

Das Klinikum Stuttgart auf dem Weg zum alters- und demenzsensiblen Krankenhaus



„**HuBerDa – Handeln
im Hier und Jetzt!
Bereit zum Demenz-
und Alterssensiblen
Krankenhaus**“

Delir im Alter als Qualitätsmerkmal im Krankenhaus

Priv.Doz. Dr. med. Christine Thomas

Ärztliche Direktorin der
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere
Zentrum für Seelische Gesundheit
Krankenhaus Bad Cannstatt –
Tagesklinik und Ambulanz Türlenstr.

Begriffs-Verwirrung

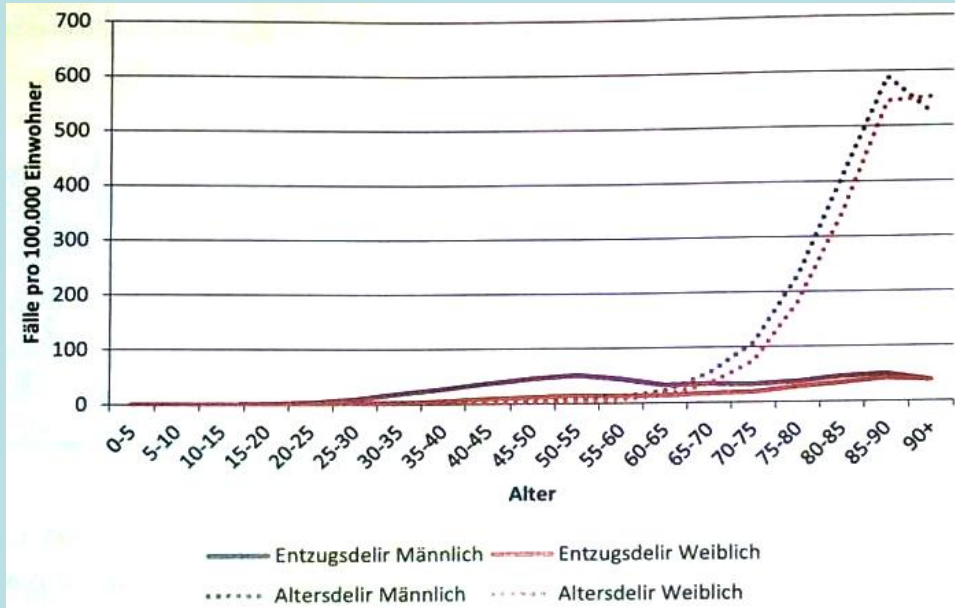
- **akute Verwirrtheit / Desorientiertheit**
- Delir = Entzug psychotroper Substanzen?

„**Delir**“ de lira = abseits des Pfades / „neben der Spur“..

- Karl Friedrich **Bonhoeffer** (1912)
 - „**akute exogene Reaktionstypen**“: *Delir*, Halluzinose,
 - Dämmerzustand
 - Hans Heinrich **Wieck** (1956)
 - prägte den Begriff „**Durchgangssyndrom**“= eine Stufe auf dem Kontinuum der „Funktionspsychosen“
 -?HOPS?/?Altersdemenz? /Alterspsychose?
Paranoia?.....
- **DELIR = akute Verwirrtheit!** (oft im Alter)



Altersabhängigkeit des Delirs



Delirien ohne psychotrop. Substanzen (ICD10: F05)

- mit Demenz F05.1
- post-op. F05.8 (spez. Ursache)

Entzugsdelirien

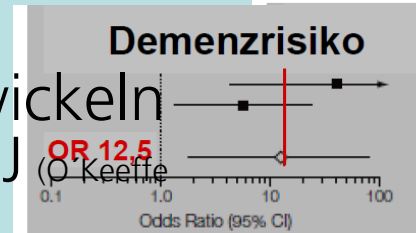
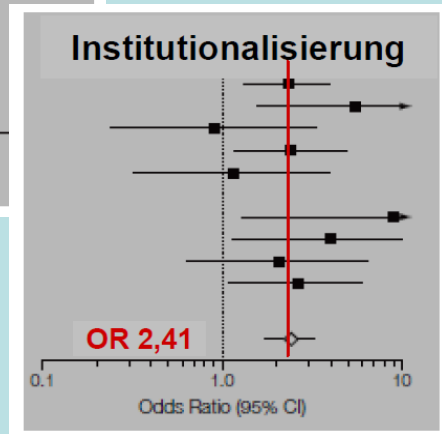
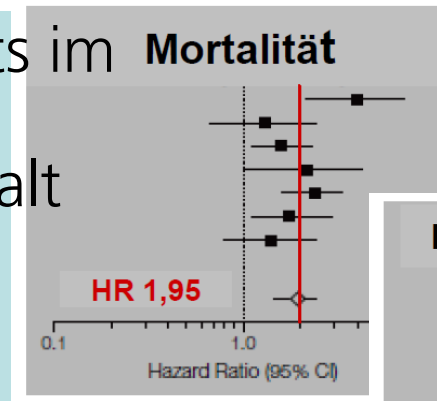
(ICD10: F1x.4)

