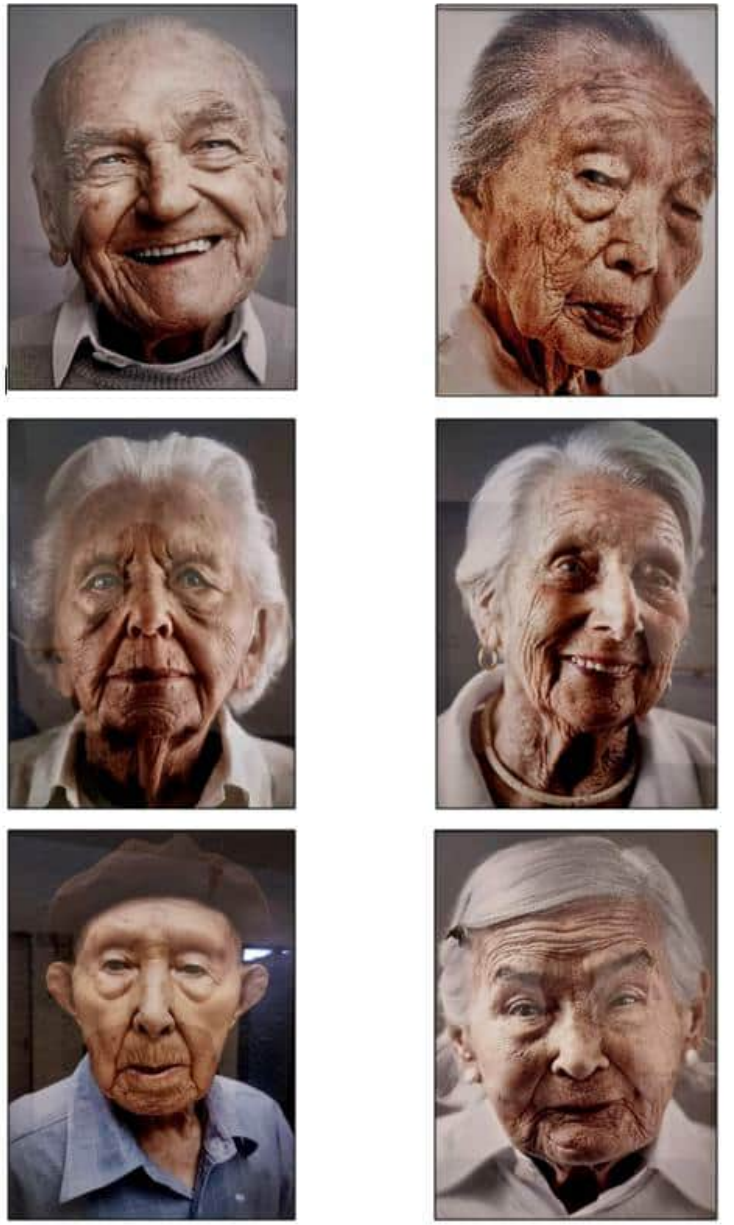
AGAPLESION
BETHESDA ULM

Geriatrische Zentren
FACHPFLEGERISCHE KOMPETENZ
IN BADEN-WÜRTTEMBERG

GEPflegt 2023

GERIATRIE PflegeThementag

Demenz, Delir und Depression



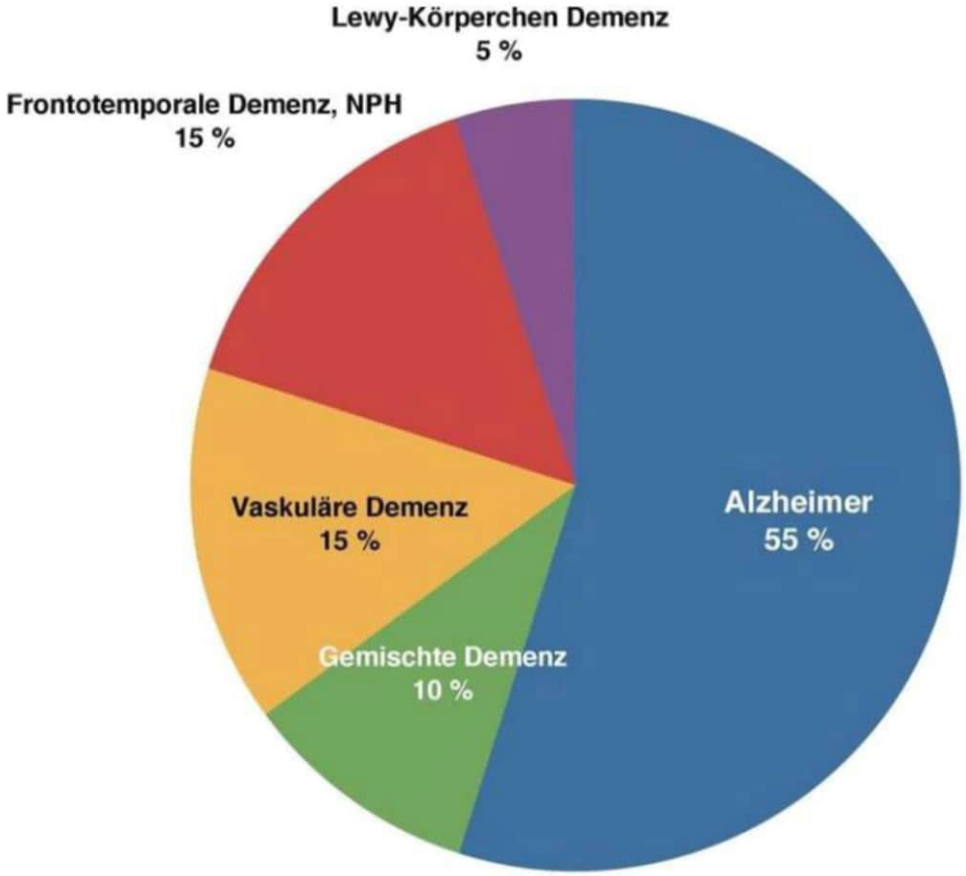
Demenz

- Defizit in kognitiven emotionalen und sozialen Fähigkeiten, das zu einer Beeinträchtigung sozialer und beruflicher Funktionen führt und im Verlauf zur Pflegebedürftigkeit führt.

- Zunächst ist vor allem ist das Kurzzeitgedächtnis betroffen, im Verlauf das Denkvermögen, die Sprache und die Motorik, bei einigen Formen auch die Persönlichkeitsstruktur.

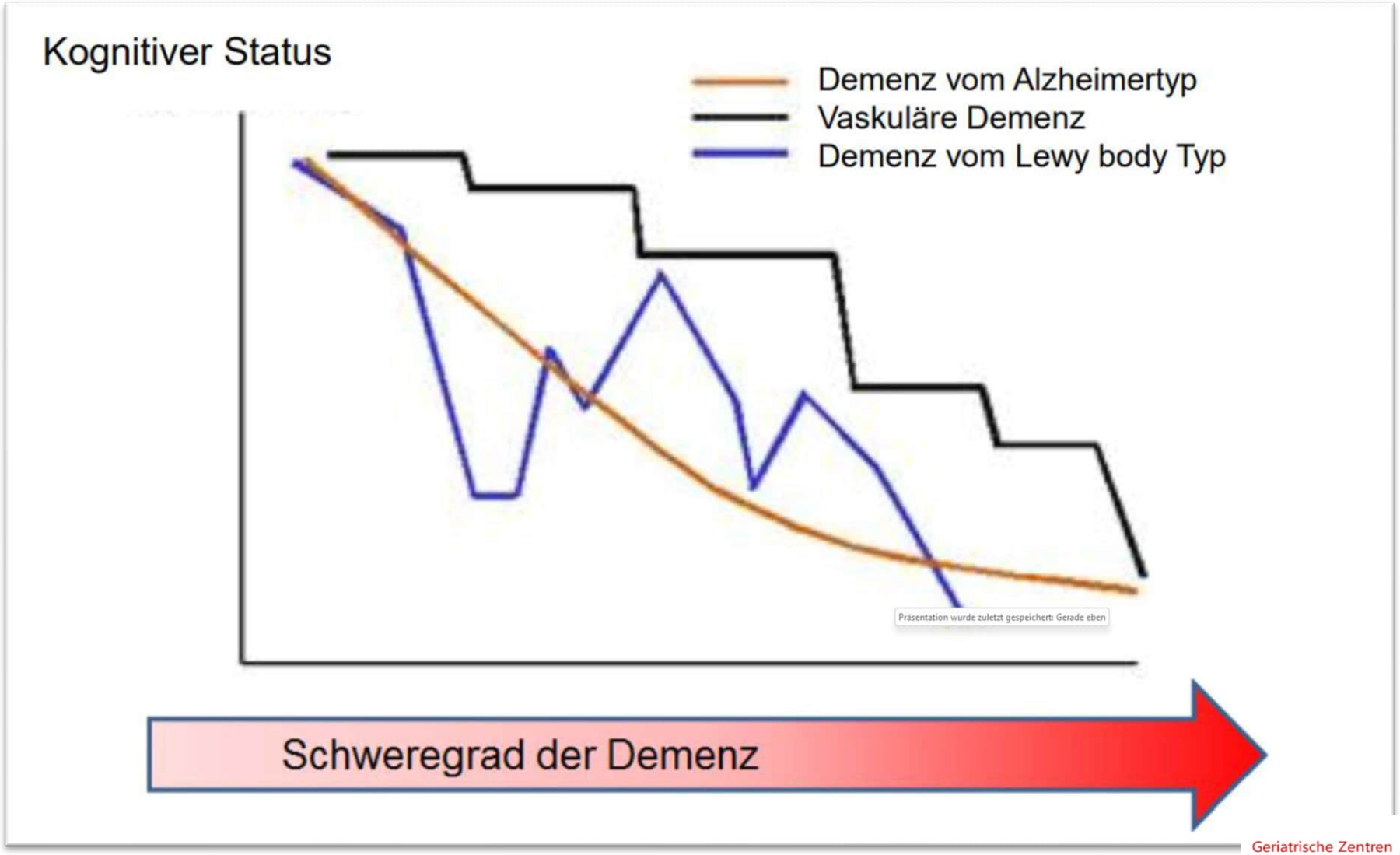
- Man unterscheidet verschiedene Demenzformen, die sich insbesondere im Anfangsstadium in der Symptomatologie unterscheiden, je weiter die Demenz fortgeschritten ist, desto verwaschener werden die Grenzen.

