

Fragen und Antworten

zur Informationsveranstaltung "Demenz- und Delir-Management im Krankenhaus "

Am 23. Januar 2024 fand im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie eine Online-Informationsveranstaltung zum Thema "Demenz- und Delir-Management im Krankenhaus – Herausforderungen und Chancen" statt. Auf vielfachen Wunsch der Teilnehmenden werden die Fragen, Kommentare und Antworten aus der Veranstaltung hier in anonymisierter Form zusammenfassend dargestellt.

Vorbemerkung

Im Hinblick darauf, dass die [vorgestellten Empfehlungen](#) nicht ohne Einbeziehung von Führungskräften umgesetzt werden können („top-down“-Prinzip), war geplant, zu der Informationsveranstaltung im Wesentlichen Entscheidungsträger in Krankenhäusern einzuladen. An der auf eine Stunde begrenzten Veranstaltung nahmen ca. 200 Kolleginnen und Kollegen teil. Auf Veranstalterseite entstand der Eindruck, dass es sich um einen mit der Materie gut vertrauten sehr engagierten Teilnehmerkreis handelte. Dies zeigte sich nicht zuletzt an einer sachkundigen, lebhaften und in einer guten kollegialen Atmosphäre geführten Diskussion. Aufgrund der vorgegebenen Zeit konnten nicht alle Fragen erschöpfend diskutiert bzw. beantwortet werden. Nachfolgend werden die wichtigsten im Chat angesprochenen Themen zusammengefasst und, wo es sinnvoll erschien, auf der Grundlage des Empfehlungspapiers ergänzt. Die Fragen/Kommentare kamen aus der Teilnehmerrunde, die Antworten wurden von Kolleginnen und Kollegen der Arbeitsgruppe formuliert, insbesondere Herrn Dr. Kreisel.

In mehreren Beiträgen wurde die Versorgungssituation in Pflegeheimen thematisiert. Dies ist angesichts der weiten Verbreitung kognitiver Störungen, auch des Delirs, bei den dort lebenden Menschen nachvollziehbar. Wegen der thematischen Ausrichtung des Webinars und der begrenzten Zeit konnte darauf allerdings nicht näher eingegangen werden, dies betraf insbesondere auf qualitätssichernde bzw. juristische Aspekte (Heimaufsicht!) bezogene Beiträge.

Im Falle offen gebliebener Fragen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern können diese gerne an widi@dgppn.de gerichtet werden.

Eine Zusammenfassung der Veranstaltung sowie die Vortragsfolien sind unter dem folgenden Link hinterlegt: <https://www.nationale-demenzstrategie.de/die-strategie/netzwerk-nationale-demenzstrategie/infoveranstaltung-demenz-und-delir-im-krankenhaus>

1. Allgemeines

Frage/Kommentare: Warum hat keine pflegewissenschaftliche Gesellschaft in der Arbeitsgruppe mitgewirkt? Dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass die Berufsgruppe der Pflegenden die größte ist und den kontinuierlichsten Kontakt zu den zu pflegenden Menschen im Krankenhaus hat. / Das nächste Mal die Pflegewissenschaft mitzunehmen wäre super.

Antwort: Der Hinweis erscheint auch aus Sicht der Arbeitsgruppe sehr berechtigt und sollte bei zukünftigen Aktivitäten auf dem Gebiet berücksichtigt werden. Wir erhielten als Arbeitsgruppe sozusagen „von oben“ (s. Maßnahme 3.3.3 der Nationalen Demenzstrategie) einen entsprechenden Auftrag. Es ist zu beachten, dass in der Nationalen Demenzstrategie sehr viele Maßnahmen zu bearbeiten waren – auch oft unter Beteiligung von Pflegeverbänden – und somit aus Kapazitätsgründen nicht jede Fachgruppe überall dort mitwirken konnte, wo dies inhaltlich Sinn gemacht hätte.

Kommentar: Die Diskussionsrunde erscheint immer so eng und begrenzt bei diesen wichtigen Forenthemen. Ich würde mich freuen dazu später mehr zu erfahren.

