

1 Demenz braucht breites Denken und Handeln

Markus Horneber und Janine Hübner

Immer mehr Menschen erkranken an einer Demenz: Laut des Welt-Alzheimer-Berichts 2016 leiden weltweit 47 Millionen an dieser Krankheit. Ihre Zahl wird aufgrund des demografischen Wandels bis 2050 voraussichtlich auf 131 Millionen Erkrankte ansteigen (Alzheimer's Disease International 2016). Von diesem global zu verzeichnenden Trend ist auch Deutschland betroffen. Aktuell wird die Zahl der in Deutschland erkrankten Männer und Frauen auf rund 1,6 Millionen geschätzt (Statista 2018). Im Rahmen des demografischen Wandels wird eine Steigerung des Anteils der Bürger mit einem Alter über 65 Jahren von aktuell ca. 22 % auf etwa 32 % im Jahr 2050 prognostiziert (Statistisches Bundesamt 2015). Einhergehend mit dem Umstand, dass das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, mit dem Alter signifikant ansteigt, ist eine deutliche Zunahme der an Demenz erkrankten Personen zu rechnen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2018).

Das Gesundheitswesen steht daher in den nächsten Jahren vor der Herausforderung, die quantitativ mehr und qualitativ immer älter und multimorbider werdenden Menschen adäquat zu versorgen. Von dieser Entwicklung betroffen sind vor allem Krankenhäuser: Personen, die kognitive Defizite aufweisen, sind nicht oder nur bedingt in der Lage, sich auf neue Situationen einzustellen und entsprechend anzupassen. Eine Einweisung ins Krankenhaus stört die gewohnten Abläufe und verändert die Umgebung von Demenzpatienten drastisch, so dass hieraus eine unmittelbare Verschlechterung ihres Gesundheitszustands resultieren kann. Die Behandlung eines Patienten mit Demenz stellt das Krankenhaus, seine Organisation und die Mitarbeitenden vor besondere Herausforderungen. Ziel einer jeden Gesundheitseinrichtung muss es daher sein, ihre Strukturen und Prozesse an den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz auszurichten und nicht, wie häufig noch praktiziert, die Betroffenen in Standardabläufe zu zwingen.

Dieses Werk orientiert sich an diesem Grundsatz und nimmt die Haltung »Der Mensch steht im Mittelpunkt« als Leitgedanken auf. Dies wird in der Auswahl der Themen und der Inhalte deutlich: Die einzelnen Kapitel umfassen die verschiedenen Rahmenbedingungen und versorgungsspezifischen Aspekte, die für Menschen mit Demenz und Delir im Zuge eines Krankenhausaufenthaltes von Bedeutung sind.

Ein Mensch mit Demenz wird eher in Ausnahmefällen stationär im Krankenhaus aufgenommen, weil er an Demenz erkrankt ist. Häufig ist seine kognitive Einschränkung vor seiner Aufnahme noch nicht einmal bekannt. Der Krankenhausaufenthalt wird vielmehr durch akute Situationen wie

Versorgung von Menschen mit Demenz als zukünftige Herausforderung

Der Mensch steht im Mittelpunkt

Herausforderung:
Behandlung
»Nebendiagnose
Demenz«

z. B. ein traumatisches Ereignis (z. B. Sturz), Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder eine geplante Operation ausgelöst. Entsprechend fokussiert sich die Behandlung des Patienten auf die festgelegte Einweisungs- bzw. Hauptdiagnose. Die Demenz kann, wenn sie vorher bekannt ist oder während des Aufenthaltes diagnostiziert wird, dann als Nebendiagnose abgebildet werden. Die Herausforderung seitens des Krankenhauses besteht nun darin, den Patienten nicht nur entsprechend seiner Hauptdiagnose, sondern auch entsprechend seiner Demenz bestmöglich zu versorgen. Die Organisation, Strukturen und Prozesse müssen darauf ausgerichtet sein, durch verschiedene Konzepte und Maßnahmen zum einen den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz gerecht zu werden, zum anderen bei gefährdeten Patienten die Entwicklung eines Delirs zu verhindern. Die verschiedenen Ansatzpunkte und Umsetzungsmöglichkeiten stehen im Zentrum dieses Buchs.

Bei der Konzeption des Werks wurde besonders auf Praxisnähe und Praxisrelevanz geachtet.