Formen der Demenz



Die wichtigsten Ursachen der primären Demenz (aus: Möller HJ, Laux G, Deister A (2009) Psychiatrie und Psychotherapie: Duale Reihe. 4. Auflage. Thieme-Verlag: Stuttgart)

Verlaufsformen der Demenz



Symptome

Störung kognitiver Funktionen

- Gedächtnis („er vergisst alles“)
- Lernfähigkeit („Veränderungen sind ganz schlimm“)
- Orientierung („er verläuft sich immer häufiger“)
- Sprache („er redet Kauderwelsch“)
- Rechnen („er kann nicht mehr einkaufen“)
- Urteilsvermögen („er hat ganz komische Ansichten“)
- Denken („er verliert den roten Faden im Gespräch“)
- Auffassung („er kapiert nichts mehr“)

nicht-kognitive Störungen

- Wahnvorstellungen
- Halluzinationen
- Erregtheitszustände/Aggressionen
- Depression / Dysphorie
- Apathie
- Enthemmung
- Reizbarkeit
- gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus

Demenz vom Alzheimertyp

- 1906 von Alois Alzheimer erstmals beschrieben.
- Häufigste Ursache einer Demenz,
  rund 60% aller Demenzpatienten leiden unter Morbus Alzheimer.
- Es handelt sich um eine degenerative cerebrale Erkrankung (fortschreitender Abbau von Hirngewebe). Hierdurch kommt es zu einem schleichenden, schrittweisen Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten wie z.B. des Gedächtnisses, der Sprache und der Orientierung.
- Ursache der Erkrankung sind neuropathologische Veränderungen des Gehirns: es kommt zu einer Abnahme des Hirnvolumens und Ablagerung von Eiweißmolekülen im Gehirn.

Demenz vom Alzheimertyp

„Ich habe mich sozusagen verloren“

Die Geschichte der **Alzheimer-Krankheit**

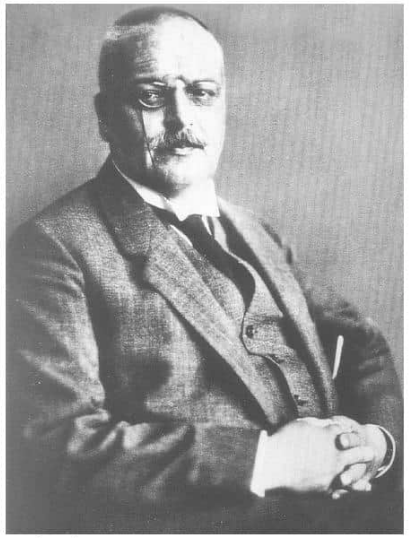
1906 beschrieb Alois Alzheimer zum ersten Mal die „eigenartige Krankheit der Gehirnrinde“. Er hatte bei einer verstorbenen Patientin Eiweißablagerungen, sogenannte Plaques, im Gehirn gefunden. Auguste Deter war vor ihrem Tod auffallend verwirrt und vergesslich. Seitdem trägt die „Krankheit des Vergessens“ den Namen des deutschen Nervenarztes.

„Ich habe mich sozusagen verloren“, sagte Auguste Deter zu ihrem Arzt Alois Alzheimer. Alzheimer behandelte die 51 Jahre alte Patientin 1901 in der Städtischen Anstalt für Irre und Epileptische in Frankfurt. Sie konnte sich kaum an mehr als ihren Vornamen erinnern und war misstrauisch, aggressiv und weinerlich.

Eine Krankheit namens „Altersblödsinn“

Das Verhalten der Patientin beschäftigte Alzheimer so sehr, dass er sich 1906 nach ihrem Tod ihre Krankenakte und Gewebeproben nach München schicken ließ. Dort arbeitete er mittlerweile an der Königlich Psychiatrischen Klinik. Zwar war damals auch schon ein Krankheitsbild namens „Altersblödsinn“ bekannt, das bei älteren Patienten auftrat. Deter war aber erst 56 Jahre alt, als sie starb. Alzheimer vermutete biologische Ursachen für den geistigen Verfall seiner Patientin. Bei der Obduktion stellte er fest, dass die Hirnrinde von Auguste Deter geschrumpft war und er fand die Eiweißablagerungen in und zwischen den Nervenzellen.

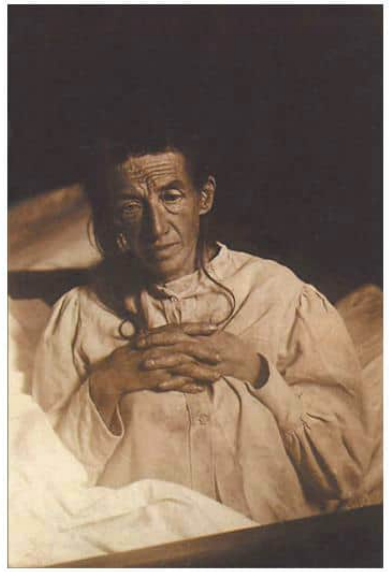
Kurzbiografie über Alois Alzheimer, Psychiater und Neuropathologe



Dr. Alois Alzheimer

Geboren am 14. Juni 1864 in Marktbreit
Studierte Medizin an der Universität Würzburg und an der Universität in Tübingen
1888 arbeitete er als Assistenzarzt an der „Städtischen Anstalt für Irre und Epileptische“ in Frankfurt am Main.
1902 folgte eine wissenschaftliche Assistenz bei Professor Emil Kraepelin an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg. 1903 begleitet er ihn als Oberarzt nach München.
Nach dem Tod von Auguste Deter 1906 untersuchte er ihr Gehirn. 1907 machte er seine Entdeckung in der Schrift „**Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde**“ öffentlich.

Fragen aus der Untersuchung durch Alois Alzheimer an seine Patientin Auguste Deter:



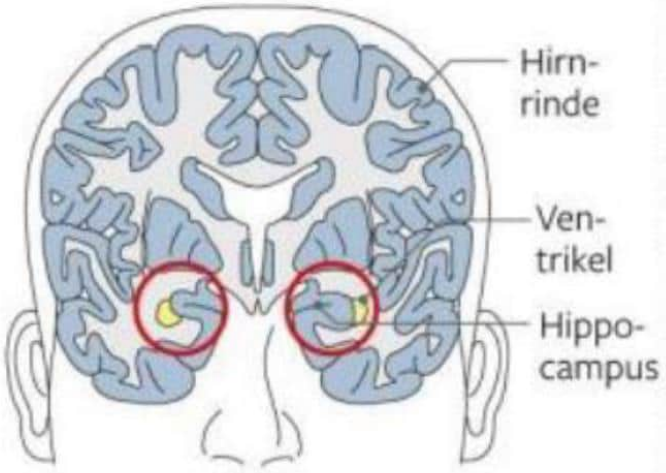
„Wie heißen Sie?“
„Auguste.“
„Familienname?“
„Auguste.“
„Wie heißt Ihr Mann?“ – Auguste Deter zögert, antwortet schließlich:
„Ich glaube... Auguste.“
„Ihr Mann?“
„Ach so.“
„Wie alt sind Sie?“
„51.“
„Wo wohnen Sie?“
„Ach, Sie waren doch schon bei uns.“
„Sind Sie verheiratet?“
„Ach, ich bin doch so verwirrt.“
„Wo sind Sie hier?“
„Hier und überall, hier und jetzt, Sie dürfen mir nichts übel nehmen.“
„Wo sind Sie hier?“
„Da werden wir noch wohnen.“
„Wo ist Ihr Bett?“
„Wo soll es sein?“

Zu Mittag isst Frau A. Deter Schweinefleisch mit Karfiol.
„Was essen Sie?“
„Spinat.“ (Sie kaut das Fleisch)
„Was essen Sie jetzt?“
„Ich esse erst Kartoffeln und dann Kren.“
„Schreiben Sie eine fünf.“
Sie schreibt: „Eine Frau“
„Schreiben Sie eine Acht.“
Sie schreibt: „Auguste“
Beim Schreiben sagt sie wiederholt: „Ich habe mich

https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/wasista lzheimer-krankheit/

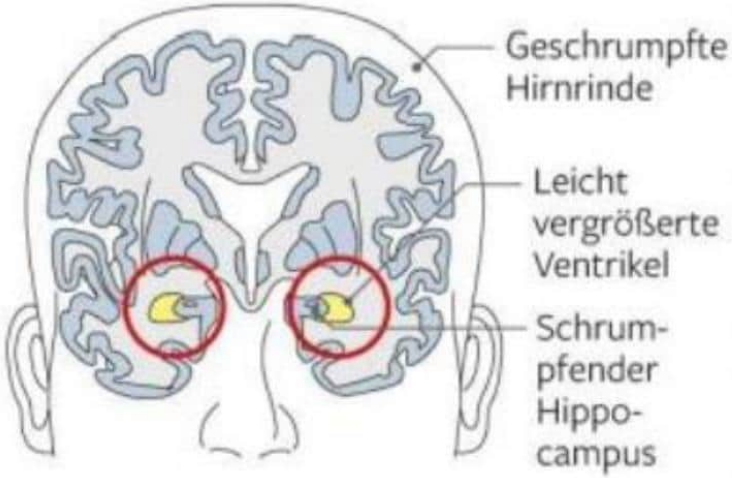
Demenz vom Alzheimertyp

ANFANGSSTADIUM
(völlige Selbstständigkeit)



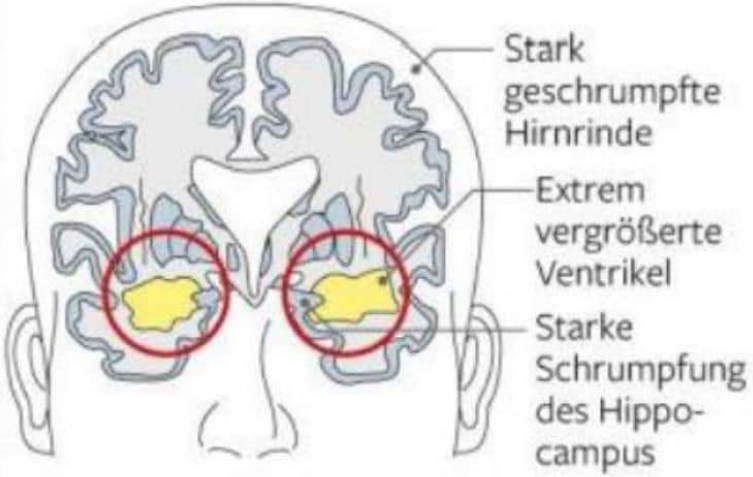
- Gelegentliche Orientierungs-schwierigkeiten
- Gelegentliche Vergesslichkeit
- Schwierigkeiten, Neues zu lernen
- Gelegentliche Wortfindungsprobleme

