



Plötzlich in einem fernen Land

Ein hoher Prozentsatz älterer Klinikpatienten erleidet perioperativ ein Delir. Oft bleibt das unentdeckt. Wie sich die Versorgung dieser Patienten und von Senioren mit anderen kognitiven Einschränkungen verbessern lässt, stand im Fokus eines Symposiums im Haus der Ärzteschaft.

von Bülent Erdogan

Der 82-jährige Patient hat die Nacht zum Tag gemacht und die Krankenschwester gut auf Trab gehalten. Als „Riesenproblem“ wird er am Morgen an die nächste Schicht übergeben. Er schläft morgens etwas länger, sei es, weil er körperlich erschöpft ist nach der auch für ihn anstrengenden Nacht, sei es, weil er eine Mischintoxikation diverser pharmakologischer Therapieversuche ausschlafen muss. Am Nachmittag sitzt der neudeutsch den Octogenarians zuzurechnende Patient freundlich zuge-

Wo geht's hier lang?

Der Aufenthalt in einem Krankenhaus kann für ältere, multimorbide Patienten zu einer hohen mentalen Belastung führen. Vielleicht sei diese Situation, so Dr. Heribert Müller, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Leitender Ministerialrat im NRW-Gesundheitsministerium, „ein ganz kleines Stück“ damit vergleichbar, sich als gesunder Mensch in einem fremden Land, einer fremden Stadt mit fremden Schriftzeichen (wie in der Tokioter Metro, großes Bild) allein zurechtfinden zu müssen: „Ich denke, der ein oder andere wird es schon erlebt haben: dieses Gefühl von Desorientierung ist dann umfassend.“
Kleines Bild: Die Zahl älterer, multimorbider Patienten wird in den kommenden Jahren zunehmen, gehen doch jetzt die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer sukzessive in Rente.

Foto links: eyetronic/Fotolia.com
Foto rechts: Daisy-Daisy/iStockphoto.com



wandt im Bett, niemand unternimmt folglich etwas, und am Abend geht „das Theater“ wieder los.

Der Patient, den Dr. Simone Gurlit, Leitende Ärztin der Abteilung für Perioperative Altersmedizin und des Kompetenzzentrums Demenzsensible Krankenhaus und Delirmanagement des St. Franziskus-Hospitals Münster, auf dem Symposium „Blickwechsel Demenz: Operation gelungen, Patient verwirrt?“ von Ärztekammer Nordrhein, der Paritätische NRW und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) vorstellt, steht exemplarisch für den fluktuierenden Charakter von Delirien im Krankenhaus. Und für die Herausforderungen, die mit der Diagnose Delir im Krankenhaus verbunden sind. Zum Glück, sagte Gurlit im November im Haus der Ärzteschaft, gebe es heute gute Screening- und Monitoring-Tools, ein mögliches Delir bei Aufnahme und während des Krankenhausaufent-



Studien zufolge haben oder entwickeln bis zu 60 Prozent der älteren hospitalisierten Patienten ein Delir auf (Intensiv-)Station, früher auch als „Durchgangssyndrom“, „HOPS“ (Hirnorganisches Psychosyndrom) oder „Intensivstationspsychose“ bezeichnet. Die Prävalenz auf Intensivstation wird in Abhängigkeit vom Grundleiden mit 30 bis 80 Prozent angegeben, die hypoaktive Form des Delirs mit 30 und Mischformen mit etwa 55 bis 65 Prozent. Foto: andresr/istockphoto.com

haltes zu erfassen und zu beobachten. Heute gebe es Instrumente, die es zu nutzen gelte, auch wenn dies seine Zeit koste. Dabei gehe es nicht um ein Komplettscreening jedes Patienten, sondern um die Identifikation von Risikopatienten, für deren Betreuung dann für die Teams Standardprozeduren bereitgehalten werden sollten. Das können neben dem hyperaktiven Typ auch Kranke mit der Nebendiagnose eines hypoaktiven Delirs sein: also jene, die als pflegeleicht, weil ruhig gelten.

