

Menschen mit Demenz: Wann sind Hospitalisierungen sinnvoll und nötig – und wann nicht?

Weiterbildungsveranstaltung

Mit der Nebendiagnose im Akutspital,

der Schweizerischen Alzheimervereinigung, Olten, 11.11.2015

PD Dr. med. Georg Bosshard

Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin spez. Geriatrie

Leitender Arzt, Klinik für Geriatrie

UniversitätsSpital Zürich

georg.bosshard@usz.ch



UniversitätsSpital
Zürich

Vortragsübersicht

Einleitung

Strukturelle Faktoren

Besonderheiten der Betreuung von Patienten mit fortgeschrittener Demenz

Herausforderungen im Pflegeheim

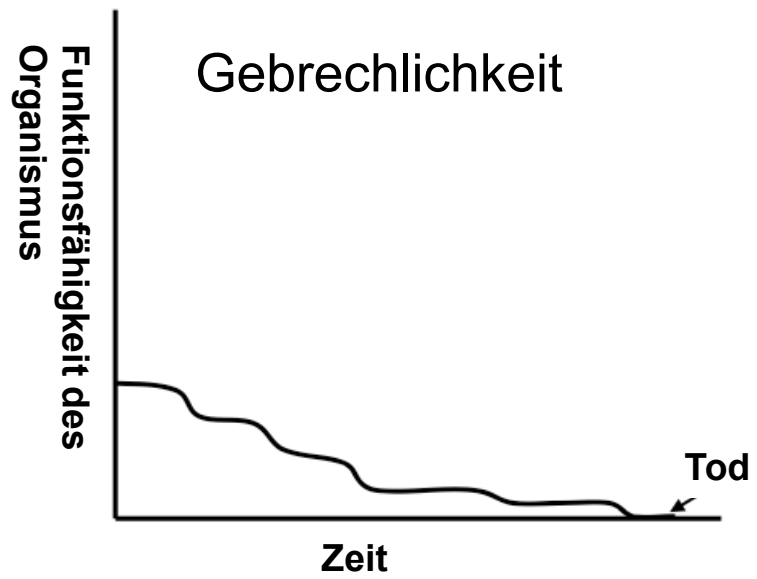
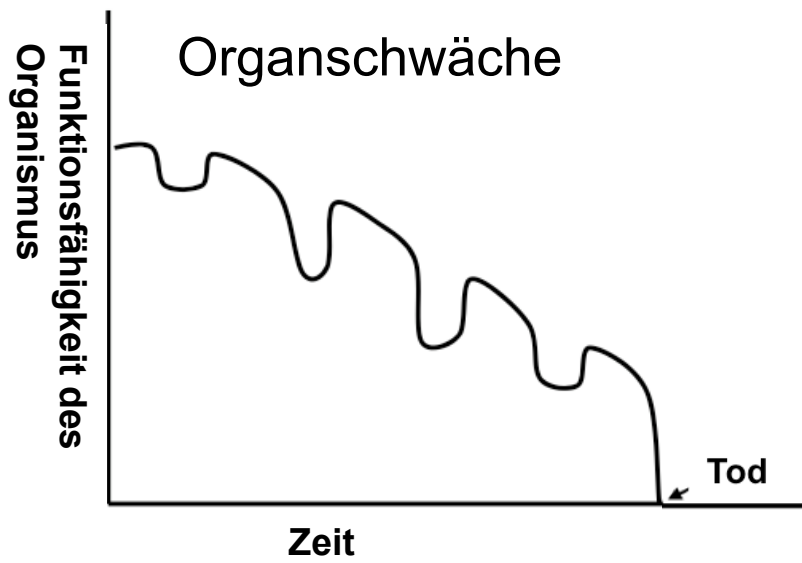
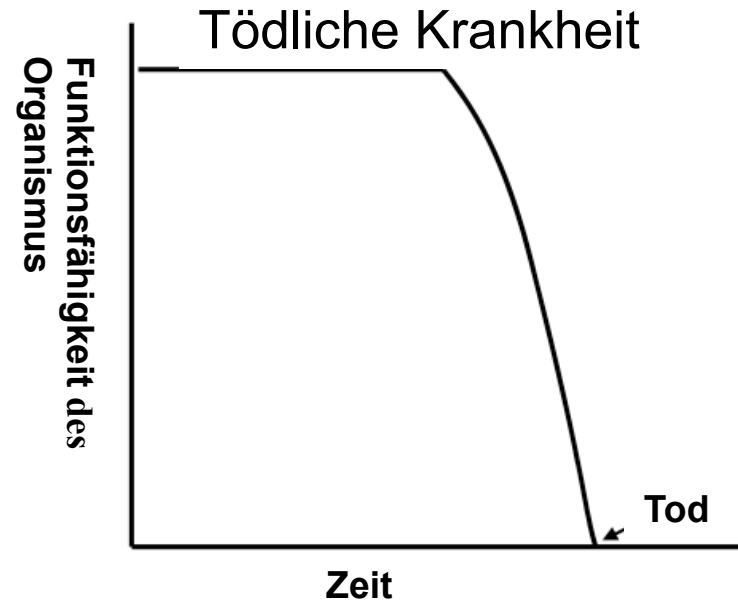
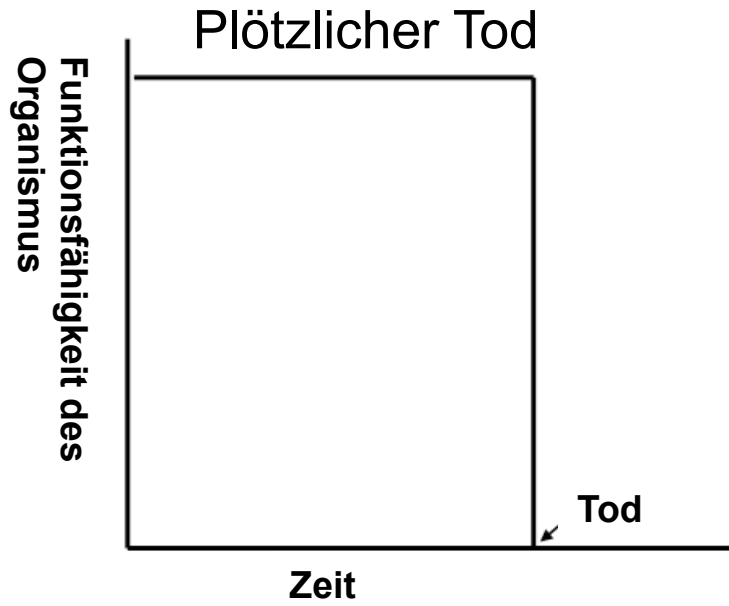
Herausforderungen im Spital