MODERATES STADIUM
(eingeschränkte Selbstständigkeit)



- Häufig zeitliche und örtliche Desorientierung
- Probleme beim Anziehen, Haushaltstätigkeiten
- Probleme, zu planen und organisieren
- Probleme, Dinge zu erinnern und zu erkennen

SCHWERES STADIUM
(Pflegebedürftigkeit)



- Gedächtniszerfall (auch Langzeitgedächtnis)
- Sprachzerfall (kaum noch Satzbildung)
- Vertrautes wird nicht mehr erkannt
- Inkontinenz

Vaskuläre (gefäßbedingte) Demenz

- Verursacht durch kleinere oder größere Durchblutungsstörungen im Gehirn, so genannte Mikro- und Makroangiopathien
- Durch die Durchblutungsstörungen kommt es zur Zerstörung von Hirngewebe und der Unterbrechung von Nervenverbindungen.
- Etwa 15% aller Demenzerkrankten leiden an einer vaskulären Demenz.
- Auch Mischformen mit Morbus Alzheimer kommen vor.
- Typische Kennzeichen der vaskulären Demenz sind ein plötzlicher Beginn und eine langsame Verschlechterung der Gedächtnisstörungen

Demenz vom Lewy Body Typ (DLB)

- Die Lewy Body Demenz zeichnet sich typischerweise durch starke Schwankungen der Symptomatik aus.
- Aufmerksamkeit, Konzentrationsvermögen, Wachheit und andere kognitive Leistungen können tagesformabhängig variieren.
- Insgesamt verläuft die Erkrankung aber progredient.
- Akustische und optische Halluzinationen (Stimmenhören, das Sehen von nicht existenten Dingen) oder dem Gefühl verfolgt oder bedroht zu werden.

Frontotemporale Demenz (Morbus Pick)

Bei der frontotemporalen Demenz handelt es sich um eine degenerative Erkrankung des Stirn- und Schläfenhirns mit einer Verkleinerung der betroffenen Gehirnbereiche. Die Erkrankung ist:

- Ursache für ca. 15% aller Demenzerkrankungen.
- Sie tritt meist zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr auf.
- Die Erkrankung äußert sich vor allem durch eine Veränderung der Persönlichkeit. Betroffene Patienten werden häufig schneller aggressiv oder gereizt, es fehlt meist eine Krankheitseinsicht.
- Im Verlauf der Erkrankung kommen Gedächtnisstörungen hinzu.
- Im späten Stadium der Erkrankung können weitere neurologische Symptome auftreten

Zahlen

- Deutschland 2018: 1,6 Millionen Menschen an Demenz erkrankt (1,9 % der Bevölkerung)
  - ~ 40% > 90-Jährigen

- Prognose Deutschland 2050: 2,7 Millionen (3,4 % der Bevölkerung)

- 7.-häufigste Todesursache weltweit
- 2.-häufigste Todesursache in Deutschland (45.070 Verstorbene) (2019)

https://www.pharmazeutische-zeitung.de/2050-deutlich-mehr-demenzkranke-in-europa-115726/
https://www.alzheimer-bayern.de/images/downloads/demenz/8_Zahlen/ infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/02/PD21_N010_231.html

Risikofaktoren

modifizierbar

- Hypertonie
- Hörstörung
- Rauchen
- Adipositas
- Depression
- Körperliche Inaktivität
- Diabetes
- Einsamkeit
- Alkoholkonsum
- Luftverschmutzung

nicht modifizierbar

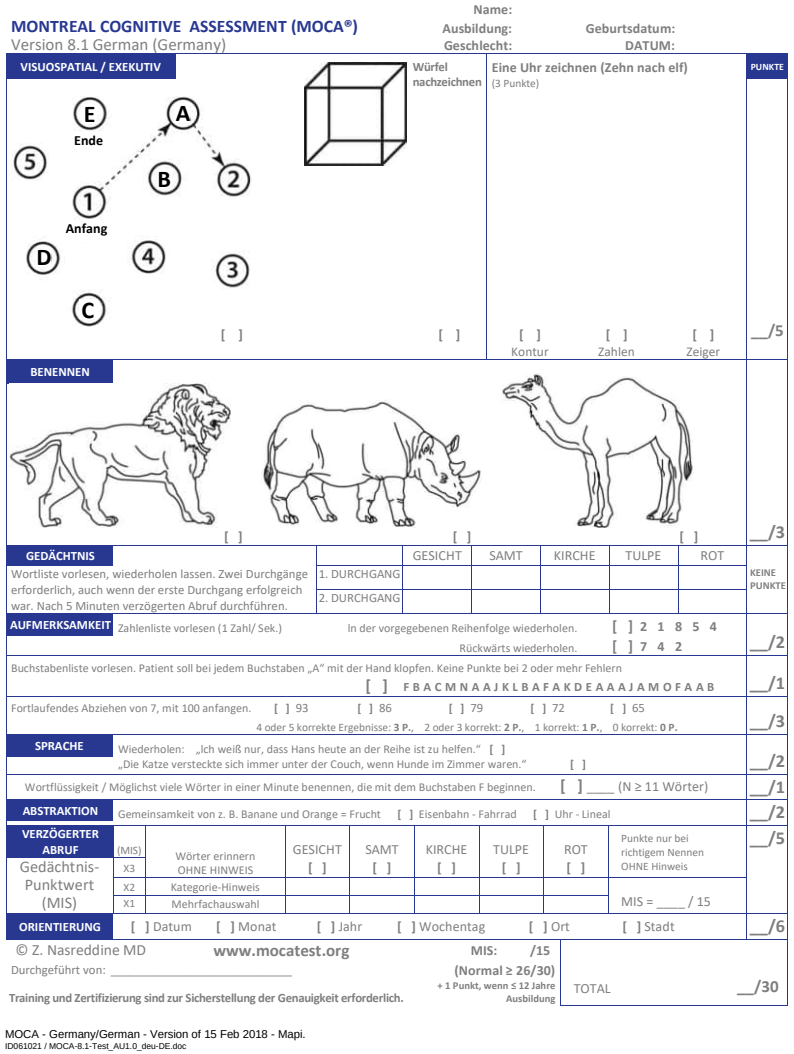
- Alter
- Genetische Disposition
- Weibliches Geschlecht

Livingston G et al.: Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet 2020;396: 413-446

Diagnostik

- (Fremd-)Anamnese
  - Symptome?
  - Verlauf?
  - Symptome > 6 Monate
- Körperliche und neurologische Untersuchung
- Basislabor (inkl. TSH, Vit.B12), ggf. weitere Laborparameter
- Ggf. Neuroradiologische Bildgebung (CT/MRT)
- Kognitionstest, z. B. MMSE/MoCA
  - MMSE 20 bis 26 Punkte: leichte Demenz
  - MMSE 10 bis 19 Punkte: moderate/mittelschwere Demenz
  - MMSE < 10 Punkte: schwere Demenz
- Neuropsychologische Testung
- Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Arterien
- Liquordiagnostik (AD: Tau ↑, Beta-Amyloid ↓)
- Ggf. PET/SPECT
- Ggf. EEG
- Ggf. molekulargenetische Diagnostik

Assessment - MoCA



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)
Version 8.1 German (Germany)

Name:
Ausbildung: Geburtsdatum:
Geschlecht: DATUM:

VISUOSPATIAL / EXEKUTIV — PUNKTE

Würfel nachzeichnen

Eine Uhr zeichnen (Zehn nach elf) (3 Punkte)

E Ende, A, 5, B, 2, 1 Anfang, D, 4, 3, C

[ ] [ ] [ ] Kontur [ ] Zahlen [ ] Zeiger __/5

BENENNEN

[ ] [ ] [ ] __/3

GEDÄCHTNIS — KEINE PUNKTE

Wortliste vorlesen, wiederholen lassen. Zwei Durchgänge erforderlich, auch wenn der erste Durchgang erfolgreich war. Nach 5 Minuten verzögerten Abruf durchführen.

	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT
1. DURCHGANG					
2. DURCHGANG					

AUFMERKSAMKEIT — __/2

Zahlenliste vorlesen (1 Zahl/ Sek.)

In der vorgegebenen Reihenfolge wiederholen. [ ] 2 1 8 5 4

Rückwärts wiederholen. [ ] 7 4 2

Buchstabenliste vorlesen. Patient soll bei jedem Buchstaben „A" mit der Hand klopfen. Keine Punkte bei 2 oder mehr Fehlern __/1

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

Fortlaufendes Abziehen von 7, mit 100 anfangen. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 __/3

4 oder 5 korrekte Ergebnisse: **3 P.**, 2 oder 3 korrekt: **2 P.**, 1 korrekt: **1 P.**, 0 korrekt: **0 P.**

SPRACHE — __/2

Wiederholen: „Ich weiß nur, dass Hans heute an der Reihe ist zu helfen." [ ]
„Die Katze versteckte sich immer unter der Couch, wenn Hunde im Zimmer waren." [ ]

Wortflüssigkeit / Möglichst viele Wörter in einer Minute benennen, die mit dem Buchstaben F beginnen. [ ] ____ (N ≥ 11 Wörter) __/1

ABSTRAKTION — Gemeinsamkeit von z. B. Banane und Orange = Frucht [ ] Eisenbahn - Fahrrad [ ] Uhr - Lineal __/2

VERZÖGERTER ABRUF — __/5

Gedächtnis-Punktwert (MIS)

(MIS)	Wörter erinnern OHNE HINWEIS	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT	Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis
X3		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
X2	Kategorie-Hinweis						
X1	Mehrfachauswahl						MIS = ____ / 15

ORIENTIERUNG — [ ] Datum [ ] Monat [ ] Jahr [ ] Wochentag [ ] Ort [ ] Stadt __/6

© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org

MIS: /15
(Normal ≥ 26/30)
+ 1 Punkt, wenn ≤ 12 Jahre Ausbildung

TOTAL __/30

Durchgeführt von: _____

Training und Zertifizierung sind zur Sicherstellung der Genauigkeit erforderlich.