Zur praxisnahen Strukturierung der Themen sind diese nach Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozessen unterteilt. Die Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001:2015 mit ihren Normkapiteln dient ebenfalls als Bezugssystem, um qualitätsrelevante Aspekte mit einzubinden (► Abb. 1.1).

Durch den prozessorientierten Aufbau fügen sich die Inhalte zu einem umfassenden und ineinandergreifenden Gesamtkonzept zusammen. Durch die jeweiligen Schwerpunkte der (Unter-)Kapitel erschließen sich die Inhalte einzelner Abschnitte, aber auch isoliert.

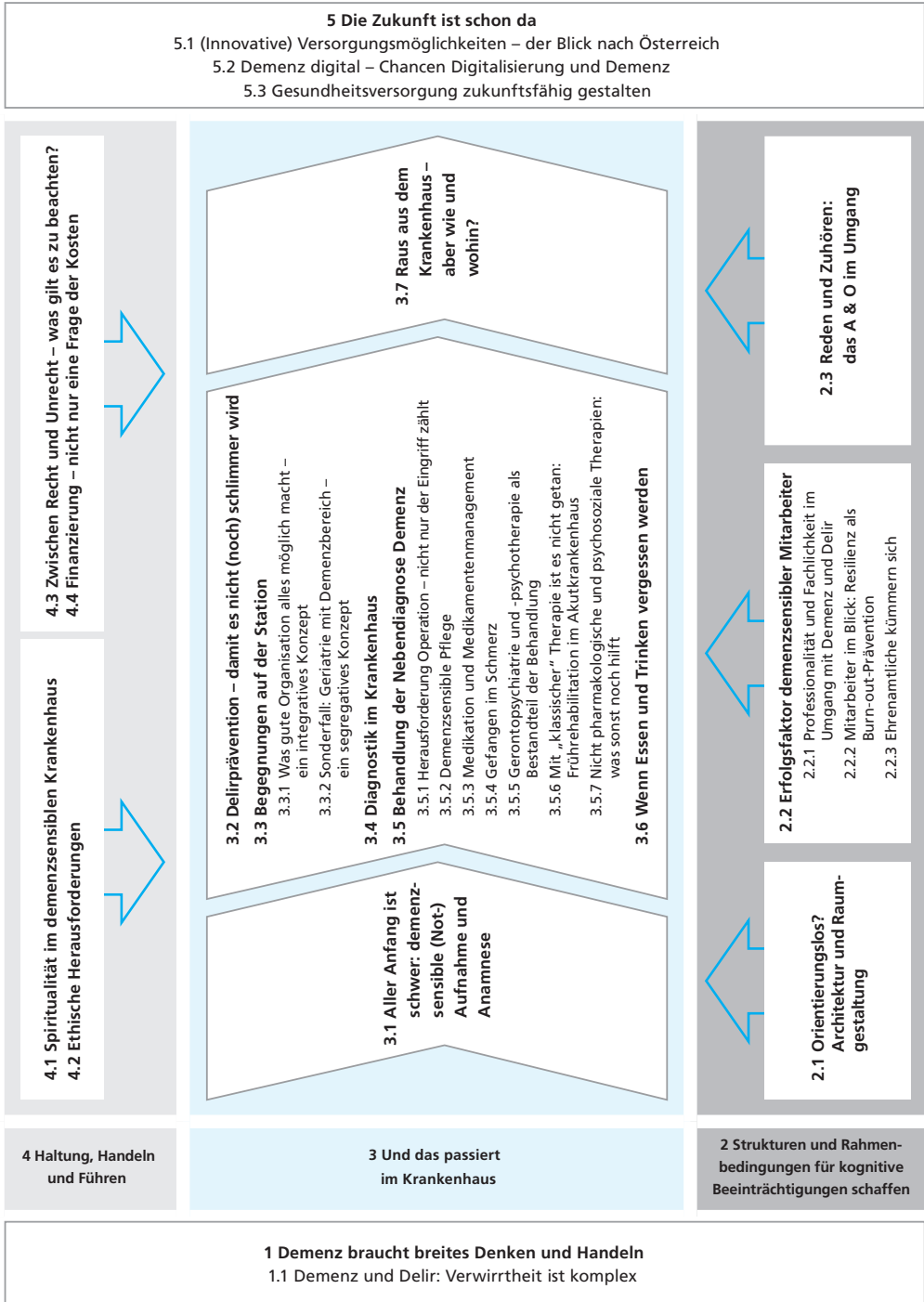
In Kapitel 1 wird deutlich, wie die Zusammenarbeit zur Herausgabe des Buches zustande gekommen ist und welcher Intention diese folgt. Das Konzept sowie die Inhalte werden vorgestellt (► Kap. 1) und ein erster thematischer Zugang zu »Demenz und Delir« geschaffen (► Kap. 1.1). Da sich die kognitive Störung der Patienten als sehr komplex darstellt, ist es zu Beginn wichtig, ein grundlegendes Verständnis der Erkrankung zu schaffen. Anzuerkennen ist, dass es unterschiedliche Ausprägungen des Menschen mit Demenz gibt, so dass die geeigneten Maßnahmen und Notwendigkeiten grundsätzlich je nach Krankheitsausprägung variieren. In diesem Werk stehen die mobilen, körperlich aktiven Betroffenen im Fokus, die kognitiv leicht bis schwer durch ihre Demenz eingeschränkt sind.