- Alkohol-Delir F10.4
- Benzo-Entzug F13.4

Klemme N (2012) Bachelorarbeit, Universität Bielefeld

Prognostische Bedeutung

- Zunahme des funktionellen Defizits im stationären Verlauf
- Verlängerter Krankenhausaufenthalt
- Einweisung ins Pflegeheim
- Behandlungskomplikationen
 - Inkontinenz
 - Stürze
 - Dekubitus
- Erhöhte Mortalität akut und im Verlauf (OR 1,86, combined HR 2,54)
- 85% der Delirpat. nach Hüft-Op. entwickeln Demenz oder sterben innerhalb von 2 Jahren (O'Keefe 1997, Inouye 2006, Pitkala 2006, Kat 2008)

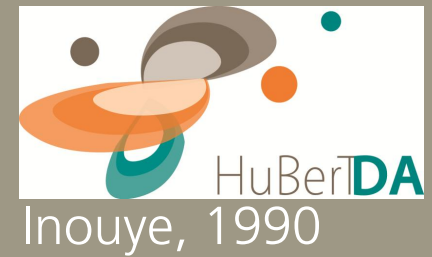


Metaanalyse Witlox 2010

- 16.970 Patienten > 70 J. im KS (2013)
- 39,7% der Pat. kommen als Akutfälle z.T. über INA (KH, KBC, BH in 2013)
- 9,3% Demenz laut SAP codiert → Prävalenz in der Literatur ist 20%!
- Davon 39% „nicht näher bez. Demenzen“ (nicht CMI relevant!)
- 695 Patienten mit Delir codiert → Delirrate 4% → Lit: 10-20%!
- bis 2030 demografischer Anstieg:
65-79 Jährige um ca. 10%, 80 Jährige um > 40%
- Große Studie am Ev.KH Bielefeld (10% d. Aufnahmen):
40% der KH-Pat. >70J. kognitiv beeinträchtigt → Delirrate 15%

- zu seltene Erfassung / Erkennung kognitiv beeinträchtigter Älterer → Risiken werden nicht wahrgenommen
- Defizit in der amb. Vordiagnostik, fehlende Anamnese
→ Fehleinschätzung der Patienten
- Patienten erhalten nicht die bestmögliche Behandlung
→ Zunahme der Komplikationen und der Verweildauer
- Stationsablauf /Arbeitsablauf wird beeinträchtigt
- Gefährdung der primären Behandlungsergebnisse
- Patientenunzufriedenheit, Unsicherheit bei Mitarbeitern
- Zunahme der Mitarbeiterbelastung, erhöhte Fehlzeiten

Diagnostik: Confusion Assessment Method



1. Akuter Beginn und Fluktuation
2. Störung der Aufmerksamkeit
3. Denkstörung
4. Bewusstseinsstörung

**Delirdiagnose:
1+2+3 oder 4**

außerdem werden untersucht (CAM-9)

- Orientierung
- Gedächtnis
- Wahrnehmungsstörungen
- **Psychomotorik**
- Schlaf-Wach-Rhythmus

Sensitivität 97%,
Spezifität 92,5%,
Likelihood Quotient 14,7

➤ deutsche Fassung Thomas/ Hestermann

Psychopathology 2009

Delirscreening – CAM



- 1. Akuter Beginn
UND Fluktuationen
- 2. Aufmerksamkeit
- 3. Desorganisiertes
Denken
ODER
- 4. Bewusstseins-
störung

- 1. **Wichtigster Punkt**
es be
anamnese
akut aufg
- 2. **Störung**
Ist der Pat
kann er se
(Aufgabe
leicht able
Schwankt

Wichtigster Punkt – erklärt
83% des Screening-
ergebnisses

→ Anamnese erheben!

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?)

nein

ja

4. Quantitative Bewusstseinsveränderung

überwach? schläfrig/müde? schwer oder nicht weckbar?

nein

ja

SCREENING-Ergebnis:

Frage 1+ und Frage 2 +, sowie Frage 3 oder 4 +

Vd auf Delir ja?



Delirdiagnostik I = Anamnese!

- Anamnese **und** Fremdanamnese
 - Vorbestehendes Funktionsniveau?
 - Mobilität? Haushalt? Demenzdiagnose?,
- Anwendung standardisierter Verfahren, kognitives Screening
- z.B. IQCode zur Demenzanamnese
 - MMSE, Demtect oderSPMSQ, und Uhrentest
 - Montreal Cognitive Assessment MoCA
 - Erfasst auch subkortikale Defizite
 - In vielen Sprachen www.mocatest.org

Delirdiagnostik II = Anamnese!

- Medikamentenanamnese
 - neue?, Dosisänderung, Einnahme verlässlich?
 - Schlafmittelgewöhnung, Abhängigkeit?
 - Opiate?
- Fluktuationen innerhalb des Tages
- Tag-Nacht-Rhythmusstörungen
- Verhaltensänderungen /Psychomotorik
- > Dokumentation ist entscheidend!

Delirscreening – CAM



- 1. Akuter Beginn
UND Fluktuationen
- 2. **Aufmerksamkeit**
- 3. Desorganisiertes
Denken
ODER
- 4. Bewusstseins-
störung

1. Akuter Beginn und schwankender Verlauf?	nein	ja
Gibt es begründete Hinweise in der Angehörigenbefragung/ Fremdanamnese, dass eine Veränderung des bekannten geistigen Zustandes akut aufgetreten ist und schwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Störung der Aufmerksamkeit	nein	ja
Ist der Patient unfähig, bei der Sache zu bleiben, den Fragen zu folgen, kann er seine Aufmerksamkeit nicht ausdauernd auf etwas richten? <i>(Aufgabe: z.B. Monate rückwärts aufzählen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Desorganisiertes Denken		ja
Schwerf		<input type="checkbox"/>
Ist die		
Ge		
unf		
Ist		
(Ge		
4. Qualitative Bewusstseinsstörung		ja
über		<input type="checkbox"/>
SCREENING-Ergebnis:	Vd auf Delir ja?	
Frage 1+ und Frage 2 +, sowie Frage 3 oder 4 +	<input type="checkbox"/>	

Schwierig korrekt und reliabel zu erfassen.