Lösungsansätze

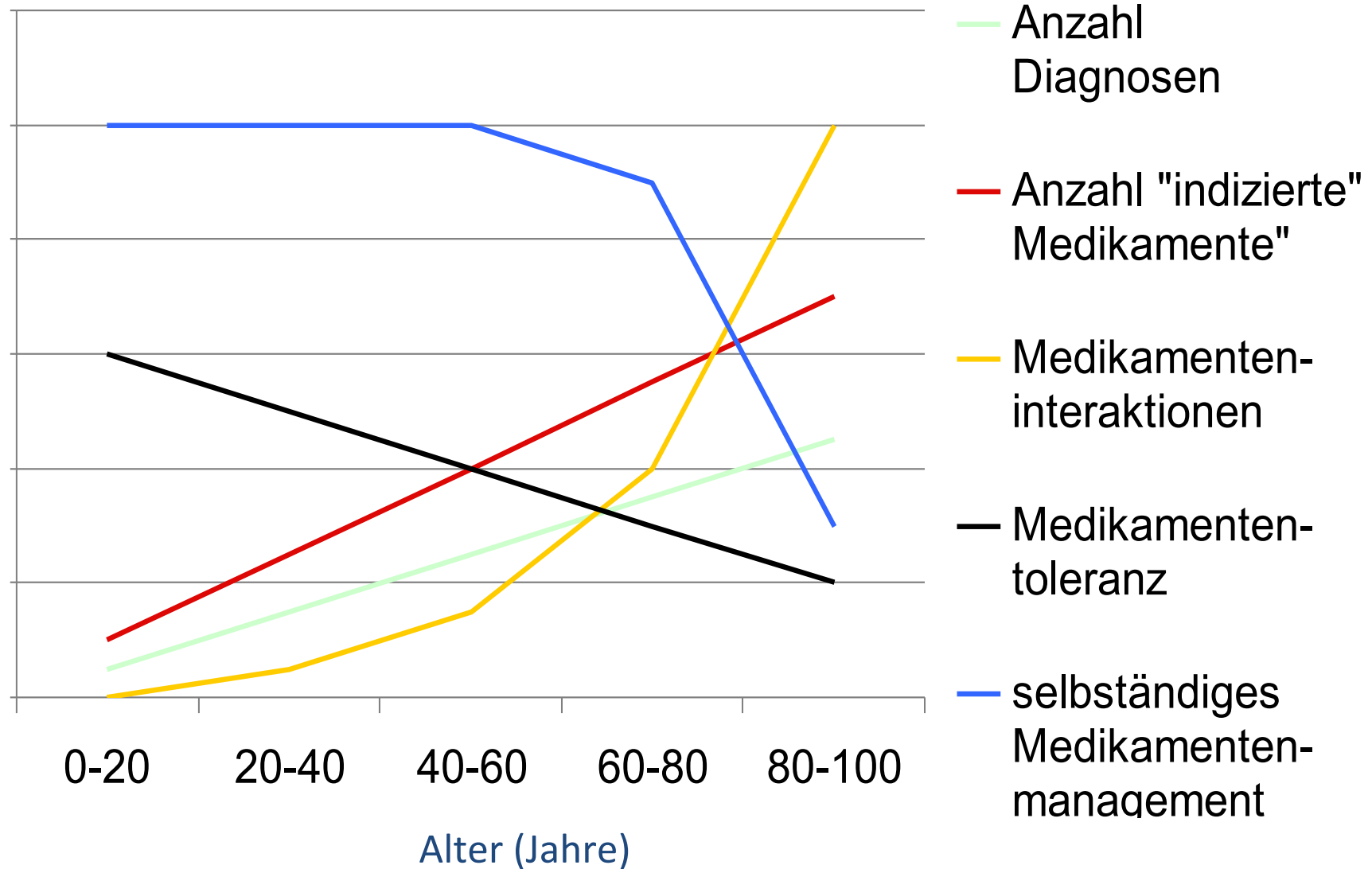
Zusammenfassung

(Fallbeispiele)





Medizinische Herausforderungen bei fortschreitendem Alter resp. fortschreitender Multimorbidität unserer Patienten



Gründe für unangebrachten Überaktivismus in der Medizin

- Angst, „etwas zu versäumen“
- Furcht, verklagt zu werden
- Abarbeiteten eine Routine
- Glaube, dass der Patient erwartet, dass man etwas tut
- Finanzielle Eigeninteressen des Arztes und / oder der Pharmaindustrie