Antwort: Der (sehr positive!) Eindruck von Veranstalterseite war, dass das Auditorium sehr gemischt war (siehe Vorbemerkung.). Zur Zusammensetzung der Arbeitsgruppe: siehe vorherige Antwort.

2. Zum Thema Testungen/Screening – allgemeine Aspekte

Frage: Wer sollte das Screening durchführen und gibt es eine Angabe zur Arbeitszeit, die das kostet? Könnte das nicht insbesondere im Nacht- oder Wochenenddienst schwierig werden? Bereits 10-15 Minuten können einen sehr hohen Zeitaufwand bedeuten.

Antwort: Üblicherweise wird das Screening durch patientennah arbeitende Berufsgruppen durchgeführt (insb. Pflege, Medizin). Die Auswahl der im Empfehlungspapier genannten Verfahren erfolgte wesentlich auch unter dem Aspekt der Zeitökonomie (siehe die Angaben zur Durchführungsdauer im Anhang der Empfehlungen). Viele der (Kurz)Tests sind in weniger als 5-10 Min. durchführbar. Dass es dennoch z. B. in der Notaufnahme oder im Nacht-/ Wochenenddienst zu Engpässen kommen kann, liegt auf der Hand, gilt aber ebenso für andere medizinische Maßnahmen. Wie damit umzugehen ist, sollte in einer klinikintern festgelegten Screeningstrategie definiert werden. Der Auftrag an die Arbeitsgruppe im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie war, Empfehlungen zur Best-Practice auf dem Stand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnis abzugeben, und zwar unter Berücksichtigung ihrer Umsetzbarkeit unter den Routinebedingungen von Krankenhäusern. Die tatsächliche Umsetzung, Integration in bestehende Prozesse usw. muss im Lokalen überlegt werden. Es sollte in der Summe nicht mehr Aufwand sein.

Frage: Findet das Screening auch in Pflegeheimen statt?

Antwort: In einigen Kontexten (Pflegeheimträger, Regionen etc.) existieren Vorgaben zu Erhebungsinstrumenten. Unseres Wissens gehört ein Delir-Screening üblicherweise nicht dazu. Gleichwohl könnte es bei teilweise im zweistelligen Prozentbereich liegenden Häufigkeiten von Delirien auch in Heimen Sinn machen, unter bestimmten Voraussetzungen

ein Screening durchzuführen. Das vorgestellte Empfehlungspapier äußert sich allerdings dazu nicht, da der Auftrag eindeutig auf Krankenhäuser bezogen war.

Frage/Kommentar: Das Screening um seiner selbst willen, ohne dass Konsequenzen eingeleitet werden, macht doch keinen Sinn! Die Umsetzung guter Forschungsergebnisse gelingt in Deutschland leider nicht. Der Wissenschaft fehlt die Umsetzungskompetenz.

Antwort: Die Kritik ist auf den ersten Blick plausibel, auf den zweiten gibt es aber folgende Evidenz: allein das regelmäßige Screening bzw. die Tatsache, dass Screening in Prozesse integriert wird, schärft erkennbar die Wahrnehmung von Störungen der Kognition, die im weiteren Sinne als Vitalzeichen, wie Temperatur, Puls, etc., eingeordnet werden (wobei die im Screening erfasste Kernsymptomatik des Delirs, die Störung von Aufmerksamkeit und Bewusstsein, per se als Vitalzeichen zu werten ist!). Die intensiviertere Wahrnehmung entsprechender Auffälligkeiten senkt – dazu gibt es Studien¹ – die Mortalität bei Delir auf Intensivstationen. Gleichwohl ist absolut richtig, dass das Screening sinnvollerweise mit einem Präventionskonzept verknüpft wird.

Frage: Wie würden Sie ein Delir von einer Psychose unterscheiden? Ist ein Delir-Screening spezifisch genug, um das abzugrenzen?