→ psychometr. Test!

→ Schulung nötig

Hat der Patient Probleme bei der Sache zu bleiben, ist er z.B. abgelenkt oder kann die Fragestellung schlecht beantworten?

- Daueraufmerksamkeit (Arbeitsgedächtnis)
 - Monate rückwärts aufzählen (mind. 7 in Reihe)
 - RADIO rückwärts buchstabieren
 - Gartenarbeit – planerisch
- Aufmerksamkeit lenken
 - Zahlenspanne (vorwärts – mind 5 Zahlen)
 - Zahlenspanne rückwärts (ca 3-4 Zahlen)
- A-Test: A-n-a-n-a-s-b-a-u-m (Faustdrücken)
- Bei Aphasie: Symboltest

→ Dokumentation ist wesentlich!

Delirdiagnose



Screening mit der CAM

- Anamnese, Beobachtung (Fluktuation)!
+ Dokumentation!

→ Delirschulung für alle Teammitarbeiter erforderlich

- Diagnoseüberprüfung (ärztlich, IDCL)
v.a. bei Demenz-Patienten
bei Depression/ psych.
Erkrankung

für ICD 10-Diagnose:
Psychomotorik beachten!

DELIR-SCREENING (I-CAM)

nach Inouye et al. 1990 / Thomas et al. 2011

Patientendaten:

Datum/Uhrzeit: _____

Untersucher: _____

1. Akuter Beginn und schwankender Verlauf?

Gibt es begründete Hinweise in der Angehörigenbefragung/ Fremdanamnese, dass eine Veränderung des bekannten geistigen Zustandes **akut aufgetreten ist und schwankt**?

nein ja

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?

nein ja

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?)

nein ja

4. Quantitative Bewusstseinsveränderung

überwach? schläfrig/müde? schwer oder nicht weckbar?

nein ja

SCREENING-Ergebnis:

Frage 1+ und Frage 2 +, sowie Frage 3 oder 4 +

Vd auf Delir ja?

DIAGNOSEÜBERPRÜFUNG:

5. Psychomotorische Auffälligkeiten

Pat. ist matt, lahm, redet oder bewegt sich **weniger** als sonst _____
Pat ist besonders aktiv, redet oder bewegt sich **mehr** als sonst _____
Pat ist schreckhaft

nein* ja

Untersucher: _____ bestätigt und leitet Maßnahmen ein!

* Wenn Screening und Psychomotorik nicht gleich → 2. Test in 24h!

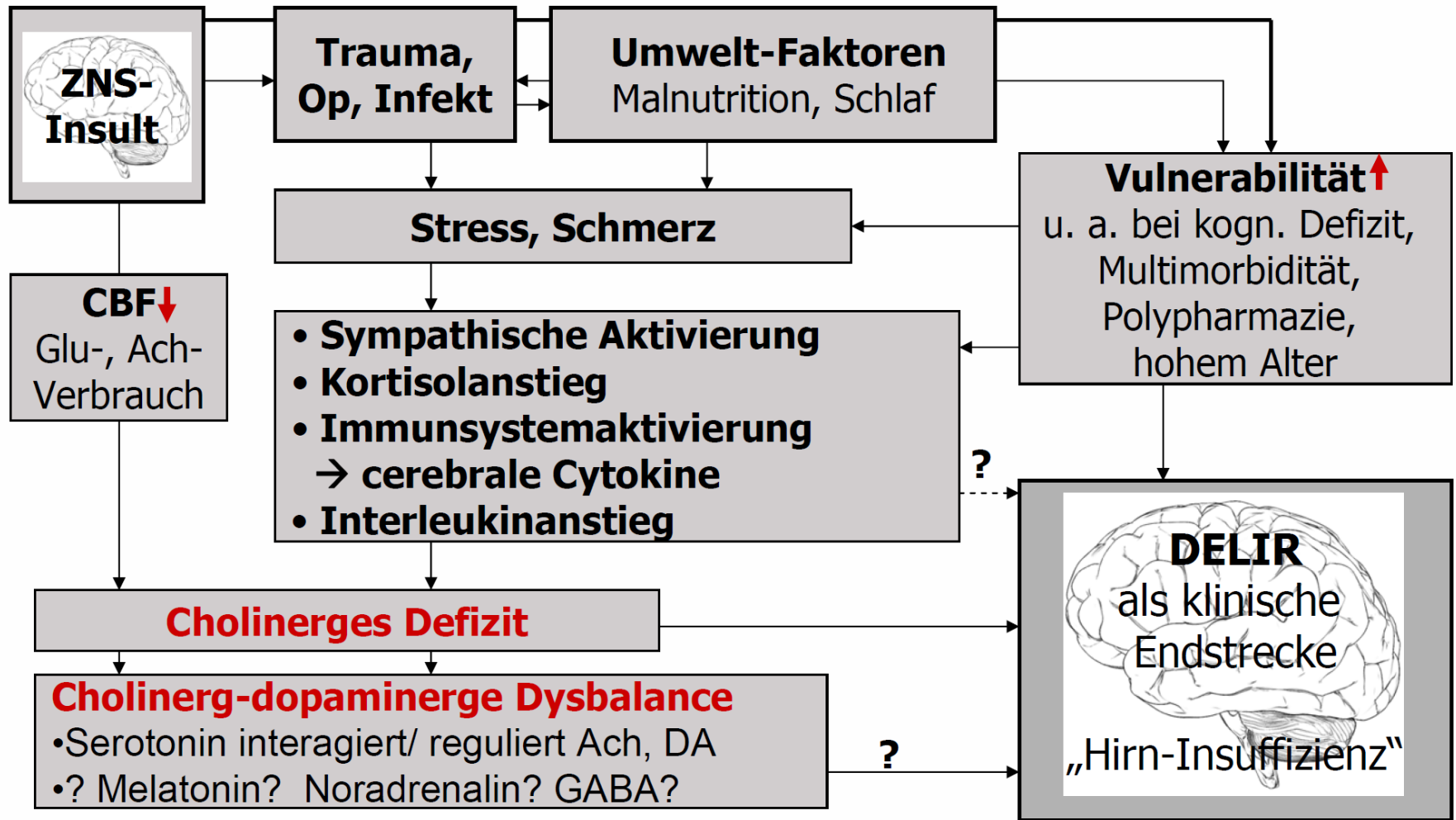
Delir!