Patienten mit Delir seien überall im Krankenhaus anzutreffen, sagte Gurlit in Düsseldorf. Operateure, Anästhesisten, Stationspfleger, Therapeuten seien daher alle gemeinsam gefordert, eine „Delir-Tante allein“ könne die Herausforderung nicht stemmen. Patienten mit Delir seien oft bis zum späten Nachmittag völlig unauffällig, wie unser eingangs vorgestellter Patient. Viele Patienten kämen schon delirant ins Krankenhaus, so Gurlit. Zum Beispiel die ältere Dame,

die über viele Jahre sehr gut zuhause zurechtgekommen ist, dann während einiger heißer Sommertage zu wenig Flüssigkeit zu sich nimmt, eine Exsikkose entwickelt, auf die Hüfte stürzt und eine operationspflichtige coxale Femurfaktur erleidet. „Vielleicht ertappen wir uns in Unkenntnis der Vorgeschichte dann sogar zunächst beim Gedanken: Wie die Patientin zuhause noch klargekommen ist, das ist mir ein Rätsel.“

Um diese Patientin optimal zu versorgen gelte es dann, Wartezeiten zu vermeiden, eine kürzest mögliche präoperative Nahrungskarenz zu organisieren, Hypothermie, Schmerz und perioperativen Stress zu vermeiden. Dabei sei inzwischen zum Beispiel evident, zur Anxiolyse keine Benzodiazepine mehr zu geben. „Wir wissen eine ganze Menge, wir können anders arbeiten. Aber wir müssen das auch tun.“ Gegen die Angst hilft Gurlit zufolge die empathische, orientierende Ansprache, nicht das Pharmakon. „Das Beste, was man tun kann bei einer Teilnarkose, das ist, wenn der Chirurg über das Tuch schaut und dem Patienten sagt: Wir kommen gut voran.“ Wacht der Patient aus einer Vollnarkose auf, sollte ihm eine schnelle Reorientierung ermöglicht werden, dazu gehört nach den Worten Gurlits, Brille oder Hörgerät in Reichweite des Patienten zu deponieren. Ein besonderes postoperatives Augenmerk legt man in Münster auf die Beteiligung der Angehörigen. Sie sollen auch einen Beitrag dazu leisten, den Tag-Nacht-Rhythmus beizubehalten. „Ein guter Besuch kommt nachmittags um halb fünf und macht müde für den Abend.“

Delirien seien meist multifaktoriell begründet und Menschen mit Delir könnten eine Intensivstation „auf Trab halten“, sagte auch Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger M.Sc., Leitende Oberärztin der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin am Klinikum Leverkusen. Ein starker zugrunde liegender und ein geringer exogener oder auslösender Faktor und umgekehrt könnten ausreichen, um ein Delir auszulösen, sagte das Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein. 60 Prozent der älteren hospitalisierten Patienten habe kognitive Einschränkungen. Dass eine zunehmende Auseinandersetzung mit dem Syndrom stattfinde, sei erfreulich.

Etwa einer von zehn Patienten mit der Diagnose Delir bei der stationären Aufnahme oder während des Krankenhausaufenthalts bleibe auch nach Entlassung delirant, jeder Tag im Delir steigere das Mortalitätsrisiko in der Klinik um zehn Prozent, die Mortalität sei in den ersten sechs Monaten nach Entlassung aus dem Krankenhaus im Vergleich zu anderen Patienten etwa dreifach erhöht, sagte Mitrenga-Theusinger. Als Akut-Komplikationen führte sie die Selbst-Extubation, das Ziehen von Kathetern, sturzassozierte und andere Verletzungen auf, außerdem sei der Pflege- und Betreuungsaufwand erhöht und das Behandlungsergebnis oft gefährdet.

Mitrenga-Theusinger stellte eine Reihe von Instrumenten für ein besseres Delir-Monitoring im klinischen Alltag vor. Unabhängig von der Wahl dieses oder jenes Scores erachtet die Anästhesistin es als wichtig, im Team eine bewusste Entscheidung für den Einsatz eines oder

zweier solcher Testverfahren zu fällen und das Screening im Acht-Stunden-Intervall, also in allen Schichten, zu praktizieren. Darüber hinaus sei eine integrierte Evaluation von Schmerz, Delir und Analgosedierung sinnvoll.