Hurst S (2014) Smartermedicine.ch. Schweiz Ärztezeitung 95:1252



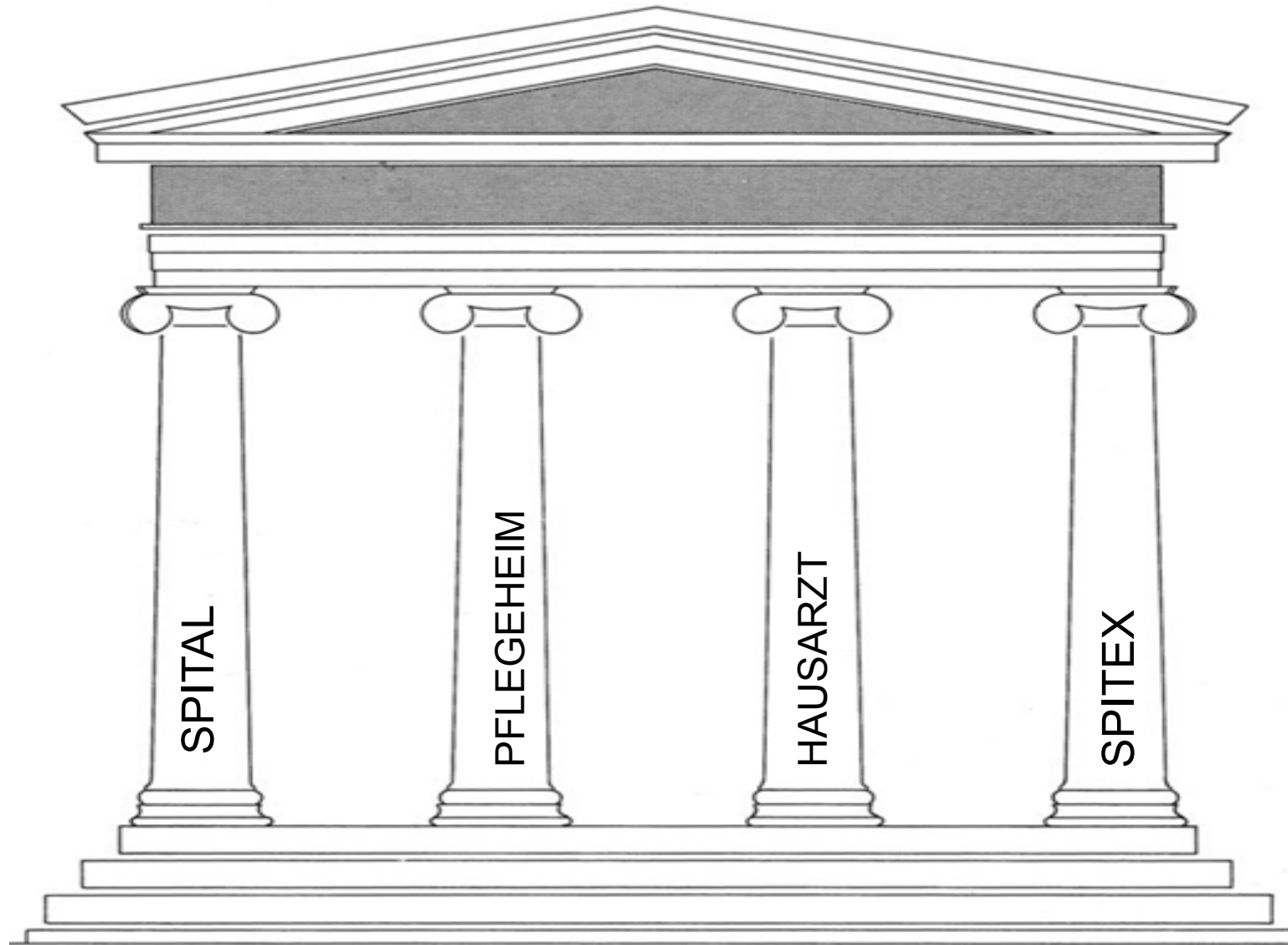
Nichtstun in der Medizin

- In der Art, wie wir heute Medizin betreiben, hat das Tun gegenüber dem Nichtstun einen markant einfacheren Stand: Nichts-Tun ist schwieriger zu rechtfertigen als Tun.
- Gefordert wird demgegenüber die grundsätzliche Gleichstellung von Handeln und (bewusstem) Nicht-Handeln.
- Mit dieser Haltung assoziierte Tugenden:
 - Bescheidenheit
 - Besonnenheit
 - Gelassenheit