Kapitel 1: Rahmen und
Einstieg in Demenz und
Delir

In Kapitel 2 wird das »demenzsensible Krankenhaus« auf der Ebene der Unterstützungsprozesse beleuchtet. Die den Unterstützungsprozessen zugeordneten Themenbereiche sind nicht direkter Bestandteil des Behandlungs- und Therapieprozesses, sondern wichtige Rahmenbedingungen, deren demenzorientierte Ausgestaltung positive Auswirkungen auf den Menschen mit Demenz und seine Behandlung, die Mitarbeitenden und damit auch auf die Organisation erzeugen.

Kapitel 2: Architektur,
Mitarbeitende und
Kommunikation

Menschen mit Demenz als besonders vulnerable Patientengruppe sind in einer fremden Umgebung durch viele Faktoren wie Reizüberflutung und Verlust der eigenen Routinen stärker gefährdet, dass sich ihr Gesundheitszustand weiter verschlechtert und sich z. B. ein Delir entwickelt. Eine demenzsensible Ausgestaltung der baulichen und räumlichen Gegebenheiten, die Sicherheit



2.1 Orientierungslos? Architektur und Raumgestaltung

2.2 Erfolgsfaktor demenzsensibler Mitarbeiter
 2.2.1 Professionalität und Fachlichkeit im Umgang mit Demenz und Delir
 2.2.2 Mitarbeiter im Blick: Resilienz als Burn-out-Prävention
 2.2.3 Ehrenamtliche kümmern sich

2.3 Reden und Zuhören: das A & O im Umgang

4 Haltung, Handeln und Führen

2 Strukturen und Rahmenbedingungen für kognitive Beeinträchtigungen schaffen

1 Demenz braucht breites Denken und Handeln
 1.1 Demenz und Delir: Verwirrtheit ist komplex

Abb. 1.1: Struktur der Buchkapitel nach DIN EN ISO 9001:2015 als Bezugssystem
 © 2019 W. Kohlhammer, Stuttgart

und Orientierung bietet, kann dem positiv entgegenwirken (► Kap. 2.1). Hilfreich sind hier vertraute Gegenstände sowie gestalterische und strukturelle Elemente, die die räumliche Wahrnehmung unterstützen und Geborgenheit bieten.

Da bei (nahezu) allen Leistungen, die der Patient während seines Krankenhausaufenthalts erhält, zwischenmenschliche Interaktion erfolgt, tragen die Mitarbeitenden wesentlich zum Erfolg eines jeden demenzsensiblen Krankenhauses bei (► Kap. 2.2). Hier gilt es, die folgenden Aspekte zu berücksichtigen:

Fachlichkeit und Professionalität sind wichtige Bestandteile in der Behandlung und Betreuung von demenziell Erkrankten (► Kap. 2.2.1). Sie sind die Basis einer dem aktuellen Wissensstand entsprechenden, erfahrungsbasierten und interdisziplinären Therapie durch die verschiedenen beteiligten Professionen.

Mit der Stärkung der persönlichen Ressourcen von Mitarbeitenden (► Kap. 2.2.2) wird eine Win-win-Situation geschaffen, denn zwischen Gesundheit und Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitenden besteht ein direkter Zusammenhang. Beides wirkt sich wiederum auf die Adhärenz des Menschen mit Demenz aus und kann damit das Behandlungsergebnis und den Gesundheitszustand positiv beeinflussen.