(Thomas, Inouye JAGS 2012)

- Schwankungen innerhalb 24h bestätigen die Diagnose!

- hypoaktives Delir (29% / 25%)
 - Müdigkeit, Antriebslosigkeit, pflegeabhängiger, funktionell schlechter, im Alter schlechtere Prognose (Robinson et. al. 2011)?
 - eher übersehen
- hyperaktives Delir (21% / 15%)
 - Halluzinationen, Wehrigkeit, Agitiertheit, Aktivität
 - selten übersehen
- Mischtypen (43% / 50%)
- keine psychomotorischen Veränderungen (7% /)
- subsyndromales Delir

Modell zur Pathophysiologie des Delirs



- mehrere sich potenzierende Ursachen
- gemeinsame Endstrecke Delir

- Alter
- **Cerebrale Vorschädigung**
- Depression
- **Demenz**
- Malnutrition
- **Sensorische Beeinträchtigung**
- **Reduz. Mobilität /ADL-Einschränkung**
- **Multimorbidität**
- **Medikamente (>5)**

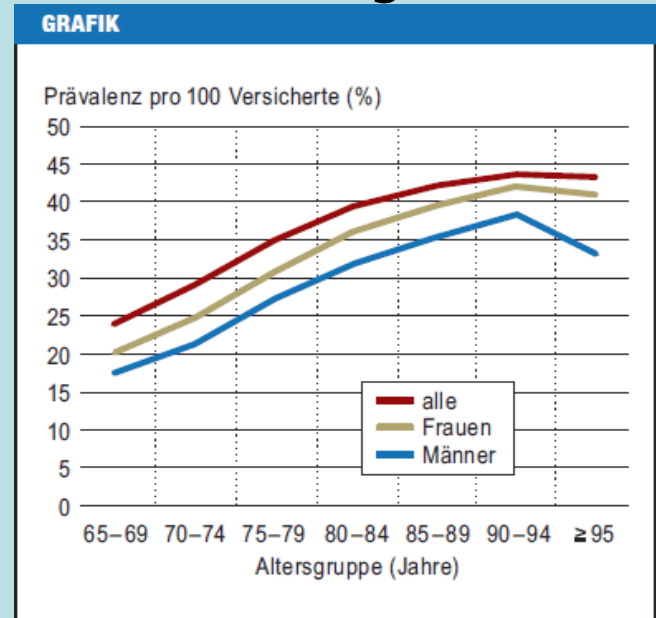
➤ **Prädisposition**

+ **X Auslösefaktoren**
= Delir!

Anticholinerge Wirkung durch

- ACh-Rezeptorblockade, Hemmung der ACh-Freisetzung
- Bluthirnschranke im Alter und bei Infekten durchlässiger!

- Atropin, Scopolamin
- Antihistaminika
- Parkinson-Medik.
- Spasmolytika
- Antidepressiva
- Neuroleptika
- Benzodiazepine
- Antihypertensiva
- Digitalis
- Antibiotika
- Kortikoide
- Opioide
- Antikonvulsiva
- Urologika



Ein-Jahres-Periodenprävalenz von PIM nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2007

➤ 30% der Patienten hatten potentiell inadäquate Medikamente PIM

www.priscus.net

– Negativliste

• FORTA-Klassifikation

Burkhardt / Wehling

- Positivbewertung
- Qualitätsverbesserung
- geringe Med.reduktion
- 22% Fehlmed.