Angehörige könnten, sofern richtig aufgeklärt und eingebunden, eine entscheidende Entlastung darstellen, sagte Mitrenga-Theusinger. „Nehmen Sie sich ruhig Zeit, den Angehörigen einmal richtig mit ins Boot zu holen, dann werden alle Folgegespräche deutlich einfacher. Denn ein Delir lässt sich für Angehörige nur schwer nachvollziehen und macht die meisten hilflos.“ Ein Ersatz für eine kontinuierliche Begleitung von Delir-Patienten durch Pfleger könnten Angehörige indes nicht sein. Allerdings fehlten hierzu weiterhin die finanziellen Mittel, so Mitrenga-Theusinger.

Dr. Ursula Sottong MPH MSc stellte die Arbeit der Station Silvia am Malteser Krankenhaus St. Hildegardis vor, eine von trägerübergreifend derzeit bundesweit etwa 20 spezialisierten klinischen Stationen für akut erkrankte Menschen mit der Nebendiagnose Demenz, sogenannte Special Care Units. Sottong zufolge setzt der Krankenhausbetrieb normalerweise voraus, dass der Patient kooperativ ist, seine eigenen Bedürfnisse äußern und die Bedürfnisse anderer berücksichtigen kann, sich schnell durch das System Krankenhaus bewegt oder bewegen lässt und entlassen werden kann, wenn der Grund für die Aufnahme entfallen ist. Dies alles sei bei kognitiv eingeschränkten, häufig multimorbiden, älteren Patienten nicht oder nur eingeschränkt gegeben, sagte die Ärztin und Leiterin der Fachstelle Demenz der Malteser. „Der schlechteste Ort für einen Menschen mit Demenz ist ein Akutkrankenhaus.“

„*Diese Menschen leiden nicht unter Langeweile, sie leiden darunter, dass sie nicht aktiviert werden.*“

Fünf Maximen sollen Patienten mit Demenz auf der 2009 eingeweihten Station Silvia mit ihren maximal zwölf Betten in sechs Zimmern Rechnung tragen:

- Kommunikation mit statt über den Patienten,
- Kontinuität in der Beziehung und Begleitung,
- Diagnostik- und therapiefreie Zeiten am Tag und eine individuelle Gestaltung der Tagesstruktur,
- Normalisierung der Abläufe, zum Beispiel das Essen in Gemeinschaft am Tisch,
- Betreuung durch Tagesbegleiter und Interdisziplinarität (Ergo-/Physiotherapie, Pflege, Medizin).

„Wir brauchen sinnvolle Aktivitäten und Beteiligung. Diese Menschen leiden nicht unter Langeweile, sie leiden darunter, dass sie nicht aktiviert werden“, sagte Sottong. Klinikteams müssten zudem verinnerlichen, Angehörige nicht als Störfaktor anzusehen oder diese lediglich im Laufe des Beschwerdemanagements zur Kenntnis zu nehmen, sondern aktiv mit ihnen zu arbeiten. „Denn die Angehörigen sind es, die uns wertvolle Informationen geben können, wie im Falle einer Tochter, die uns mitteilte: ‚Meine Mutter hat immer drei Kissen gehabt, mit nur einem Kissen schläft sie Ihnen

nicht ein.‘ Meine Erfahrung ist, dass man im Stationsalltag nämlich an genau solchen Kleinigkeiten scheitern kann.“ Es gehe also nicht immer um hohe Investitionssummen, sondern um einen Ressourceneinsatz, der dem Patienten hilft, den Tag besser zu überstehen. Für eine nachhaltige Änderung der Abläufe in diesem Sinne sei eine Entscheidung auf Geschäftsführungsebene unabdingbar, betonte Sottong.

Fallanalysen legten nahe, dass in Deutschland jährlich Hunderttausende Menschen, die sturzbedingt stationär aufgenommen werden, neben der Hüftfraktur auch ein Schädelhirntrauma erleiden, welches unerkannt bleibt, sagte Dr. Thomas Friess, bis Mitte 2018 Chefarzt am Katholischen Klinikum Oberhausen am Standort St. Clemens-Hospital. Diese Patienten würden dann als delirant oder dement eingestuft, sagte der Chirurg und Alterstraumatologe. Es stelle sich neben der zwingenden präoperativen Testung auf ein Delir oder andere kognitive Störungen die Frage, auf die Erkenntnisse aus den Fallanalysen mit einem häufigeren Einsatz des CT zu reagieren.

Der Koordinator der AG Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie stellte Ergebnisse der „ProFinD“-Studie vor, der zufolge eine signifikante

Was tun gegen das perioperative Delir?