Eine besondere Rolle in der Patientenversorgung und im Mitarbeiterkontext kommt dem ehrenamtlichen Engagement zu (► Kap. 2.2.3). Ehrenamtliche leisten durch das Angebot von Beziehung und Bindung einen wichtigen Beitrag in der Stabilisierung und Förderung des Menschen mit Demenz während seines Krankenhausaufenthaltes. Dafür bedarf es der Entwicklung und Implementierung strukturierter Ehrenamtskonzepte mit klaren Aufgaben und Grenzen, organisatorischer Planung und Verantwortlichkeiten sowie Schulungsangeboten.

Krankheitsbedingt kann die Kommunikation mit Menschen mit Demenz massiv erschwert sein. Es gilt daher, seitens der Mitarbeitenden auf verbaler und nonverbaler Ebene bedürfnisgerecht mit diesem zu interagieren (► Kap. 2.3). Eine personenzentrierte Haltung und der Aufbau einer empathischen und wertschätzenden Beziehung sind hierfür eine wichtige Basis.

Der Kernprozess (► Kap. 3) umfasst alle Tätigkeiten und Abläufe von der Aufnahme über die Behandlung bis hin zur Entlassung. Dabei beinhaltet jeder Teilprozess mögliche kritische Situationen für den Menschen mit Demenz, die (bei einer unzureichenden Kenntnis über den psychischen Zustand des Patienten) jeweils zu einer Verschlechterung des kognitiven Zustands bis hin zum Delir führen können.

Der Aufnahmeprozess eines Patienten unterscheidet sich, je nachdem ob es sich um einen Notfall oder um einen geplanten Aufenthalt z. B. nach Überweisung durch einen Haus- oder Facharzt handelt (► Kap. 3.1). Wichtig ist in beiden Fällen, zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes die Demenz als relevante Nebendiagnose aufzunehmen, mittels geeigneter Assessments kritische delirante Zustände sowie eine noch nicht diagnostizierte Demenz zu identifizieren. Denn: Je früher eine kognitive Einschränkung

kung oder die Gefahr eines Delirs erkannt wird, desto eher können sich die am Behandlungsprozess Beteiligten darauf einstellen und auf den Patienten bedürfnisgerecht einwirken. Die Prävention eines Delirs von Anfang an trägt dazu bei, das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Selbstständigkeit des Patienten zu erhalten und vermeidet eine zusätzliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten (► Kap. 3.2).

Den Großteil ihres Klinikaufenthaltes verbringen die kognitiv beeinträchtigten Menschen auf Station (► Kap. 3.3). Je nach Leistungsportfolio und Organisationsprinzipien des Krankenhauses unterscheiden sich diese in ihrer fachlichen, organisatorischen und räumlichen Ausgestaltung und Zusammensetzung. Die Unterbringung kann daher entweder auf einer »Normalstation« (► Kap. 3.3.1) oder auf einer geriatrisch ausgerichteten Station mit z. B. einem speziellen Demenzbereich (► Kap. 3.3.2) erfolgen. Im »normalen« Krankenhausalltag sind die zeitlichen Ressourcen des Personals pro Patient grundsätzlich begrenzt. Dies kann bei demenziell erkrankten Patienten ein Gefühl der Unruhe und Unbeständigkeit hervorrufen. Dieser Herausforderung kann durch eine gezielte Organisation von Abläufen, Zuständigkeiten und Aufgabenverteilungen begegnet werden.

Der Aufenthalt im Krankenhaus kann auch dazu beitragen, eine bislang nicht erkannte Demenz zu identifizieren und zu klassifizieren (► Kap. 3.4). Dies bietet den Vorteil, die Diagnose gezielt im Aufenthalt und der Behandlung berücksichtigen zu können sowie den Anstoß zu geben, dass Betroffene und Angehörige im Anschluss im ambulanten Setting die notwendige Unterstützung und Behandlung sicherstellen.

Für ein demenzsensibles Krankenhaus steht nicht nur die Therapie des Patienten entsprechend seiner Hauptdiagnose im Fokus, sondern auch die Behandlung der Nebendiagnose Demenz (► Kap. 3.5). Diese Erkrankung bringt in den unterschiedlichen Behandlungsphasen verschiedenste Herausforderungen für alle Beteiligten mit sich.