ORIGINALARBEIT Dtsch Arztebl 2010; 107(31-32): 543-51

Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste

Stefanie Holt, Sven Schmiedl, Petra A. Thürmann

Präparatengruppe

Diuretika

Betablocker

ACE-Hemmer

AT-II-Blocker

Langwirksame Kalziumantagonisten



FORTA

B

B

A

A

A

erapamil-Typ

D

C

C



Nicht-medikamentöse Strategien zur Delirprävention bzw. zur Aktivierung bei Demenz

- Vermeidung anticholinerger, delirogener Medikation
- Reduktion vermeidbarer Delirauslöser wie Schmerzen, Flüssigkeitsmangel, Stress, Immobilisation
- Verbesserung der Teilhabe älterer Patienten am Alltag und den Krankenhausabläufen –
 - Hilfsmittel (Hörgerät, Brille, Uhr, Infobrett)
 - aktivierende Pflege, Re-Orientierung
 - Mobilisation
 - Tag-Nacht-Rhythmus-Erhalt
- Soziale Beratung/ Entlassmanagement



➤ **Alltagstätigkeiten, aber oft Veränderungen im Ablauf und Schulung nötig!**

Hospital Elder Life Program

Inouye 2000



- Tägliche Aktivierung (Reorientierung, Kommunikation, soziale Unterstützung), Mobilisierung
 - Unterstützung bei Flüssigkeits-/ Nahrungsaufnahme
 - Multiprofessionelle geriatrische Behandlung (nurse pract.)
 - Schulung für Ärzte und Pflege, pat.orient. Abläufe)
 - Geleistet durch ehrenamtliche Helfer
- **EvKB Bielefeld:** mit Konsil-Liaison-Arzt
- durch FSJ, Bufdis, Ehrenamtliche
 - Fachspezifisch adapt. Interventionen



Reduktion der Delirinzidenz ca 30%



Klinikum Stuttgart

Hospital Elder Life Program

Inouye 2000



- Tägliche Aktivierung (Reorientierung, Kommunikation, soziale Unterstützung), Mobilisierung
- Unterstützung bei Flüssigkeits-/ Nahrungsaufnahme
- Multiprofessionelle geriatr. Behandlung (nurse pract.)
- Schulung für Ärzte und Pflege, pat.orientierte Abläufe)
- Geleistet durch ehrenamtliche Helfer

➤ **EvKB Bielefeld:** mit Konsil-Liaison-Arzt

- durch FSJ, Bufdis, Ehrenamtliche
- Fachspezifisch adapt. Interventionen



➤ **50-70% unserer Patienten sind älter als 70 J.**

- Deliriumsinzidenz > 30 % reduziert (Inouye 2006, Rubin 2011)
- Reduktion deliranter Episoden und der Tage mit Delir
- Reduktion des Funktionsverlustes im Krankenhaus
- kosteneffiziente Krankenhausbehandlung
 - \$830 Ersparnis pro Pat im D. (Leslie 2005)
- Delirprävalenz im EvKB (Chir.)
 - Von 30,1% → 10,7% reduziert
- Deutliche verbesserte Behandlungsqualität
- Erhöhte Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit -12h/d
- Kompetenzgewinn für Mitarbeiter und Angehörige



Behandlung der Auslöser (Evidenz A)

- Infektionstherapie
- Schmerztherapie
- Absetzen anticholinergener Medikamente
- Reorientierung, Aufklärung
- Erhalt sensorischen Inputs (Hörgerät, Brille)
- Unterstützung der Tag-Nacht-Rhythmik

Prophylaxe von Komplikationen (A)

- Aktivierung und Mobilisierung
- Vermeidung von Katheter und Fixierung
- Erhalt von Routinen / Einbezug der Angehörigen

➤ **Auslöser beseitigen!**

Beim multimorbiden älteren Patienten (B):

- Haloperidol 0,5–1 mg 2- bis 4-mal/Tag (1. Wahl - B)
- Risperidon 0,25–1 mg 2-mal/Tag
- Lorazepam 0,5–1 mg 3-mal/Tag (2. Wahl - B)
- Bei prolong. Delir ggf Cholinesterasehemmer (C)

Bei Morbus Parkinson, Lewy-Körperchen-Demenz (B):

- Quetiapin 25–75 mg 2-mal/Tag
- Clozapin 6,25–50 mg 1- bis 2-mal/Tag

Für den Alkoholentzug (A):

- Diazepam 10 mg 4- bis 6-mal/Tag
- Carbamazepin, Clonidin adjuvant

➤ **Start low – go slow – but go!**

➤ **(and stop!)**

Symptome

Beginn	plötzlich
Verlauf / Dauer	akut / Tage – Wochen, i. d. R. reversibel
Bewusstsein / Vigilanz	eingeschränkt
Aufmerksamkeit	deutlich gestört
Orientierung / Gedächtnis	gestört, bei Demenz schlechter als vorher
Psychotische Symptome	möglich, z.B. Halluzinationen oder wahnhaftes Situationsvermögen
Psychomotorik*	gesteigert oder gemindert
Schlaf-Wach-Rhythmus	oft gestört, z.T. verschobener Tag-Nacht-Rhythmus
Weitere mögliche Symptome	Ängste, Gereiztheit, emotionale Labilität, Sprachstörungen, Alpträume

Die Ausprägung der Symptome fluktuiert typischerweise im Tagesverlauf, oft mit abendlicher oder nächtlicher Verschlechterung.

*Unterscheide: hyper-/hypoaktives und gemischtes Delir

Mögliche Ursachen

Ein Delir entsteht durch das Zusammenwirken prädisponierender Faktoren und akuter Erkrankungen.