MOCA - Germany/German - Version of 15 Feb 2018 - Mapi.
ID061021 / MOCA-8.1-Test_AU1.0_deu-DE.doc

Montreal Cognitive Assessment

Screening-Instrument zur Erfassung von leichten kognitiven Beeinträchtigungen

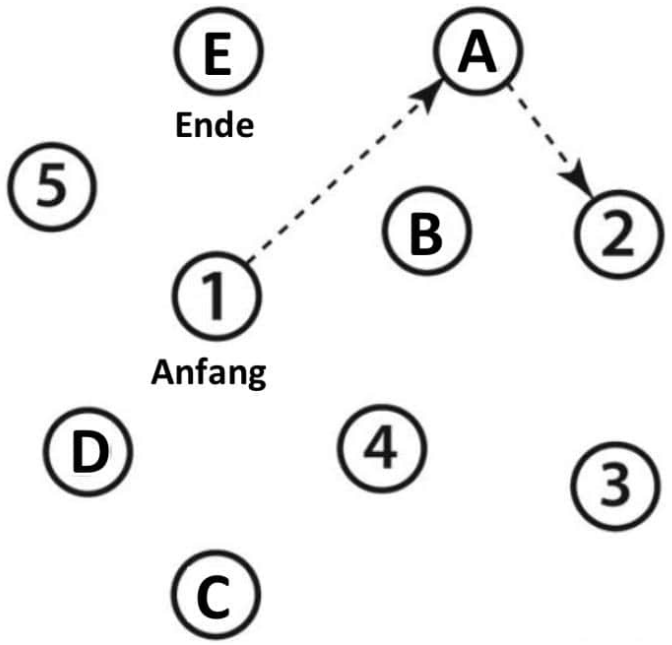
Durchführungsdauer ca. 10 Minuten, 3 Parallelversionen (Testwiederholung möglich)

Erfasst verschiedene kognitive Bereiche:

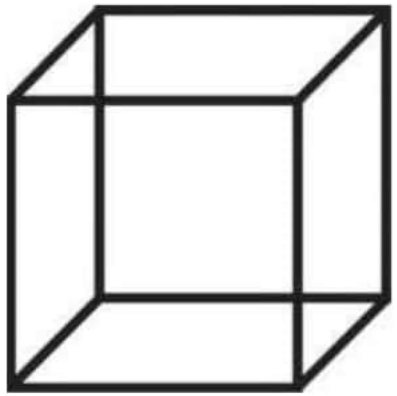
- Visuospatiale (visuell-räumliche) und -konstruktive Fähigkeiten (Formen erkennen und reproduzieren)
- Exekutive Funktionen (Planung, Kontrolle, Ausführung von Aktionen)
- Gedächtnis (Lernen, Erinnerung)
- Aufmerksamkeit und Konzentration
- Sprache
- Abstraktion
- Orientierung

Assessment - MoCA

VISUOSPATIAL / EXEKUTIV

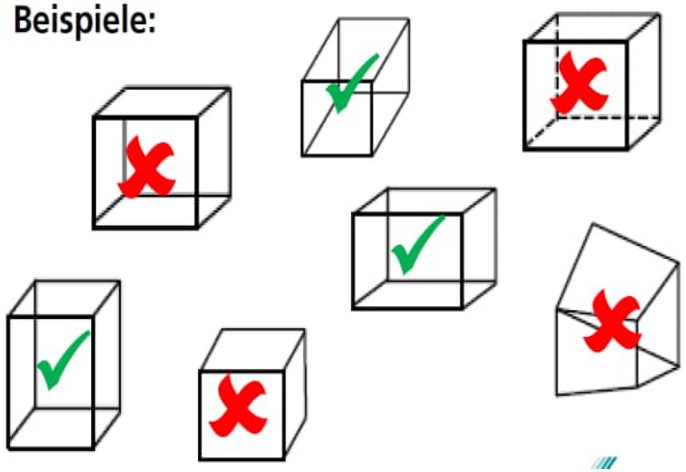


[ ]



Würfel nachzeichnen

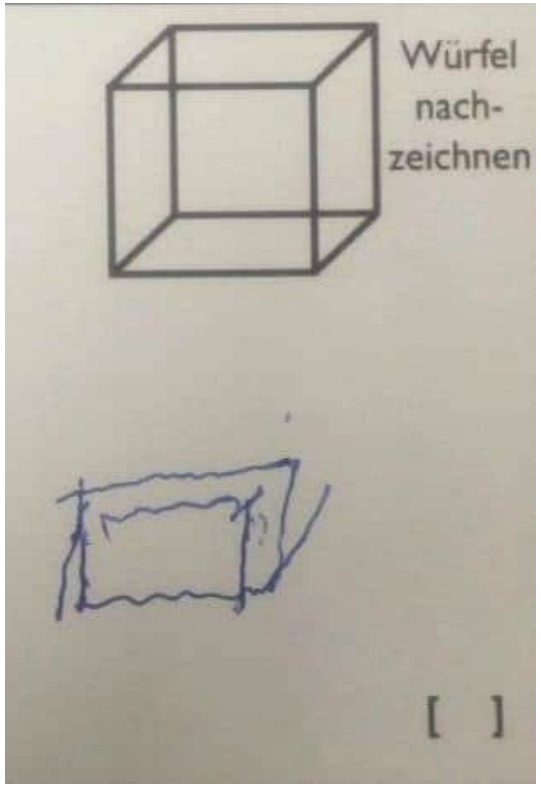
Beispiele:

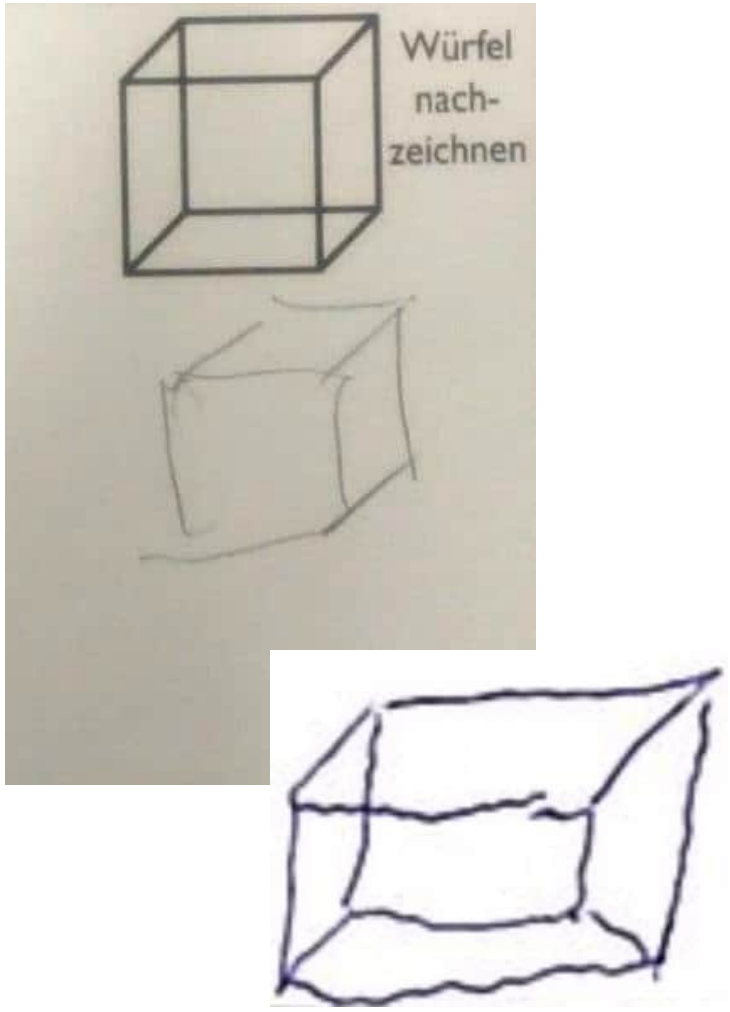


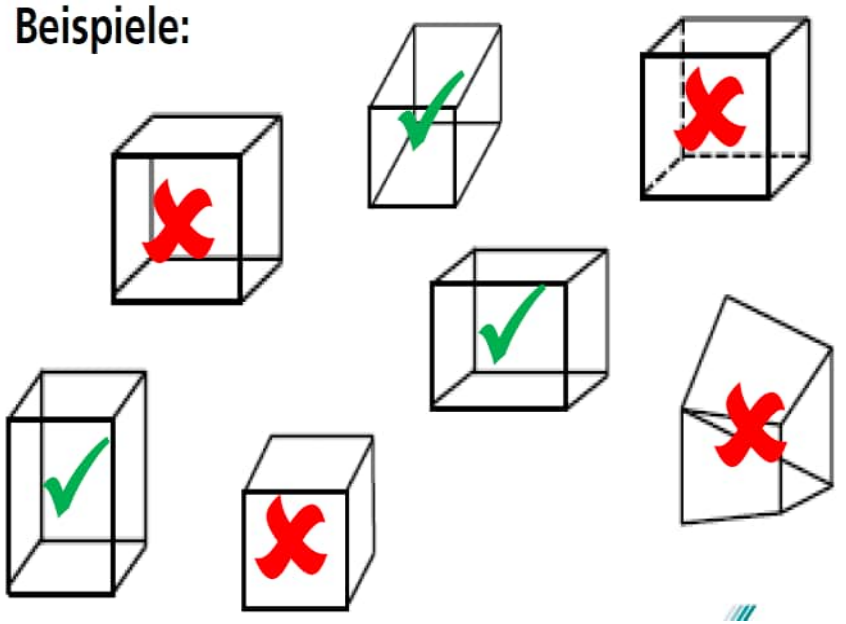
Eine Uhr zeichnen (Zehn nach elf)
(3 Punkte)