Behandlung: OP, Pflege, Schmerz, Medikamente, verschiedene Therapien

Im Kontext von Operationen besteht besonders bei dementen oder kognitiv eingeschränkten Patienten die Gefahr, ein Delir zu entwickeln (► Kap. 3.5.1). Dieses Risiko kann unter anderem minimiert werden, indem spezielle Betreuungsteams den Demenzerkrankten kontinuierlich begleiten, bestehende Risikofaktoren im Vorfeld positiv beeinflusst werden sowie spezifische Maßnahmen in und nach der Aufwachphase Anwendung finden.

Neben der medizinischen Versorgung kommt der Pflege und den Pflegenden eine herausragende Rolle in der Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz zu. Ziel ist es hier, auf die Bedürfnisse einzugehen und die Demenzerkrankten in den Pflegeprozess mit einzubinden (► Kap. 3.5.2). Die Erhaltung der Autonomie und die Selbstbestimmung des Patienten stehen dabei im Vordergrund.

Dem Umstand geschuldet, dass Menschen mit Demenz höheren Alters und zumeist multimorbide sind, nehmen diese häufig zahlreiche Medikamente ein. Ein umfassendes Medikamentenmanagement ist daher eine *Conditio sine qua non* in der Behandlung (► Kap. 3.5.3). Eng mit diesem Thema verknüpft, wenn auch nicht darauf beschränkt, ist die Schmerzdiagnostik und -therapie (► Kap. 3.5.4). Menschen mit einer Demenzerkrankung

kung sind oft nur bedingt in der Lage, verbal zu äußern, dass sie unter Schmerzen leiden. Daher müssen Mitarbeiter über ausreichendes Know-How hinsichtlich Identifikation und Umgang mit der Schmerzsituation sowie adäquater medikamentöser und auch nicht medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten verfügen.

Die mit Demenz verbundenen Prozesse können bei den Betroffenen mit unterschiedlichen psychischen Störungsbildern einhergehen. Im Rahmen eines Exkurses wird auf die Möglichkeiten der Einbindung gerontopsychiatrischer Expertise und Psychopharmakotherapie eingegangen (► Kap. 3.5.5).

Dem Erhalt der Selbst- und Eigenständigkeit bei Menschen mit Demenz kommt im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes eine hohe Bedeutung zu. Es gilt, eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie eine krankenhausbedingte Pflegebedürftigkeit durch therapeutische Maßnahmen z. B. im Rahmen der Frührehabilitation zu verhindern (► Kap. 3.5.6).

Nicht medikamentöse und psychosoziale Interventionen stellen neben den »klassischen Therapien« zentrale und notwendige Bestandteile der Behandlung von Menschen mit Demenz dar (► Kap. 3.5.7). Alle Ansätze besitzen eine ressourcenorientierte Ausrichtung im Sinne einer Förderung von Wohlbefinden, Lebensqualität und positiver Emotionen sowie ggf. eines Ausgleichs vorhandener Defizite.

Demenzbedingte Ernährungsprobleme können zu Mangelernährung, damit erhöhtem Risiko für Begleiterkrankungen und letztendlich zu einem Fortschreiten der Demenzerkrankung führen (► Kap. 3.6). Entsprechende Ernährungsmaßnahmen wie die Berücksichtigung von Essensvorlieben, benötigten Hilfsmitteln (spezielles Besteck, Gebiss etc.), die Ausgestaltung der Mahlzeiten sowie die Berücksichtigung von beeinträchtigenden Symptomen sind Bestandteil einer hochwertigen Ernährungsversorgung.

Die Planung der Entlassung und Anschlussversorgung beginnt bereits bei der Aufnahme. Über das Entlassmanagement werden dann die Weichen für eine bedarfsgerechte und individuell angepasste Entlassung gestellt (► Kap. 3.7). Wichtig sind hierbei eine enge Einbindung von Angehörigen sowie die Vernetzung mit Kooperationspartnern zur Anschlussversorgung und Unterstützungsangebote.

Auf der Ebene der Führungsprozesse sind die Elemente, die den Kern eines Unternehmens ausmachen und definieren, verankert. Hierzu zählen auf der obersten Ebene die eigenen Werte, das Leitbild und die Identität. Daraus leiten sich sämtliche strategische Ausrichtungen und auch Positionen, die eingenommen und vertreten werden, ab (► Kap. 4).