Antwort: Der Begriff „Psychose“ wird nicht einheitlich verwendet. Meist wird darunter eine wahnhaft und/oder halluzinatorische Symptomatik, z. B. im Rahmen einer Schizophrenie, verstanden. Ähnliche Symptome können bekanntlich auch beim Delir auftreten. Das wesentliche Merkmal, das dabei ein Delir kennzeichnet, ist die Störung von Aufmerksamkeit bzw. Bewusstsein, die in dieser Form bei schizophrenen und verwandten Psychosen nicht besteht. Im Einzelfall kann die Differenzialdiagnose schwierig sein, das Delir-Screening ist in solchen Fällen allein nicht spezifisch genug, deshalb sollte die Anforderung eines psychiatrischen Konsils erwogen werden.

3. Zum Thema Testungen/Screening – spezielle Aspekte

Frage: MMST und MoCA sind meines Wissens nach Tests zur Erkennung einer Demenz und keine Kurztests, ein MMST Test dauert je nach Pat. mindestens 10 Minuten + Dokumentation.

Antwort: Es trifft zu, dass MMST und MoCA kurze Tests zum Screening auf Demenz bzw. Demenz und die sog. leichte kognitive Störung sind. Das Erkennen einer Demenz bzw. leichten kognitiven Störung ist Teil der Gesamtstrategie und dementsprechend auch Gegenstand der Empfehlungen.

Richtig ist auch, dass der Zeitaufwand für diese beiden Tests nicht ganz unbeträchtlich ist, v. a. bei Hinzukommen komplizierender Faktoren (z. B. Schwerhörigkeit). Andererseits sind diese Verfahren in vielen Kliniken gut etabliert, z. B. in Form eines MMST-Screenings bei Aufnahme. Aus Sicht der Arbeitsgruppe gilt hier, dass vor Ort etablierte Verfahren und Strategien, wo immer möglich und sinnvoll, genutzt werden sollten. Wichtig ist, dass das Screening überhaupt geschieht, wie es implementiert wird, sollte unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten entschieden werden. Im Anhang der Empfehlungen sind alternativ

¹ Z. B.: Luetz, A., et al., Routine delirium monitoring is independently associated with a reduction of hospital mortality in critically ill surgical patients: A prospective, observational cohort study. J Crit Care, 2016. 35: p. 168-73

anwendbare Kurztests zur Erkennung einer kognitiven Störung aufgeführt (z. B. 6-CIT, SIS, Mini-Cog, „Mainzer Modell“).

Frage: Ist ICDSC für Delir-Screening nicht mehr empfohlen?

Antwort: Die ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) wird weiterhin empfohlen, so z. B. in der Delir-Leitlinie für die Intensivmedizin (DAS-Leitlinie). Sie wurde, wie der Name bereits sagt, speziell für diesen Bereich entwickelt. Unsere Empfehlungen beziehen sich jedoch nicht auf die Intensivmedizin, deshalb wurde die ICDSC an dieser Stelle nicht erwähnt.

Frage: Benutzt jemand den 4AT-Test?

Antwort: Dies blieb im Chat offen. Nach Kenntnis der Arbeitsgruppe wird der 4AT-Test zum Delir-Screening in Deutschland in den letzten Jahren zunehmend angewandt (z. B. in Notaufnahmen).

4. Zum Thema Delir-Management

Frage: Wie können wir die Verschreibung von Psychopharmaka reduzieren? Welche Nebenwirkungen sind bekannt bei der langfristigen Vergabe? Anmerkung: es wurde auch die Anwendung von Psychopharmaka in Heimen angesprochen.

Antwort: Grundsätzlich wird eine Delirbehandlung durch Kausaltherapie der ursächlichen bzw. auslösenden somatischen Faktoren sowie nichtpharmakologische Maßnahmen angestrebt. Wenn Symptome wie massive psychomotorische Unruhe oder Wahn darauf nicht ansprechen, ist eine symptomorientierte Anwendung von Antipsychotika indiziert. Dies geschieht nach der Devise „so niedrig dosiert und so kurz wie möglich“, aber auch: „so viel wie nötig“. Durch ein solches Vorgehen kann das Risiko unerwünschter Wirkungen deutlich reduziert werden, gleichwohl muss auf diese sorgfältig geachtet werden. Eine länger- oder gar langfristige Gabe von Antipsychotika ist beim Delir nicht indiziert.