Mit Blick auf die allgemeine Prävention eines Delirs sowie die perioperative Vermeidung delir-auslösender Reize nennt Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger M. Sc. eine ganze Reihe von unterstützenden und schonenden Maßnahmen und Abläufen, dazu gehören

- die Unterstützung der Homöostase,
- Verkürzung von Nüchternheitszeiten und den Aufenthalt in ungewohnten Räumen,
- zeitliche Orientierung (Positionierung von Uhren und Kalender in Sichtweite),
- Verfügbarkeit von Hör- und Sehhilfen,
- möglichst rasche Entfernung von Drainage/Katheter,
- frühzeitige Mobilisierung auch von kritisch Kranken,
- der Verzicht auf Fixierung,
- eine enterale Ernährung,
- der Einsatz geschulter Pflegekräfte,
- die Gewähr eines Tag-Nacht-Rhythmus und eines Umfeldes, in dem Tiefschlaf- und

REM-Phasen möglich sind (zum Beispiel über sinnvolle Alarmeinstellungen von Monitoren),

- das Clustern von Pflegeaktivitäten zu definierten Zeiten,
- der Vorzug nichtmedikamentöser Therapie zum Beispiel durch Einbeziehen gut informierter Angehöriger oder von Sitzwachen,
- bei Medikation eine Symptomorientierung, zeitnahe und differenzierte Herangehensweise, unter Messung des Sedierungsgrades nach „Richmond Agitation and Sedation Scale“, kurz RASS; Bolusgabe anstelle der Perfusorgabe, um eine Übersedierung und Kumulation zu vermeiden, die Sedierung nur bei „sehr harter“ Indikation nach Protokoll und mit dem Ziel des wachen oder lediglich leicht sedierten Patienten sowie einem täglichen Aufwacher-versuch, Vermeidung einer polypragmatischen Pharmakotherapie.

Reduktion der Mortalität erreicht werden kann, wenn Orthopäden und Geriater eng miteinander kooperieren. „Alterstraumatologie im Sinne eines orthogeriatrischen Co-Managements wird und muss zur Regelversorgung in Deutschland werden. Multimorbidität lässt sich nur multiprofessionell und interdisziplinär angehen.“ Es sei möglich, Mortalität, Heimeinweisungen und neuerliche Stürze und Frakturen zu senken, sagte Friess.

Dr. Heinz L. Unger, Chefarzt der Klinik für Akutgeriatrie und Frührehabilitation des Evangelischen Krankenhauses Kalk im gleichnamigen Kölner Stadtteil, stellte das dortige Alterstraumatologische Zentrum (ATZ) vor. Etwa 200 Patienten gemäß geriatrischer Komplexpauerschale OPS 8-550 sind 2017 in der Kalker Akutgeriatrie behandelt worden, sagte der Neurologe und Geriater. Obwohl dieses Vorgehen zu einer besseren Funktionalität und einer erheblichen Reduktion der Mortalität führe, nehme der Prüfdruck durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen leider weiter zu, so Unger. Auch wenn eine Wunde gut geheilt sei und der Patient nicht mehr stationspflichtig sei, stelle sich für sein Team nicht selten die Frage, wohin der Patient, dessen Leben durch die Erkrankung völlig auf den Kopf gestellt wurde, entlassen werden kann?

„ *Ganz viele Patienten dieser Altersklasse haben Schluckstörungen, aspirieren still.*

Behandlungsziele im ATZ seien zum Beispiel eine „unmittelbare Belastungsstabilität“ nach Operation, die Mobilisierung am ersten Tag nach Op oder die Entfernung des Harnkatheters innerhalb von maximal zwei Tagen, sofern der Patient auf einem Toilettenstuhl sitzen kann. Damit der Patient nach einem Knochenbruch so schnell wie möglich die volle Beweglichkeit zurück erlangen kann, sei eine konsequente Linderung von Schmerzen, und zwar vor dem Wiederauftreten und nicht lediglich im Bedarfsfall, eines der Therapieziele, so Unger. Verbunden sei damit auch, dem einen oder anderen Physiotherapeuten die Angst vor dem gerade operierten Patienten zu nehmen, damit dieser an der Hand des Kollegen möglichst früh voll mobilisiert werden kann, denn Reha im Bett sei Reha für den Sarg.