[ ] Kontur [ ] Zahlen [ ] Zeiger

Assessment - MoCA







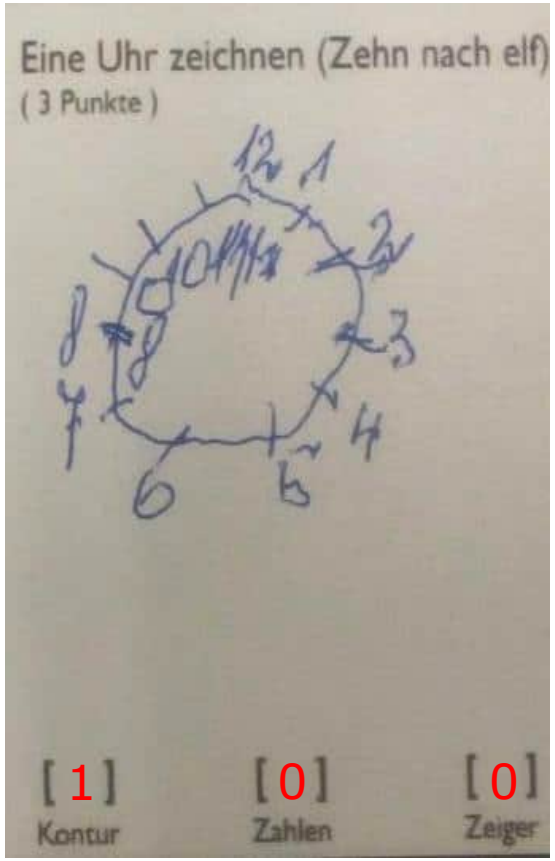
Assessment - MoCA

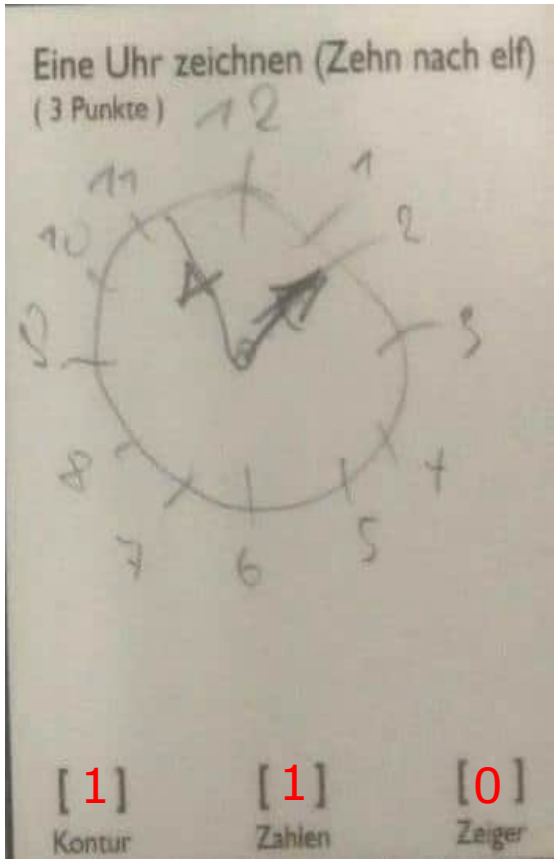
Korrekte Uhren (3 Punkte):

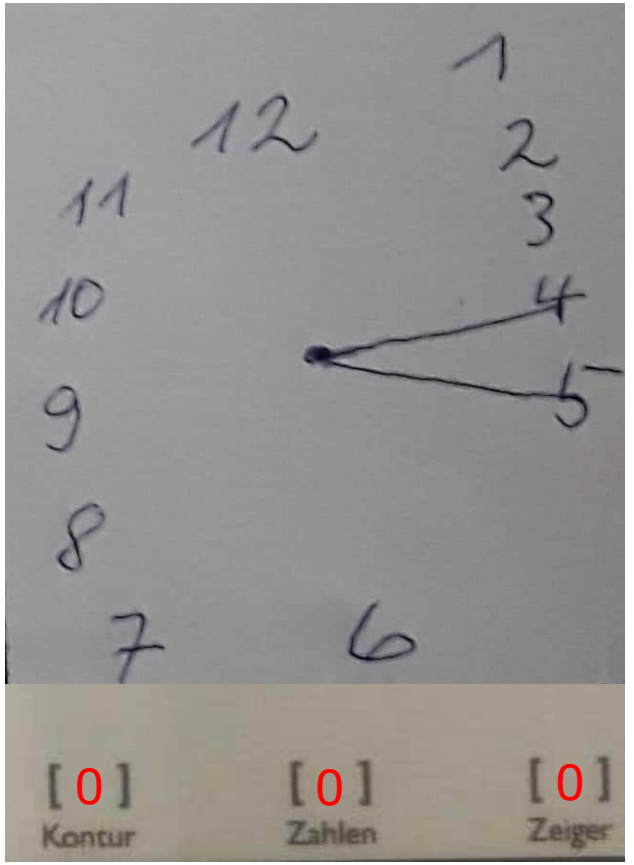
Nicht korrekte Uhren:

Bewertung			
Kontur	*1*	*1*	*1*
Zahlen	*0*	*0*	*0*
Zeiger	*1*	*0*	*1*

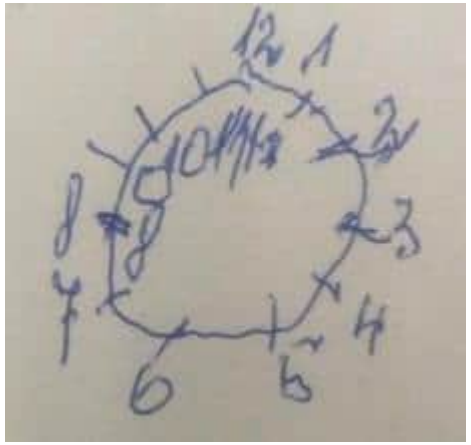
Assessment - MoCA

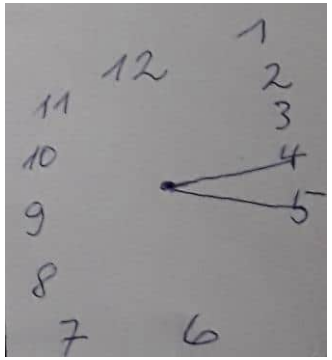


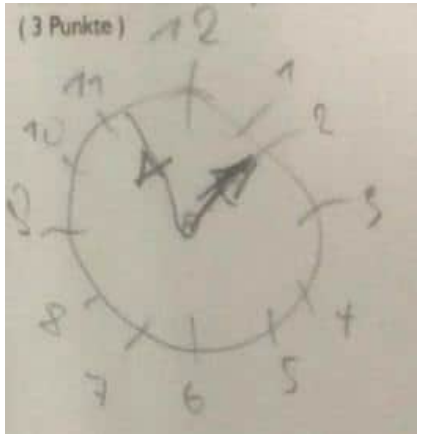




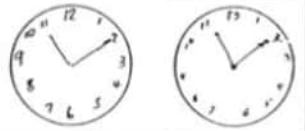
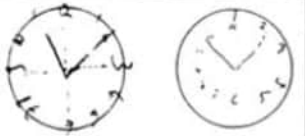
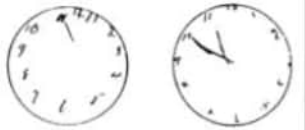
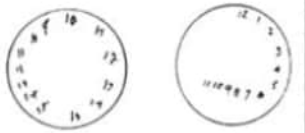
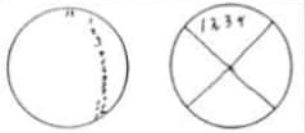
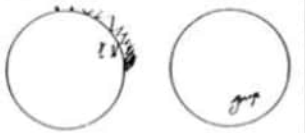
Assessment - MoCA





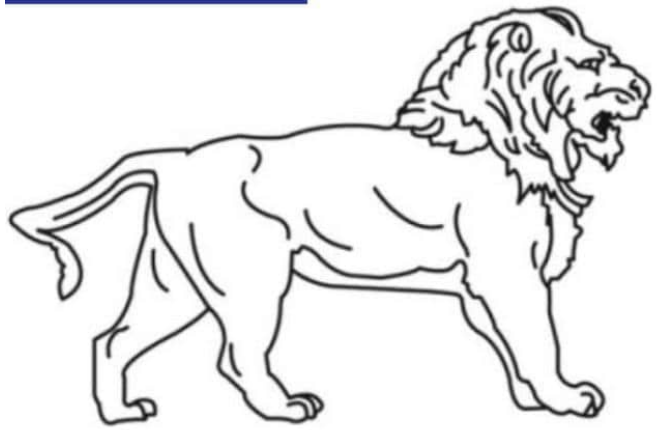


Quelle: Shulman K. (1993). Clock-Drawing: Is it the ideal cognitive screening test? In: International Journal of Geriatric Psychiatry 2000; 15: 548–561.

Score	Beschreibung	Beispiele
1	**"perfekt"** • Ziffern 1 - 12 richtig eingezeichnet • Zwei Zeiger, die die richtige Uhrzeit (11:10 Uhr) anzeigen	
2	**leichte visuell-räumliche Fehler** • Abstände zwischen Ziffern nicht gleichmäßig • Ziffern außerhalb des Kreises • Blatt wird gedreht, so daß Ziffern auf dem Kopf stehen • Pat. verwendet Linien ("Speichen") zur Orientierung	
3	**Fehlerhafte Uhrzeit bei erhaltener visuell-räumlicher Darstellung der Uhr** • nur ein Zeiger • "10 nach 11" (o. ä.) als Text hingeschrieben • keine Uhrzeit eingezeichnet	
4	**Mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation, so daß ein korrektes Einzeichnen der Uhrzeit unmöglich wird** • unregelmäßige Zwischenräume • Ziffern vergessen • Perserveration: wiederholt den Kreis, Ziffern jenseits der 12 • Rechts-Links-Umkehr (Ziffern gegen den Uhrzeigersinn) • Dysgraphie - keine lesbare Darstellung der Ziffern	
5	**Schwergradige visuell-räumliche Desorganisation** • wie unter (4) beschrieben, aber stärker ausgeprägt	
6	**keinerlei Darstellung einer Uhr** **(cave: Ausschluß Depression / Delir !)** • kein wie auch immer gearteter Versuch, eine Uhr zu zeichnen • keine entfernte Ähnlichkeit mit einer Uhr • Pat. schreibt Wort oder Name	