- Prädisponierende Faktoren sind v.a.:
- ▣ Hohes Alter
 - ▣ Demenz
 - ▣ Seh- oder Hörbehinderung
 - ▣ Multimorbidität
 - ▣ Polypharmazie (v.a. anticholinerge Med.)
- Akute Auslöser können sein:
- ▣ Infektionen
 - ▣ Anämie
 - ▣ Exsikkose
 - ▣ Depression
 - ▣ Immobilität
 - ▣ Flüssigkeitsmangel
 - ▣ Entzug (z.B. Benzodiazepine)
 - ▣ Akute Erkrankungen
 - ▣ Umgebungswechsel
 - ▣ Neue Medikamente

Delir (ICD F05.0), postoperativ (F05.8) bei Demenz (F05.1)

Therapie

A. Nicht-medikamentös (auch präventiv)

1. Aktivierung
2. Mobilisierung
3. Förderung der Sensorik (z.B. durch Seh- und Hörgeräte)
4. Entspannung/Reizabschirmung und Unterstützung des Tag- / Nacht-Rhythmus

B. Medikamentöse Behandlung

Substanz	Dosierung	Spezielle Indikation/Bemerkung
Haloperidol* (Haldol®)	0,5–1 mg 2–4 × /d	
Risperidon* (Risperdal®)	0,25–1mg 2 × /d	
Quetiapin (Seroquel®)	25–75mg 2 × /d	bei M. Parkinson / Lewy-Body-Demenz
Lorazepam (Tavor®)	0,5–1mg bis 3 × /d	nur bei stärkster Agitation/Unruhe/Angst
Pipamperon* (Dipiperon®)	fraktioniert bis 120mg/d	bei Unruhe, zum Schlafanstoß

* kontraindiziert bei M.Parkinson und Lewy-Body-Demenz!

Nicht-medikamentöse Maßnahmen (siehe Punkt A) sind oft effektiver als medikamentöse Behandlungen und sollten bevorzugt werden. Indikationen für eine medikamentöse Behandlung sind unkontrollierbare Agitation u./o. Angst des Patienten (z.B. bei Halluzinationen) und Gefahr für Patienten oder Umfeld.

- Bei älteren Patienten **vermieden** werden sollten:
- Benzodiazepine (v.a. langwirksame wie Diazepam)
 - Promethazin (Atosil®)
 - Levomepromazin (Neurocil®)
 - trizyklische Antidepressiva (z.B. Trimipramin, Doxepin)
 - Diphenhydramin (z.B. Vivinox®)
 - Clomethiazol (Distraneurin®)

Pat. mit bestehender / schon ambulant verordneter o. g. Medikation sollten diese jedoch zunächst weiterhin erhalten, da bei abruptem Absetzen das Risiko von Absetzerscheinungen, insbesondere im Fall von Benzodiazepinen auch das Risiko eines Entzugdelirs besteht!

Weitere Informationen im Intranet.
Bei Bedarf gerontopsychiatrisches Konsil (Fax 78527)



➤ Kitteltaschenkarten als Erinnerungshilfe für Ärzte und Schwestern

Was ist hilfreich für die Angehörigen zu wissen?

- Sehr quälend für Beistehende
- Veränderung des Verhaltens und Denkens als Zeichen, dass medizin. Probleme die Hirnfunktion beeinträchtigen
- Keine neue psychiatrische Erkrankung
- Häufig in den letzten Wochen des Lebens (bis 90%)
- Kann zu Agitation aber auch zu Inaktivität und Schläfrigkeit führen (keine Depression)
- Kann das Erkennen von Schmerzen u.a. Symptomen erschweren
- Abwägen der Behandlungsziele: Wachheit mit ggf. Agitation vs. Sedierung

➤ ausführliche Information und angeleitete Einbindung in die Versorgung entlastet Pflege und Angehörige

Einfluss täglicher Aktivitäten

- Delirrisiko bei regelmäßiger Aktivierung geringer
- Körperliche Aktivierung hat den höchsten Effekt
- Soziale Bezüge sind wichtig
- Regelmäßige Aktivitäten sind Mediatoren der bildungsbedingten Risikoreduktion
- Schlafstörungen sind ein unabhängiger Risikofaktor (Todd et al in press)

Table 3. Cumulative Risk for Delirium for Activity Items (N = 779)

Activity	Model 1	Model 2
	Individual Activity Items with Control Variables [†]	All Activity Items with Control Variables [‡]
	Odds Ratio (95% Confidence Interval)	
Exercise regularly	0.72 (0.58–0.91)**	0.76 (0.60–0.96)*
Work in garden or yard	0.99 (0.75–1.29)	1.07 (0.81–1.43)
Work at a hobby	0.90 (0.71–1.14)	0.94 (0.74–1.20)
Go out for entertainment	0.88 (0.67–1.16)	1.07 (0.80–1.45)
Read books, magazines, or newspapers	0.77 (0.59–1.00)*	0.81 (0.62–1.06)
Work at a job (paid or unpaid)	0.79 (0.57–1.09)	0.83 (0.59–1.17)
Play cards, games, or bingo	0.85 (0.65–1.11)	0.88 (0.66–1.17)
Go to religious services or activities	0.86 (0.63–1.17)	0.97 (0.70–1.34)
Visit relatives or friends	0.71 (0.53–0.93)*	0.74 (0.54–1.03)
Participate in any group	1.05 (0.78–1.41)	1.27 (0.92–1.77)
Education, years		0.95 (0.89–1.00)
Sex (reference: male)		1.13 (0.74–1.72)
Age		1.02 (0.99–1.05)
Charlson comorbidity score		1.43 (1.02–1.99)*

* $P < .05$; ** $P < .01$.