Gerber B (2014) Nichtstun in der Medizin. Schweiz Ärztezeitung 95:35-37

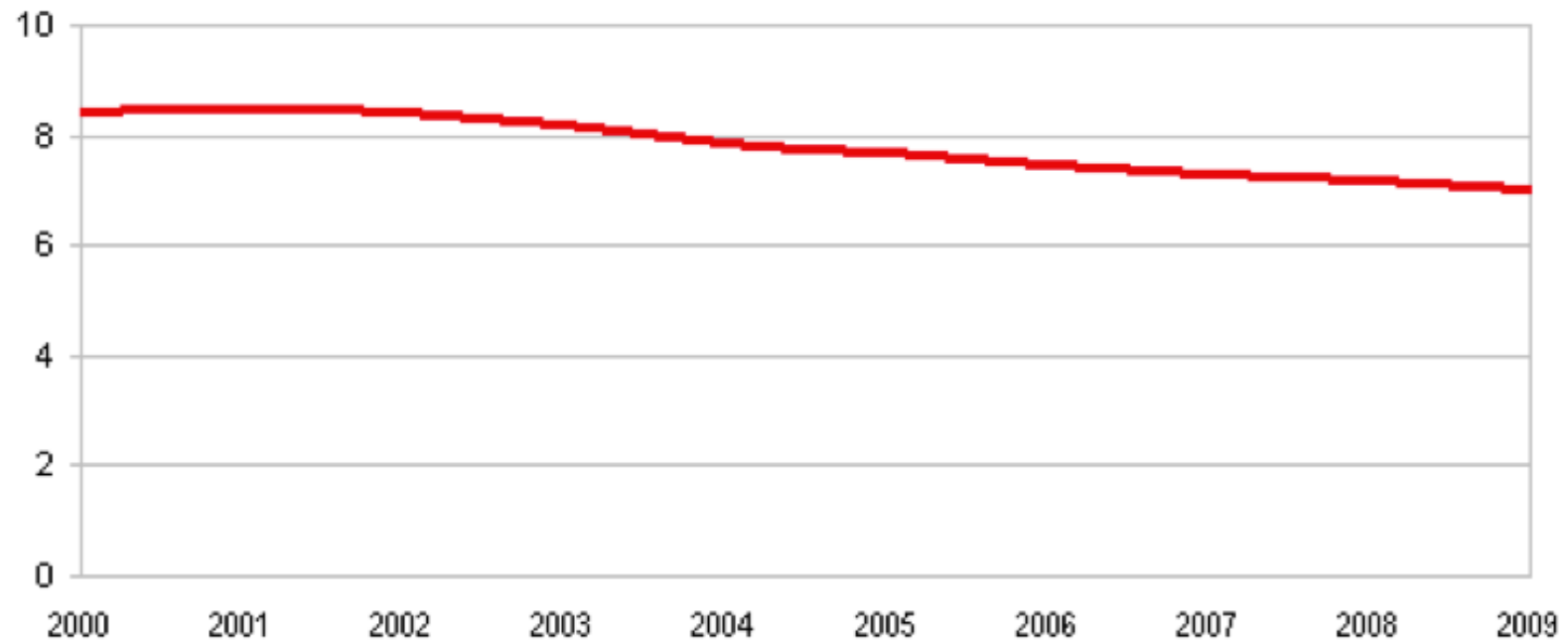


4 Säulen der Gesundheitsversorgung geriatrischer Patienten



Entwicklung der Spitalaufenthaltsdauer in Schweizer Spitälern, 2000 – 2009

Mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser,
Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP)

© Obsan 2011



UniversitätsSpital
Zürich



Spital: Verkürzte
Aufenthaltsdauer



zu Hause: «ambulant
vor stationär»



Pflegeheim: Die eintretenden Patienten sind
stärker pflegebedürftig, kränker und instabiler



Differentialdiagnose der Kognitionseinschränkung resp. „Verwirrtheit“ im Alter:

- Delir
- Demenz
- Depression
- andere:
 - Medikamentennebenwirkung / Polypharmazie (!)
 - Psychiatrische Erkrankungen, z. B. Schizophrenie
 - Intracerebrale Blutung (SDH), cerebrale Ischämie
 - Nicht konvulsiver Status epilepticus (NKSE)
 - etc.
 - PS: «Pseudoverwirrtheit»: Pat. will nicht so, wie Doktor oder Pflege gerne möchten...



Definition Demenz nach ICD 10

- Gedächtnisstörung
- weitere kognitive Störung
- kein Delir
- dadurch bedingte Beeinträchtigung der Alltagsfähigkeiten
- seit mehr als 6 Monaten bestehend



Definition Delir

Psychiatrisches Syndrom, charakterisiert durch:

- akut oder subakut auftretenden Verwirrheitszustand
- Aufmerksamkeitsstörung
- Halluzinationen
- Ursächlich oft exogene Noxe (Medikamente) oder somatische Erkrankung (Infektionen, Schmerzzustände, Dehydratation, etc)
- Gute Prophylaxemöglichkeiten; bei rechtzeitiger Einleitung von Therapiemassnahmen meist gute Prognose



Art. 378 Schweizerisches Erwachsenenschutzrecht

¹ Die folgenden Personen sind der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten und den vorgesehenen ambulanten oder stationären Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern:

1. die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person;
2. der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen;
3. wer als Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
4. die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
5. die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