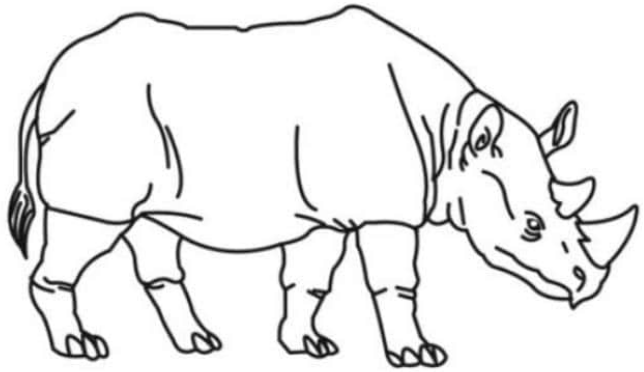
Assessment - MoCA

BENENNEN



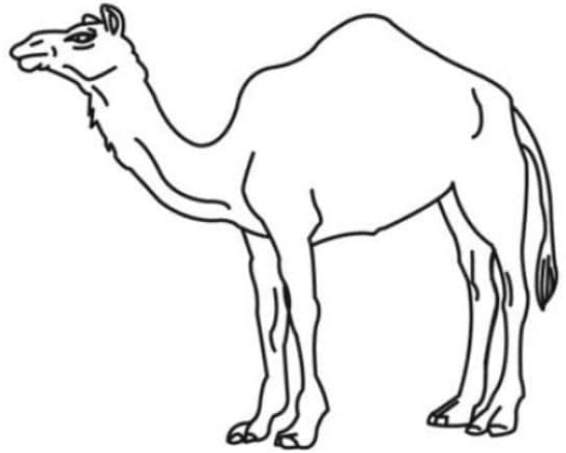
[ ]

Löwe



[ ]

Rhinozeros/Nashorn



[ ]

Kamel/Dromedar

Assessment - MoCA

GEDÄCHTNIS

Wortliste vorlesen, wiederholen lassen. Zwei Durchgänge erforderlich, auch wenn der erste Durchgang erfolgreich war. Nach 5 Minuten verzögerten Abruf durchführen.

	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT
1. DURCHGANG					
2. DURCHGANG					

AUFMERKSAMKEIT Zahlenliste vorlesen (1 Zahl/ Sek.)

In der vorgegebenen Reihenfolge wiederholen. [ ] 2 1 8 5 4

Rückwärts wiederholen. [ ] 7 4 2

Buchstabenliste vorlesen. Patient soll bei jedem Buchstaben „A“ mit der Hand klopfen. Keine Punkte bei 2 oder mehr Fehlern

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

Fortlaufendes Abziehen von 7, mit 100 anfangen. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65

4 oder 5 korrekte Ergebnisse: **3 P.**, 2 oder 3 korrekt: **2 P.**, 1 korrekt: **1 P.**, 0 korrekt: **0 P.**

Assessment - MoCA

SPRACHE

Wiederholen: „Ich weiß nur, dass Hans heute an der Reihe ist zu helfen.“ [ ]
„Die Katze versteckte sich immer unter der Couch, wenn Hunde im Zimmer waren.“ [ ]

Wortflüssigkeit / Möglichst viele Wörter in einer Minute benennen, die mit dem Buchstaben F beginnen. [ ] ____ (N ≥ 11 Wörter)

Assessment - MoCA

ABSTRAKTION Gemeinsamkeit von z. B. Banane und Orange = Frucht [ ] Eisenbahn - Fahrrad [ ] Uhr - Lineal

- *Abstrakte, nicht konkrete Gemeinsamkeit soll genannt werden*
- *Anweisung: „Ich werde Ihnen zwei Wörter nennen und möchte, dass Sie mir sagen, zu welcher Kategorie sie gehören.“*
- *Richtig: Transportmittel / Messinstrument*
- *Falsch: Räder / Zahlen*

Assessment - MoCA

VERZÖGERTER ABRUF	(MIS)							
Gedächtnis-Punktwert (MIS)	X3	Wörter erinnern OHNE HINWEIS	GESICHT [ ]	SAMT [ ]	KIRCHE [ ]	TULPE [ ]	ROT [ ]	Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis
	X2	Kategorie-Hinweis						
	X1	Mehrfachauswahl						MIS = ____ / 15

Zielwort	**Kategorie-Hinweis**	**Mehrfachauswahl:**
GESICHT	Körperteil	Nase, Gesicht, Hand (Schulter, Bein)
SAMT	eine Stoffart	Leinen, Samt, Baumwolle (Nylon, Seide)
KIRCHE	ein Gebäude	Kirche, Schule, Krankenhaus (Bibliothek, Laden)
TULPE	eine Blumenart	Rose, Tulpe, Nelke (Lilie, Osterglocke)
ROT	Farbe	rot, blau, grün (gelb, purpur)

Assessment - MoCA

ORIENTIERUNG	[ ] Datum	[ ] Monat	[ ] Jahr	[ ] Wochentag	[ ] Ort	[ ] Stadt

Auswertung:
Original MoCA (Nasreddine et. al):

- Maximale Punktzahl = 30 Punkte, Cut-off für MCI 25/26 P.
  - + 1 Punkt, wenn formale Ausbildung ≤12 Jahre (maximale Punktzahl bleibt 30 Punkte)
  - Ausbildung = Schuljahre + Jahre der längsten Berufsausbildung

- 18-25 P. = leichte kognitive Beeinträchtigung
- 10-17 P. = moderate kognitive Beeinträchtigung
- < 10 P. = schwere kognitive Beeinträchtigung

https://www.mocatest.org/faq/

Thomann et al.: Enhanced diagnostic accuracy for neurocognitive disorders: a revised cut-off approach for the Montreal Cognitive Assessment. Alzheimers Res Ther. 2020; 12:39

Prävention

- Geistige Aktivität (z. B. Erlernen neuer Fertigkeiten, Lösen von Kreuzworträtseln)
- Körperliche/sportliche Aktivität
- Kontrolle der Hypertonie
- Senkung des Cholesterinspiegels
- Gesunde Ernährung
- Moderater Alkoholkonsum

Therapiemöglichkeiten

- Behandlungsmöglichkeiten bei sekundären Formen einer Demenz (z.B. Normaldruckhydrocephalus, Depression mit Pseudodemenz, Schilddrüsenunterfunktion, u.a.)

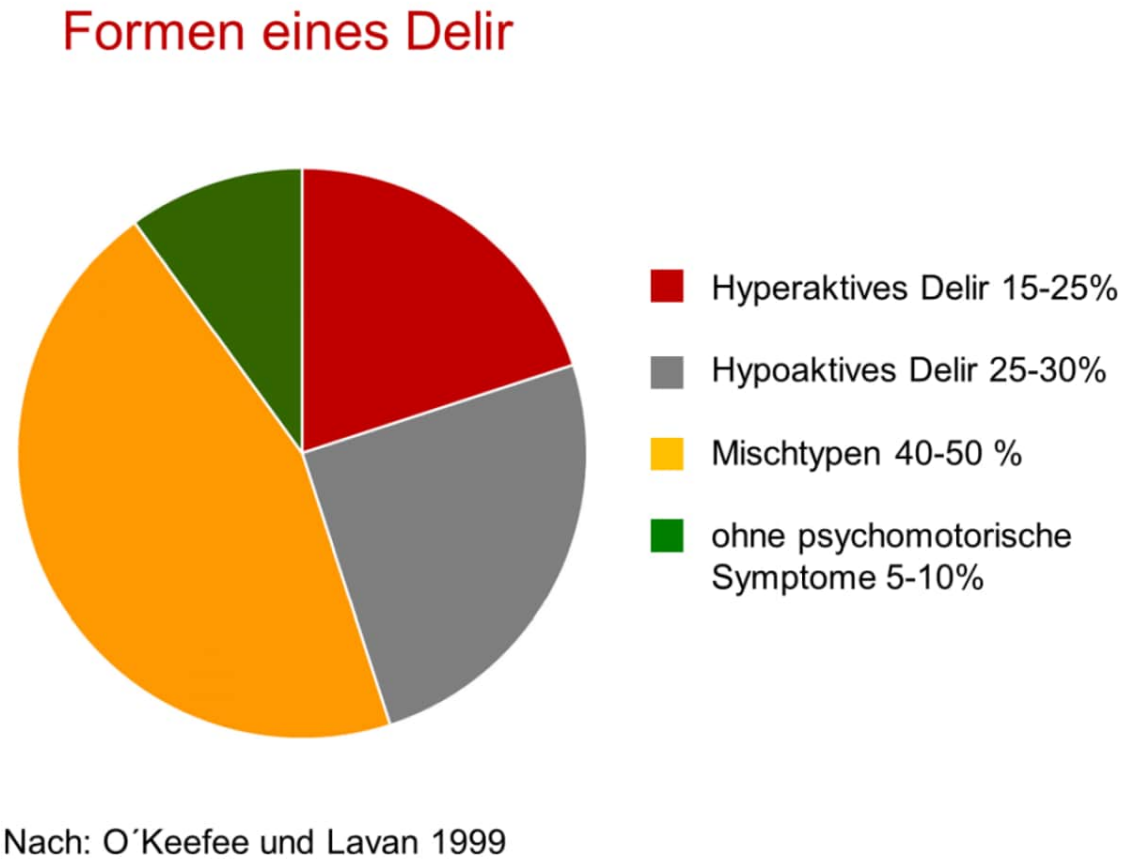
- „Antidementiva“:
  - Einfluss auf den Verlauf der kognitiven Fähigkeiten umstritten (kann eine Demenz im Verlauf wirklich verzögert werden?)
  - Günstigen Einfluss aber wahrscheinlich auf sogenannte „nichtkognitiven“ Symptome wie Unruhezustände, Aggressivität, u.ä..

- Pharmakologische Behandlung bei Unruhezuständen:
  - meist „off-label“;
  - in der Praxis häufig durchgeführt
  - ungünstiges Nebenwirkungsprofil

Delir

Lateinisch delirium = Irresein, de lira ire = aus der Furche/Spur geraten

- Delir ist eine Veränderung des Zentralnervensystems, charakterisiert durch einen akuten Beginn und Fluktuieren der Störungen der geistigen Fähigkeiten, der Psychomotorik, der Affektivität und der Bewusstseinslage.
- Es ist häufig vorübergehend, im Verlauf zeigen sich häufig Besserungen, manchmal komplett reversibel, selten bleiben die Störungen fortbestehend.