Yang 2008

Die Regeln des „erfolgreichen Altern“ reduzieren auch das Delirrisiko

Fazit

- Diagnostische Kompetenz – Demenzscreening / Delirierkennung
- Risikopatienten identifizieren (>70J.,MMSE-,Sensorik-,Niere-)
- KH-Abläufe überdenken
- Aktivierung! = Komplikation vermeiden!
- Wissen um Diagnostik und Behandlungsoptionen der Demenz
- Ressourcen nutzen/ erhalten!
- Alters-/ lebensgerechte Diagnostik- und Therapieplanung sowie Versorgung



You Can Help Prevent Delirium

What is delirium?

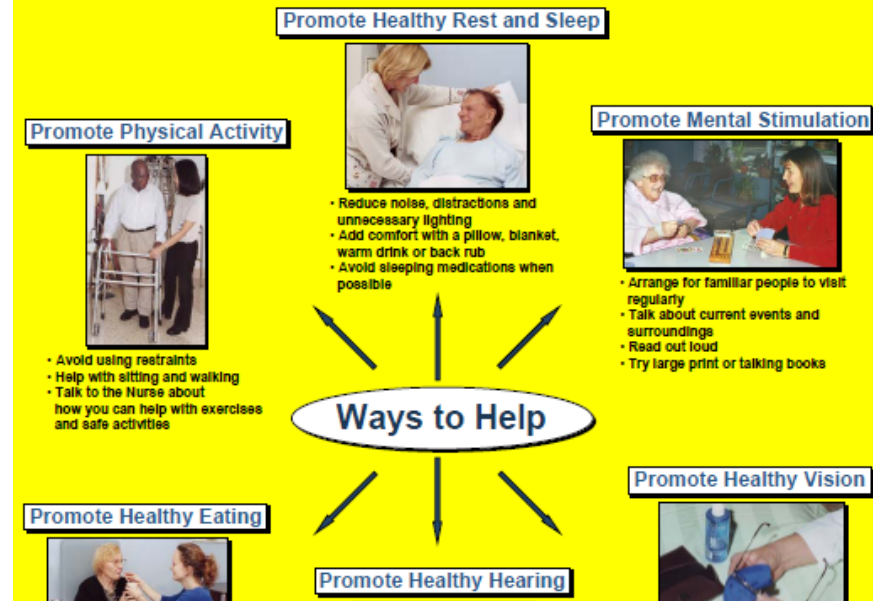
Delirium is a sudden confused state of mind. It is a common problem in older people in the hospital. Delirium can be prevented and treated.

What does delirium look like?

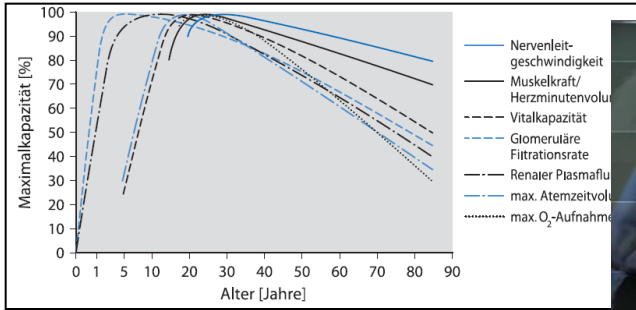
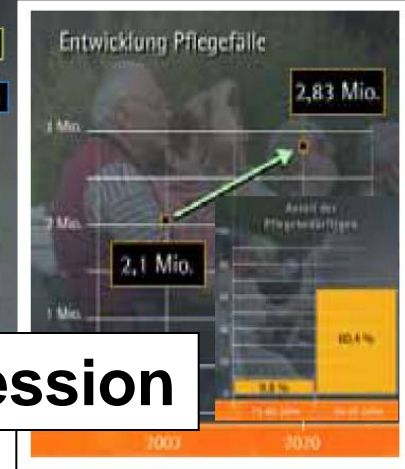
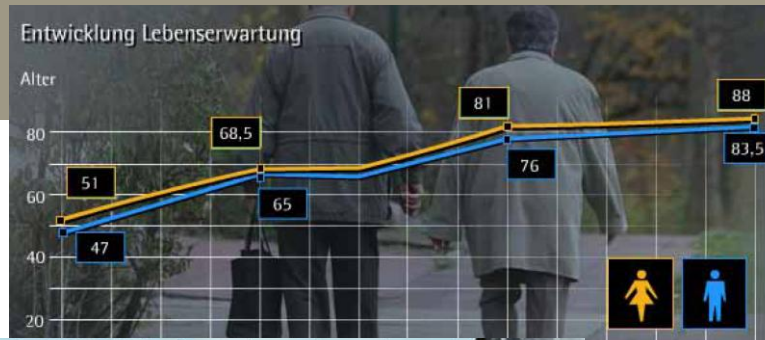
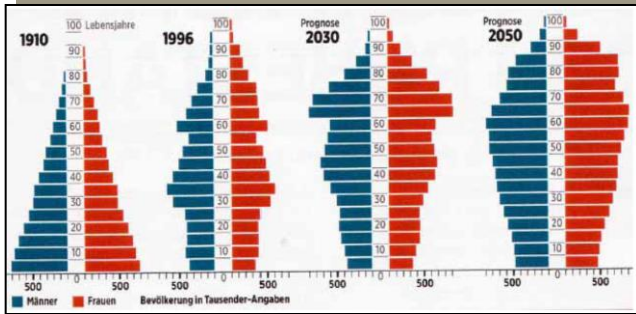
People with delirium can act confused and may:

- be restless and upset
- slur their speech
- not make any sense
- act differently
- drift between sleep and wakefulness
- have trouble concentrating
- see and hear imaginary things
- be unaware of surroundings
- mix up days and nights
- be forgetful

What can you do?