Die Unternehmenskultur spiegelt sich in den Handlungen und Taten wider. Für Unternehmen in einer christlichen Trägerschaft bilden die jahrzehnte- oder gar jahrhundertalten Traditionen eine besondere Basis für die gelebte Unternehmenskultur. Besonders in diesen Einrichtungen kann Spiritualität als Ressource genutzt werden, um das Krankheitsgeschehen und -erleben positiv zu bewältigen (► Kap. 4.1).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, das Handeln am Patienten unter ethischen Gesichtspunkten zu reflektieren (► Kap. 4.2). Hier gilt es zu

vermeiden, dass bei Menschen mit Demenz die bereits reduzierte Selbstbestimmungskompetenz weiter beschnitten, ihre Lebensqualität beeinträchtigt und ihre Würde verletzt werden.

Eng mit den ethischen Fragestellungen verbunden sind auch häufig rechtliche Aspekte (► Kap. 4.3). Wie ist es um die Einwilligungsfähigkeit des Menschen mit Demenz zur medizinischen Behandlung bestellt? Bedarf es eines Bevollmächtigten oder Betreuers? Wann sind welche (Zwangs-) Maßnahmen zu treffen? Die Rechte von Menschen mit Demenz als Patienten im Krankenhaus zu wahren, stellt eine alltägliche Herausforderung für Ärzte und Pflegekräfte dar.

Auch wenn natürlich die Versorgung des Menschen mit Demenz im Mittelpunkt steht, unterliegt ein Krankenhaus mit seiner Leistungserbringung dem Wettbewerb sowie gesundheitspolitischen und damit finanzierungsspezifischen Rahmenbedingungen (► Kap. 4.4). Die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit und damit auch der Zukunftsfähigkeit des Krankenhauses ist daher eine wichtige Aufgabe der Unternehmensführung. Nur so kann langfristig in Mitarbeitende, Technologie und Strukturen und damit in eine exzellente Versorgung investiert werden.

Im Rahmen der Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse der Kapitel 2 bis 4 werden die Herausforderungen beleuchtet, denen die Organisation »Krankenhaus« in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit Demenz begegnen muss. Auch wenn sich viele Krankenhäuser erst jetzt eingehend damit beschäftigen, ihr Unternehmen demenzsensibel auszurichten, gibt es bereits Einrichtungen und Projekte, die sich hier hervortun. Hier ist die Zukunft der Versorgung von Menschen mit Demenz quasi schon da. Anhand ausgewählter Beispiele werden verschiedene Versorgungsmöglichkeiten aufgezeigt und Ausblicke gegeben (► Kap. 5).

Die Entscheidung, ein demenzsensibles Krankenhaus zu werden, muss bewusst von der Unternehmensführung getroffen und mit all seinen Konsequenzen umgesetzt werden. Ein Blick nach Österreich zeigt, wie ein solches Projekt aussehen kann (► Kap. 5.1).

Der Megatrend »Digitalisierung« bietet viele Möglichkeiten, die Gesundheitsversorgung von Patienten allgemein, aber auch von Menschen mit Demenz im Besonderen zu verbessern. Dies umfasst unter anderem die Bereiche Aufklärung und Stärkung der Patientenrolle sowie die Unterstützung der Prävention, Diagnostik und Therapie. Am Beispiel des Projektes »SimPat« werden die Potenziale der Digitalisierung für ein Case Management in einem ganzheitlichen Versorgungsnetzwerk näher beleuchtet (► Kap. 5.2).

Ein Krankenhausaufenthalt für Menschen mit Demenz birgt viele zusätzliche Gefahren. Daher sollte nach Möglichkeit eine stationäre Aufnahme vermieden werden. Dies setzt allerdings eine gute ambulante Versorgung voraus. Förderprogramme wie »PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung« setzen hier beispielsweise neue Impulse und Maßstäbe in der Qualität der ambulanten Versorgung durch die Entwicklung und Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren (► Kap. 5.3).