Abweichend davon erfordern Entzugsdelirien bei Alkohol- bzw. Sedativaabhängigkeit eine frühzeitige (oder noch besser vorbeugende) Anwendung von Benzodiazepinen mit einem Ausschleichen im Verlauf der Behandlung.

Der Umgang mit Psychopharmaka in Pflegeheimen ist zweifellos ein medizinisch und gesundheitspolitisch bedeutsames Thema, konnte an dieser Stelle aber nicht vertieft werden (siehe Vorbemerkung).

Frage: Welche Qualifikation haben in Ihrem Haus die Delir-Nurses?

Antwort: In Bielefeld oder Stuttgart sind es Pflegekräfte die altersmedizinisch/psychiatrisch/intensivmedizinische Vorerfahrung haben. In Mainz sind es Pflegekräfte, die die Weiterbildung Fachexperte für Menschen mit kognitiven Störungen und Demenz absolviert haben.

Frage: Können Sie Fortbildungen zum Delirmanagement (bspw. für die Beauftragten) empfehlen bzw. entsprechende Kontakte nennen?

Antwort: z. B. AKTIVER (Stuttgart)/help+ (Bielefeld) für nicht-Intensiv; DIVI für Intensiv. Es gibt aber viele weitere lokale Initiativen.

Frage: Ist die Nebendiagnose Delir abrechnungstechnisch relevant?

Antwort: Sie wird in den meisten Konstellationen im Grouper relevant. Andererseits sind Patientinnen und Patienten, die ein Delir-Risiko haben schon so krank, dass nicht mehr Erlöse generiert werden. Das viel wichtigere Problem ist: die Delir-Verhinderung kann nicht als z. B. OPS kodiert werden – es wäre ja sinnvoll, nicht den Erlös mit einem Delir zu steigern, sondern die Verhinderung seines Auftretens zu belohnen ...

Kommentar: Über die Verweildauerverkürzung (oder zumindest durch das Vermeiden einer Verlängerung) bei guter Betreuung reduzieren sich die Kosten. Bei uns war ein Patient mit Nebendiagnose Demenz bei den Aufenthalten mindestens zwei Tage länger stationär – es rechnet sich bestimmt, das zusätzliche Personal einzusetzen!

Frage: Könnten Sie zum Qualitätsvertrag noch mehr ausführen oder haben Sie Material dazu? – Hat jemand schlechte Erfahrungen beim Abschluss eines Q-Vertrages gemacht?

Antwort: Es ist nicht einfach einen QV abzuschließen; auf folgender Webseite findet man aktuelle Informationen zu abgeschlossenen Qualitätsverträgen:

<https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/weitere-bereiche/leistungsbereiche-qualitaetsvertraege/>

Frage: Sind die Kostenträger bereit, den Mehraufwand zu finanzieren? Besteht auf deren Seite ein Bewusstsein?

Antwort: Dies blieb im Chat offen.

Kommentar: Ich möchte noch auf das Projekt ENROLE-acute hinweisen. Hier wurden Pflegeexpert:innen zur Person-zentrierten Versorgung von Menschen mit Demenz im KH geschult. Aktuell erfolgt die Auswertung der Evaluation www.enrole-acute.de und www.enrole-acute.uni-koeln.de/.

Kommentar: Das Delir-Netzwerk e.V. leistet tolle Arbeit. Bitte werden Sie alle Mitglied! Delir-Netzwerk e. V.: <https://www.delir-netzwerk.de/>

Kommentar: S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“: ist in Arbeit, mit der Veröffentlichung ist 2025 zu rechnen (<https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/delir-im-hoeheren-lebensalter-eine-transsektoral-umsetzbare-interdisziplinaer-interprofessionelle-leitlinie-zu-delir-praevention-diagnostik-und-therapie-beim-alten-menschen>).