Zahlen

- Häuslicher Bereich: Delirprävalenz 1 - 2 % der Gesamtpopulation Älterer > 65 Jahre, ca. 14 % > 85 Jahre, bis 20 % in Pflegeeinrichtungen
- Bis zu 30 % aller in einem Akutkrankenhaus aufgenommenen älteren Patienten entwickeln ein Delir, postoperativ 30 - 50 %, auf Intensivstationen 70 - 87 %
- Schon bei Aufnahme ins Krankenhaus besteht häufig ein Delir!
- In der Terminalphase des Lebens entwickeln bis zu 90 % der Patienten Delirsymptome
- Im klinischen Alltag werden 30 - 60 % der Delirien nicht diagnostiziert

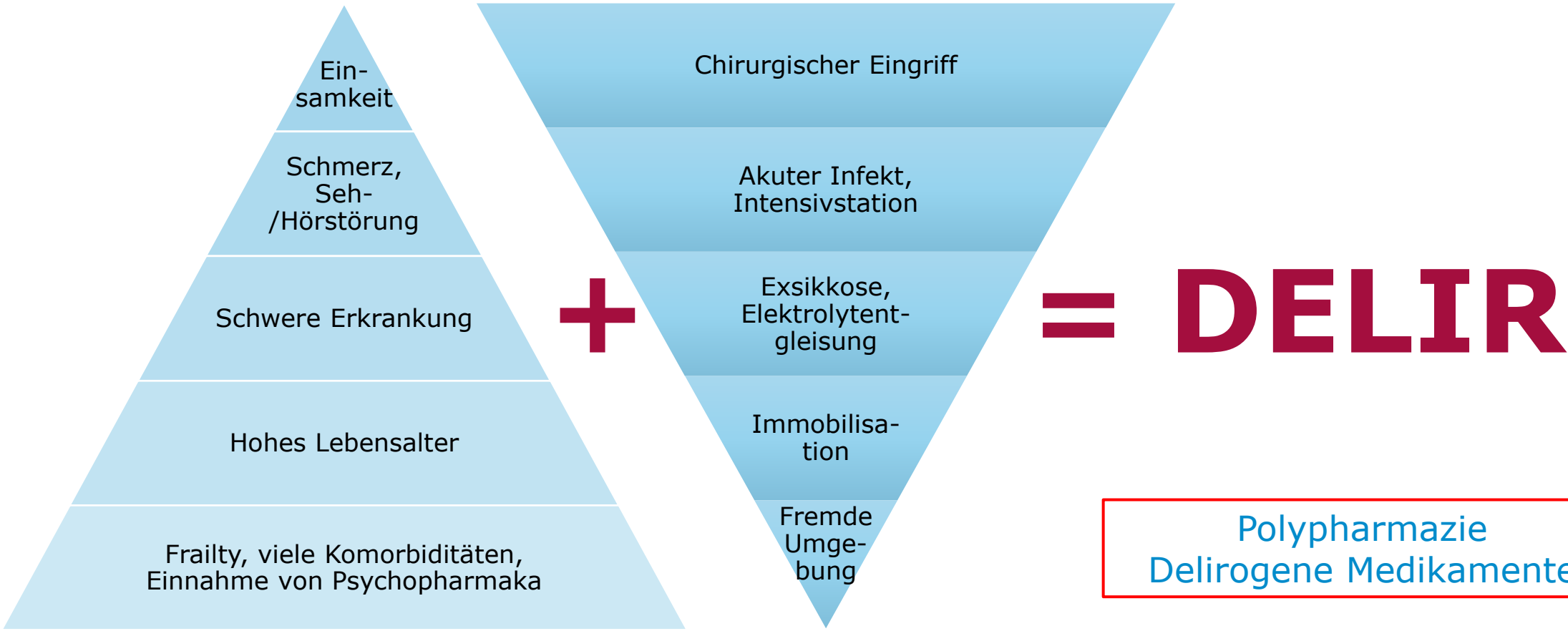
Postoperative Delirium. WhitlockEL, VannucciA, AvidanMS. Minerva Anestesiologica2011; 77(4): 448-456

Einflüsse

Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. Maldonado JR. Am J GeriatrPsychiatry 2013; 21: 1190-1222

niedrige Vulnerabilität

potente Noxe



Polypharmazie
Delirogene Medikamente

hohe Vulnerabilität

schwache Noxe

Symptome

Hyperaktiver Typ (15%-24%)

- psychomotorische Unruhe bis zur Erregung
- Agitiertheit
- erhöhte Irritabilität
- Halluzinationen
- Ängste
- vegetative Zeichen

→ **unangepasstes Verhalten!**

Hypoaktiver Typ (25%- 30%)

- Bewegungsarmut
- Lethargie/Somnolenz
- wenig spontane Kontaktaufnahme
- Halluzinationen und Desorientierung oft erst durch Befragen deutlich

→ **wird häufig übersehen!**

Diagnostik

- (Fremd-)Anamnese
  - Risikofaktoren? / Auslöser ?
  - Symptome < 6 Monate ?
- Körperliche und neurologische Untersuchung
- Basislabor (inkl. TSH, Vit.B12), ggf. weitere Laborparameter
- Ggf. Neuroradiologische Bildgebung (CT/MRT)
- Assessment-Instrumente, z. B.
  - CAM
  - Nu-DESC
  - DOS
  - 4AT

https://deliriumnetwork.org/measurement/adult-delirium-info-cards/

Assessment

Delir Screening (CAM) nach Inouye et al. 1990 / Thomas et al. 2012

Nr.	Problem	Fragestellung	Nein	Ja
1	**Akuter Beginn und schwankender Verlauf**	Gibt es Hinweise in der Angehörigenbefragung oder der Fremdanamnese, ob die **Veränderung** des geistigen Zustandes **akut** aufgetreten ist und **fluktuiert**?	☐	☐
2	**Störung der Aufmerksamkeit**	Ist der Patient unfähig, bei der Sache zu bleiben, den Fragen zu folgen, kann er seine Aufmerksamkeit nicht ausdauernd auf etwas richten? ***(Aufgabe: z.B. Monate rückwärts aufzählen)*** leicht ablenkbar? zerstreut? Eingeengt auf etwas Bestimmtes (Unwichtiges)? Schwankt die Aufmerksamkeit? Konzentrationsschwäche?	☐	☐
	A. Aufmerksamkeitstest *„Bitte zählen Sie die Monate eines Jahres rückwärts auf. Beginnen Sie mit Dezember."* Dez Nov Okt Sep Aug Jul Jun Mai Apr Mär Feb Jan • • • • • • • • • • • • Auswertung: Auslassungen — Punkte; Zeit — Punkt; total — Punkte Anleitung: Verbindungslinien zeichnen. 1 Auslassung 1 Punkt 2 Auslassungen 2 Punkte ≥ 3 Auslassungen 3 Punkte > 30 Sekunden 1 Punkt Wenn der Patient sich selbst verbessert, wird dies nicht als Fehler gewertet. Bewertung: ≥ 3 Punkte: Aufmerksamkeitsstörung	☐	☐
3.	**Desorganisiertheit des Denkens**	Ist das Denken verlangsamt, gehemmt oder umständlich? Reißen Gedankengänge plötzlich ab? Sind die Gedanken vage, unklar, unlogisch oder unverständlich? Wiederholt der Pat. bereits Gesagtes? Ist das Denken beschleunigt, gibt es eine Vielzahl von Einfällen, Ablenkung? (Gespräch oder Frage: Unterschied zwischen Treppe/Leiter? Kind/Zwerg?)	☐	☐
4.	**Quantitative Bewusstseinsveränderung**	überwach? schläfrig/müde? schwer oder nicht weckbar?	☐	☐

Confusion Assessment Method – CAM

- CAM = Goldstandard in klinischer Delirdiagnostik
- Nachteil: erfordert zwingend eine Fremdbefragung bzgl. akutem Beginn/fluktuierendem Verlauf
- Ermittelt werden folgende Aspekte:
  - Akute Veränderungen des geistigen Zustands und Fluktuationen
  - Aufmerksamkeitsstörung
  - Desorganisiertheit des Denkens
  - Bewusstseinsstörung
  - Psychomotorische Auffälligkeiten (hypo-/hyperaktives Delir)

https://deliriumnetwork.org/measurement/adult-delirium-info-cards/

Nicht-medikamentöses Therapie und Prävention

Orientierungshilfen

- Seh- und Hörhilfen einsetzen
- Nennung von Tages- und Jahreszeit
- Sichtbar angebrachte Uhren und Kalender
- Re-Orientierung im Gespräch
- Vertraute persönliche Gegenstände
- Lärmreduktion, Lichtmanagement

https://deliriumnetwork.org/measurement/adult-delirium-info-cards/

Nicht-medikamentöses Therapie und Prävention

Kommunikation

- Validierender Umgang (wertschätzende Haltung, Annehmen eines Menschen in seiner aktuellen Befindlichkeit)
- Keine sachlichen Erklärungen
- Nicht widersprechen
- Fremdwörter vermeiden

Allgemeine Maßnahmen

- Vertraute Bezugspersonen (Angehörige, Freunde)
- Klar strukturierter Tagesablauf, Vermeidung von zu langen Phasen der Untätigkeit am Tag
- Überwachung der Hydratation
- Schmerzkontrolle
- Miktions-/Stuhlgang-Kontrolle
- Förderung der Mobilität und der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- Vermeidung von Reizüberflutung und Reizdeprivation
- Vermeidung vermeidbarer Ortswechsel
- Vermeidung von Fixierungen