Kapitel 5: Projektbeispiel, Chancen Digitalisierung, ambulante Versorgung

Literatur

- Alzheimer's Disease International (2016) World Alzheimer Report 2016. Improving healthcare for people living with dementia. S. 3. (<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf>; Zugriff am 08.02.2019).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018): Gesellschaft und Demenz. (<http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/gesellschaft-und-demenz.html>; Zugriff am 08.02.2019).
- Statista (2018) Statistiken zum Thema Demenz weltweit. (<https://de.statista.com/themen/2032/demenzkrankungen-weltweit/>; Zugriff am 08.02.2019).
- Statistisches Bundesamt (2015) 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. (<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>; Zugriff am 08.02.2019).

1.1 Demenz und Delir: Verwirrtheit ist komplex

Rupert Püllen

1.1.1 Zusammenfassung

Verwirrtheit in jeglicher Form zu verhindern oder – falls bereits vorhanden – vor einer Verschlechterung zu bewahren, ist das Hauptanliegen eines demenzsensiblen Krankenhauses. Delir und Demenz sind die häufigsten Störungen, die dem klinischen Bild einer Verwirrtheit zugrunde liegen. Sensorische Beeinträchtigungen, insbesondere des Hörens und des Sehens, können klinisch auf den ersten Blick mit kognitiven Defiziten verwechselt werden. Krankheiten unterschiedlicher Art und unterschiedlicher Organsysteme, aber auch zahlreiche Medikamente können zu kognitiven Defiziten beitragen. Die Diagnose kognitiver Beeinträchtigungen stützt sich auf den direkten klinischen Kontakt mit dem Patienten. Je umfassender der direkte Kontakt mit dem Patienten im Krankenhaus gelebt wird, desto seltener werden kognitive Defizite übersehen. Von einem demenzsensiblen Krankenhaus profitieren alle Patienten, insbesondere jedoch Patienten mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen eine Delirentwicklung verhindert wird.

1.1.2 Einleitung

Verwirrtheit kann sich auf vielerlei Weise äußern und zahlreiche Ursachen haben. Ganz gleich, was die Ursache ist: Symptome von Verwirrtheit beunruhigen Patienten und Angehörige, insbesondere wenn sie neu auftreten. Im Krankenhaus gehen sie einher mit erhöhter Morbidität und Mortalität und mit einer längeren Verweildauer. Zudem sind sie häufig: So wird die Prävalenz einer Demenz in Akutkrankenhäusern angegeben mit Werten zwischen 13 und 63 %; eine akute Verwirrtheit im Sinne eines Delirs findet sich – z. B. auf Intensivstationen – bei bis zu 70 % der Patienten (Pisani et al.

Bis zu 70 % der älteren Patienten im Krankenhaus sind kognitiv beeinträchtigt

2007). Diese große Differenz der Zahlen hängt zusammen zum einen mit der Art der untersuchten Krankenhäuser und Abteilungen, zum anderen auch mit der Art der eingesetzten Methodik.

Je höher das Lebensalter, desto wahrscheinlicher ist eine kognitive Beeinträchtigung mit Unterstützungsbedarf im Alltag. Sind in der Gruppe der 65–69-Jährigen nur 10,3 % der Personen auf Hilfe im Umgang mit ihrer Medikation angewiesen, so steigt ihr Anteil in der Gruppe der über 85-Jährigen bereits auf 38,2 % (Bleijenberg et al. 2017).

Im folgenden Kapitel geht es in einem ersten Teil um die Frage, wie sich Verwirrtheit äußern kann und welche klinischen Aspekte sie umfasst. In einem zweiten Teil werden aktuelle differenzialdiagnostische Aspekte zu Krankheiten vorgestellt, die mit kognitiven Beeinträchtigungen einhergehen. Abschließend wird dargelegt, welche Patienten in besonderer Weise von einem demenzsensiblen Krankenhaus profitieren. Diagnostik (► Kap. 3.4), Prävention und Behandlung von Verwirrtheit (► Kap. 3.2) sind Themen anderer Kapitel dieses Buches.

1.1.3 Wie kann sich Verwirrtheit äußern?

Der deutsche Begriff Verwirrtheit wird im medizinischen Kontext nicht einheitlich gebraucht und in der Fachsprache meist vermieden. Meist sind es Angehörige, die von Verwirrtheit sprechen, wenn sie Verhaltensauffälligkeiten beim Patienten feststellen. Verwirrtheit kann deshalb als rein deskriptiver Begriff genutzt werden, wenn ein Mensch »verwirrt« erscheint, also in seinem Verhalten »aus der Ordnung« geraten zu scheint. Im klinischen Alltag wird eher von kognitiven Defiziten oder von Verhaltensauffälligkeiten gesprochen. In Anlehnung an die Fachliteratur wird auch hier im Folgenden der Begriff Verwirrtheit vermieden und eher von kognitiven Störungen gesprochen, auch wenn beides nicht deckungsgleich ist.