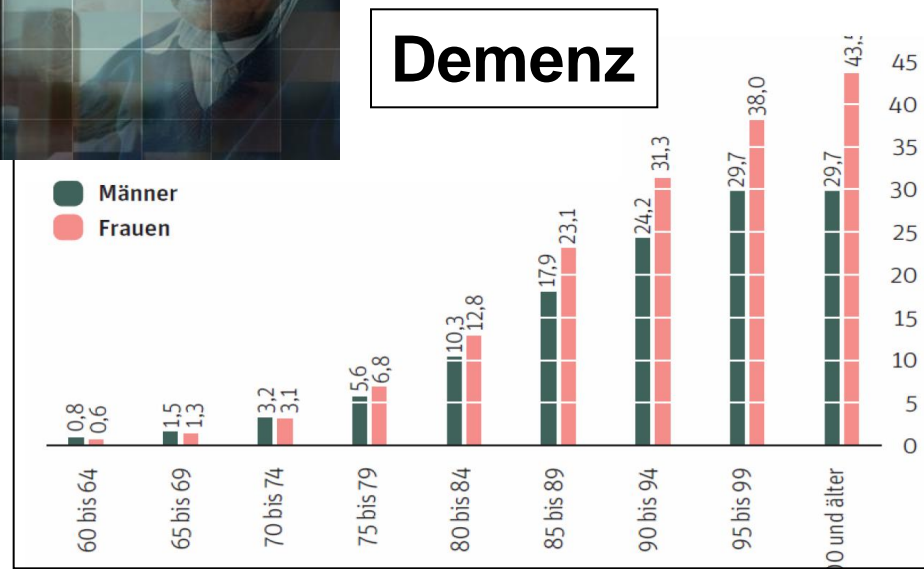
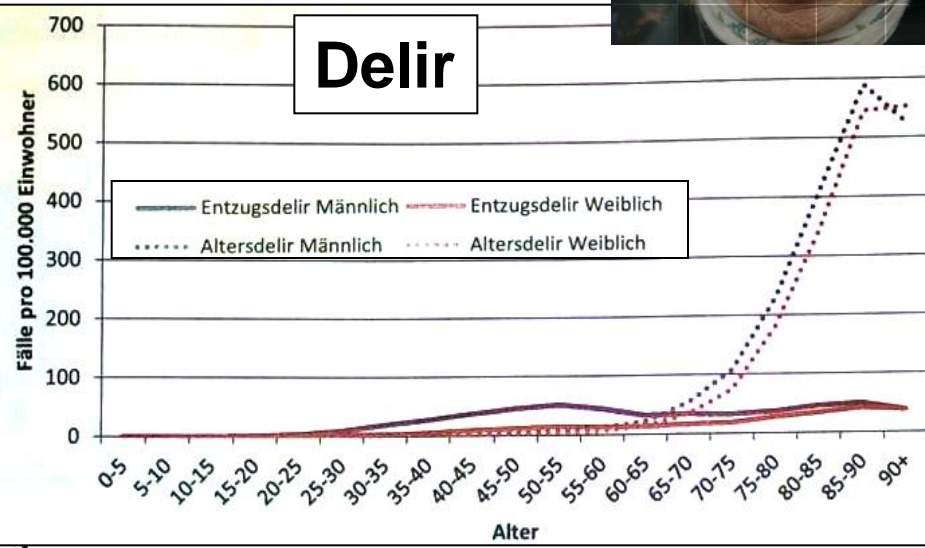


Herausforderungen des Alters



Depression

Demenz



Gerontopsychiatrische Fachkompetenz

- Demenzdiagnostik u. –beratung, Begleitung (Ethik) (stat., Tagesklinik, Ambulanz)
- Delirvermeidung, -diagnostik und -therapie
- Multimodale Depressionsbehandlung, Psychotherapie, Soziales, Veränderungsmotivation!

Geriatrische Fachkompetenz

- Beratung und Begleitung bei interdisz. Diagnostik und Medikation

Physio-/ Ergotherapie (Alltagsfunktion, Muskelaufbau, Reha)

Angehörigeneinbezug und –schulung

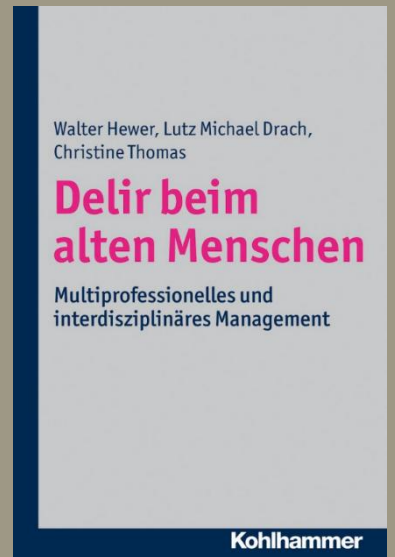
➤ **Optimale Patienten- und Erkrankungsbezogene Diagnostik und Behandlung**

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Wir bauen auf Ihre
Unterstützung
des HuBertDA-Handelns!



Zur Info:
Im Sommer 2016
erscheint:



c.thomas@klinikum-stuttgart.de