Unterschiede Delir vs. Demenz

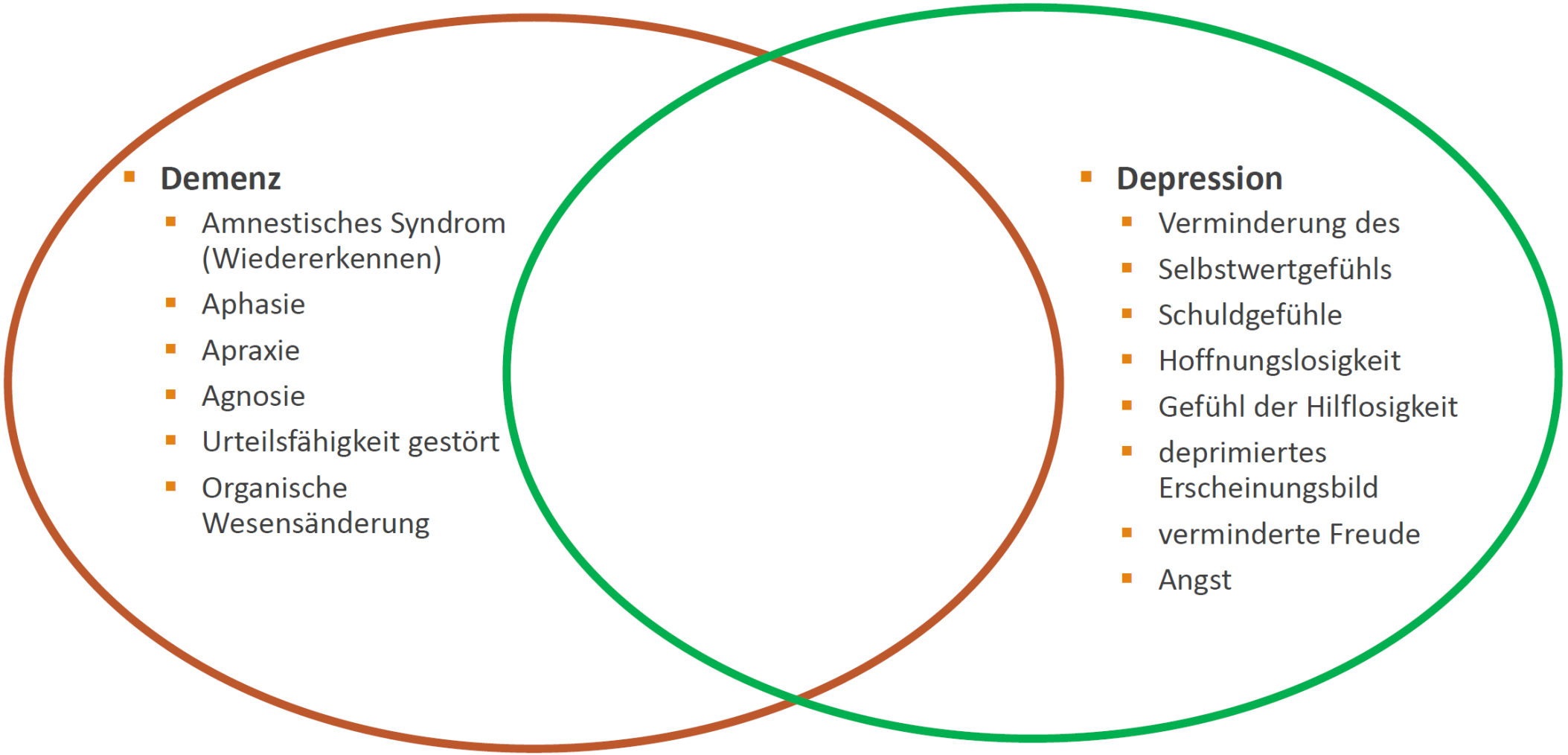
	Delir	**Demenz (Alzheimerkrankheit)**
Zeitlicher Verlauf:		
Beginn	Akut	Schleichend
Verlauf	Fluktuierend auch über den Tag, oft nächtliche Exazerbationen	Stabil, ggf. „sun-downing“
Symptomdauer	Stunden bis Tage (selten bis Wochen)	Jahre
Schlaf-Wach-Rhythmus	Oft gestört oder aufgehoben, teilweise Albträume	Teilweise nächtliche Unruhe
Symptome/Störungen:		
Aufmerksamkeit	Gestört	Relativ unbeeinträchtigt
Desorientiertheit	Gewöhnlich vorhanden, v.a. zeitliche Desorientiertheit	Häufig, insbesondere in schweren Stadien
Sprache	Inkohärent, Redefluss eventuell gesteigert oder reduziert	Verarmt, Wortfindungsstörungen, Perseverationen
Halluzinationen/Verkennungen	Oft visuell oder visuell und auditorisch	Selten
Affekt	Labil, schreckhaft, ängstlich, apathisch	z.T. begleitende Depression
Psychomotorik	Hyper- oder hypoaktiv bzw. gemischt	Zumeist unauffällig

Modif. nach Förstl, Demenzen in Therapie und Praxis, 3. Auflage

Delir = Risikofaktor für Entwicklung bzw. schnellere Progression einer Demenz (2,3- bis 12-fach (?) erhöhtes Risiko) durch Förderung der Neurodegeneration

Demenz = entscheidender Risikofaktor für Delir (5-fach (?) erhöhtes Risiko)

Unterschiede Demenz vs. Depression



Folgen von Depression im Alter

- Funktionelle Beeinträchtigung
- Komorbide psychische Erkrankungen (z.B. Alkohol- und Medikamentenabusus)
- Kognitive Beeinträchtigung (Ursache und Folge)
- Verlust von Lebensqualität, soziale Isolation
- Erhöhte Mortalität (Suizide, „passive Suizide“)
- Erhöhte Vulnerabilität gegenüber somatischen Erkrankungen, Erhöhung der (nonsuicide-) Mortalität (rel. Risiko ca. 2.0)
- Somatische Hospitalisationsdauer↑
- vorzeitiger Eintritt ins Pflegeheim

Unterschiede Demenz- Delir - Depression

Merkmal	Demenz	Delir	Depression
Beginn	schleichend	akut	allmählich
Progression	Monate (allmählich)	Stunden (fluktuierend)	Wochen (allmählich)
Bewusstsein	nicht getrübt	getrübt / fluktuierend	nicht getrübt
Dauer	Jahre	Stunden / Tage / Wochen	Monate
Gedächtnis	gestört	gestört	gewöhnlich normal; bei schwerer D.: gestört
Halluzinationen	weniger	häufig	sehr selten

Austausch und Fragen

Fragen, Kritik oder Anregungen?

Natalie Waldherr
MBA

Pflegedirektorin
Leitung med. Controlling
Leitung Aufnahme- und Belegungsmanagement
Leitung Einkauf/ Materialwirtschaft

T (0731) 187 - 188
F (0731) 187 – 300
natalie.waldherr@agaplesion.de

AGAPLESION BETHESDA KLINIK ULM gGmbH
Zollernring 26, 89073 Ulm
www.bethesda-ulm.de

Weiter Quellen und Literatur

Depression – Demenz – Delir

- Bundesarbeitsgemeinschaft BAG Pflegemanagement des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. (DBfK); Hinweise für das Pflegemanagement zur Betreuung von Patient/-innen mit kognitiven Störungen in Krankenhäusern, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), Salzufer 6, 10587 Berlin, 2011 http://www.dbfk.de/verband/bags/BAG-Pflegemanagement/bag-pm-broschuere-demenz-2011-03-16-final.pdf
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit , Betreuung von demenzkranken Menschen im Allgemeinkrankenhaus, Broschüre 20 Seiten, 2011
- http://www.bestellen.bayern.de/application/stmug_app000009?SID=1286669256&ACTIONxSESSxSHOWPIC%28BILDxKEY:stmug_kh_00009,BILDxCLASS:Artikel,BILDxTYPE:PDF%29=Z (zuletzt abgerufen am 19.11.2012) PROJEKT„BLICKWECHSEL – NEBENDIAGNOSE DEMENZ“, Ergebnisse aus dem Modellprojekt „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer
- Menschen im Krankenhaus“ (2005-2008), GSP -Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbh, Loher Straße 7, 42283Wuppertal
- Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus; Schnittstellenübergreifende Informationsvermittlung als Voraussetzung für eine gelingende Versorgungskontinuität, Projektgruppenarbeit im Rahmen des berufsbegleitenden Kontaktstudiums „Angewandte Gerontologie“.
- http://www.vde.com/de/Technik/AAL/Publikationen/Kongress-undFachbeitraege/Documents/Menschen_mit_Demenz_im_Akutkrankenhaus.pdf
- Christine Riesner (MScN), Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung demenzerkrankter Menschen Probleme und Wissensbedarfe bei der Überleitung und Entlassung von Menschen mit Demenz, Dialogzentrum Demenz dialogzentrum@uni-wh.de, Institut für Pflegewissenschaft Stockumer Str. 10, Universität Witten Herdecke http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/pflege/dzd/Downloads/Arbeitspapiere/Ueberleitung_und_Entlassung.pdf
- Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe Witten
- Elmar Gräßel, Jelena Siebert, Gudrun Ulbrecht und Renate Stemmer; Was leisten „nicht-medikamentöse“ Therapien bei Demenz? Ein Überblick über aktuelle Projekte; Informationsdienst Altersfragen 40 (2), 2013; http://www.maks-aktiv.de/fileadmin/user_upload/MAKS_aktiv/PDF/Ressourcenerhaltende_Therapie.pdf

Weiter Quellen und Literatur

Depression – Demenz – Delir

- K.M. Perrar, E. Sirsch, A. Kutschke, Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe, Georg Thieme Verlag 2007
- A. Mägerl, G. Lämmler, E. Steinhagen-Thiessen; Menschen mit Demenz nach Hüftfraktur mobilisieren, Mabuse Verlag 2010
- B. Eichenseer, E. Gräßel, Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz, Urban und Fischer, 2. Auflage 2015 M. Kojer, Alt, krank und verwirrt, Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie, Lambertus Verlag, 3. Auflage,
- H. Förstl, A. Maelicke, C. Weichel; Demenz, Taschenbuch, Georg Thieme Verlag 2005
- http://www.alterspsychiatrie.at/bilder/publikationen/expertpapiere/2017_Delir_Folder.pdf
- Meyjohann, B., et al.: Standard Delirprophylaxe und –behandlung in der Alterstraumatologie; Version 3.0, 10.05.2016
- Savaskan, E., Hasemann, W. (Hrsg.): Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Hogrefe 2017
- https://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/Geriatrie/Publikationen12-13/Walcher_AA.pdf
- https://www.pharmazeutische-zeitung.de/lebensgefaehrliche-verwirrtheit
- https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-006.html
- https://www.msdmanuals.com/de-de/profi/neurologische-krankheiten/delir-und-demenz/demenz#v1036708_de
- https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/dementia/diagnosis-treatment/drc-20352019
- https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/30nb/09fortbildungen/vortraege/121013_alter_demenz/121013_froelich.pdf
- https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf
- https://psychiatrie.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc15/psychiatrie/alt_vorlesungsfolien_psychologie/10-Notfallpsychiatrie.pdf
- https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/demenz/article/618053/aggressionen-oft-simple-ursachen.html
- https://www.pflegen-online.de/aggressive-patienten-6-tipps-fuer-brenzlige-situationen