Kognitive Störungen können sich auf sehr unterschiedliche Weise äußern. In Anlehnung an das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (American Psychiatric Association 2013) werden im Allgemeinen sechs Bereiche der kognitiven Funktion unterschieden:

Die sechs Bereiche der kognitiven Funktion

1. *Aufmerksamkeit*

Störungen der Aufmerksamkeit zeigen sich beispielsweise in leichter Ablenkbarkeit. Der Patient hat Schwierigkeiten, neue Informationen zu behalten oder zu berichten, worüber soeben gesprochen wurde. Es fällt ihm schwer, sich an Telefonnummern oder Adressen zu erinnern. Auch Kopfrechnen gelingt kaum noch. Die Schwierigkeiten sind besonders groß, wenn die Umgebung zahlreiche Stimuli beinhaltet wie beispielsweise Fernsehen oder Radio. Bei leichter Störung der Aufmerksamkeit erfordern normale Aufgaben mehr Zeit als gewöhnlich.

2. *Exekutivfunktion*

Dazu zählt die Fähigkeiten zu planen, Entscheidungen zu treffen oder Irrtümer zu korrigieren. Bei Störungen in diesem Bereich werden kom-

plexere Aufgaben kaum mehr ausgeführt. Bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens wie Einkaufen oder Rechnungen begleichen wird Unterstützung benötigt.

3. *Gedächtnis und Lernen*

Wenn ein Patient immer wieder das Gleiche berichtet oder sich an kurz zurückliegende Ereignisse nicht erinnern kann, so spricht dies für Störungen des Gedächtnisses. Diese Störungen des Gedächtnisses lassen sich leicht überprüfen, in dem man einen Patienten bittet, sich einige Wörter oder Zahlen zu merken und nach kurzer Zeit erneut nach diesen Wörtern bzw. Zahlen fragt.

4. *Sprache*

Wortfindungsstörungen können auf eine Störung des Sprachverständnisses oder des Sprachgebrauches hinweisen. Wenn Patienten Begriffe umschreiben, im Gespräch Begriffe wie »das da« oder »du weißt schon, was ich meine« nutzen, oft in Verbindung mit grammatikalischen Fehlern, so kann dies auf eine Störung der Sprache hinweisen.

5. *Perzeptiv-motorische Fähigkeiten*

Dazu zählt beispielsweise die visuospatiale Wahrnehmung. Erkrankte entwickeln apraktische Störungen und haben Schwierigkeiten beim Zeichnen, z. B. einer Uhr, oder beim Wiedererkennen von Gesichtern. Sie verlieren die Fähigkeit, zuvor vertraute Aktivitäten auszuüben wie beispielsweise mit Werkzeugen umzugehen oder sich in vertrauter Umgebung zurechtzufinden.

6. *Soziale Kognition*

Personen, die zuvor im sozialen Verhalten unauffällig waren, verlieren ihre Sensitivität und Sensibilität für angemessenes Verhalten im Umgang mit anderen Personen. Die Betroffenen zeigen wenig Sensibilität gegenüber sozialen Standards, z. B. in Bezug auf Gesprächsinhalte. Sie wählen Kleidung aus, die dem Wetter oder dem Anlass nicht angemessen ist. Das Einfühlungsvermögen anderen Personen gegenüber kann abnehmen.

Auch wenn Art und Ausmaß der kognitiven Einschränkungen für die Diagnosestellung eine zentrale Bedeutung haben, so sind es doch oft die nicht kognitiven Auffälligkeiten, die den Umgang mit verwirrten Patienten erschweren. Zu diesen Auffälligkeiten gehören aggressives Verhalten, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus und Weg- bzw. Hinlauftendenzen. Auch Störungen der Emotion wie Niedergeschlagenheit oder nicht adäquate Euphorie zählen dazu. Der Umgang mit diesen nicht kognitiven Symptomen zählt zu den großen Herausforderungen bei der Behandlung älterer kognitiv beeinträchtigter Patienten, gerade im Krankenhaus.