Unger: „Wir haben ein klares Konzept: Wer ist für was ansprechbar? Wann haben wir unsere gemeinsamen Visiten und Teams? Welche Assessments sollen laufen bei Aufnahme? Wer schreibt den Entlassbrief? Das sind alles Dinge, die man besprechen und definieren muss.“ In Köln-Kalk kommt bei Traumapatienten ab 70 Jahren das ISAR-Screening zur frühzeitigen Identifikation eines geriatrischen Handlungsbedarfs zum Einsatz. Bei einem Score von drei Punkten wird er auf die ATZ-Station aufgenommen. Im Fokus stehen in Köln Assessments primär für Multimorbidität, Polypharmazie, Depression, Angst, Demenz und Delir, Schmerz, Inkontinenz, Ernährung/Schlucken („Ganz viele Patienten dieser Altersklasse haben Schluckstörungen, aspirieren still“), Sturzprävention und das Osteoporose-Management, für welches

die Klinik auch ein Netzwerk mit Osteologen aufgebaut hat. „Je nachdem, was sich beim Assessment ergibt, kommen hinterlegte Standardprozeduren zum Einsatz.“

Vielleicht sei die Situation von Klinikpatienten mit Demenz „ein ganz kleines Stück“ vergleichbar mit der Situation, sich als gesunder Mensch in einem fremden Land, einer fremden Stadt oder einem fremden Flughafen mit fremden Schriftzeichen allein zurechtfinden zu müssen, sagte Dr. Heribert Müller, Arzt und Leitender Ministerialrat im NRW-Gesundheitsministerium. „Ich denke, der ein oder andere wird es schon erlebt haben: dieses Gefühl von Desorientierung ist dann umfassend.“ Das Land fördere im Rahmen der Initiative „Blickwechsel Demenz“ seit 2009 die bedarfsgerechte Behandlung von kognitiv eingeschränkten Menschen. Denn für Angehörige sei es ein „fürchterliches Erlebnis“, einen geliebten Menschen in die Obhut einer Klinik zu geben und ihn nach einer Operation mental völlig verändert wiederzusehen.

„Wir sind schon ein gutes Stück weitergekommen“, sagte Katharina Benner, Geschäftsbereichsleiterin des Paritätischen Nordrhein-Westfalen. Um das vom Paritätischen mit dem 2005 gestarteten Programm „Blickwechsel Demenz“ lancierte Thema weiter in die Fläche zu tragen, sei der Expertenaustausch im Netzwerk interessierter Akteure wichtig. Allerdings habe man noch nicht alle Krankenhäuser erreicht. Ziel müsse auch die Stärkung der sektorübergreifenden Kooperation sein.

Wie Benner sprach sich auch Matthias Blum, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft NRW, für Versorgungsverbünde unter Einbeziehung der Niedergelassenen und der Pflegedienste aus. Ende 2019 oder Anfang 2020 sei hoffentlich mit Ergebnissen von Modellprojekten in NRW (*wir berichteten*) zu rechnen, sagte Blum.

„ *Die Aufklärung ist gewissenhaft zu dokumentieren.*

Ärztinnen und Ärzte, so Harald Reske, Betreuungsrichter a.D. am Amtsgericht Köln, hätten die Pflicht, einwilligungsfähige Patienten, „und zwar immer zunächst und zuerst diese“, präoperativ auch über mögliche Komplikationen nach einer Operation aufzuklären, auch über die häufige Komplikation eines Delirs. Erst wenn der Patient einwilligungsunfähig ist, ist nach § 630d BGB die Einwilligung des Berechtigten einzuholen, soweit zur Problematik nicht eine wirksame Patientenverfügung vorliegt. Nach § 630e BGB ist der Patient aufzuklären über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände, insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartenden Folgen und Risiken sowie die Erfolgsaussichten. Reske: „Die Aufklärung ist gewissenhaft zu dokumentieren. Bei fehlender Dokumentation gilt die Vermutung, dass keine Aufklärung stattgefunden hat. Es gilt Beweislastumkehr, in Haftungsfragen muss sich dann der Arzt exkulpieren.“ Die Praxis zeige, dass bei der Aufklärung vor Eingriffen diese Risiken sehr häufig nicht mit angesprochen werden, dass Einwilligungen präventiv nicht eingeholt werden. **RA**