6. die Eltern, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
7. die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten.

Die Freiheit, unvernünftige Entscheidungen zu treffen...



Wie verbindlich ist eine Patientenverfügung von Menschen mit Demenz?

„Wenn gewichtige Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Patientenverfügung nicht mehr dem Willen des Patienten entspricht, müssen diese unter Einbezug der Vertretungspersonen und Angehörigen sorgfältig abgeklärt werden. Anhaltspunkte für eine Willensänderung können sein: (...)

- Das Verhalten eines urteilsunfähigen Patienten wird als dem in der Patientenverfügung festgehaltenen Willen zuwiderlaufend empfunden. Insbesondere bei Patienten mit Demenz können ernsthafte Zweifel aufkommen, ob der in der Patientenverfügung geäußerte Wille dem mutmasslichen Willen entspricht.“

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2009)
Patientenverfügungen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen

„Scharfe“ Patientenverfügungen

(...) "Sollte der behandelnde Arzt, die betreuende Pflegekraft oder das Behandlungsteam auf Grund meiner Gesten, Blicke oder Äusserungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen dieser Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte [...], so wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird, es sei denn, mein Patientenvertreter erkläre ausdrücklich und unmissverständlich, dass ich meinen Willen geändert habe.

Sollte der behandelnde Arzt, die betreuende Pflegekraft oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patienten-verfügung geäusserten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Patientenvertreter erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert bzw. alle erforderlichen, auch prozessualen Massnahmen ergreift, damit mein Wille durchgesetzt wird."



Lebensqualität bei fortgeschrittener Demenz?

- “Mein Vater war früher ein eher gehemmter, ja verklemmter Mensch. Die Demenz hat ihn grundlegend verändert. In letzter Zeit habe ich ihn erstmals in meinem ganzen Leben gelöst und herzlich erlebt. Ich glaube tatsächlich, er hat im Moment eine der besten Zeiten seines Lebens.”
- “Meine Mutter musste immer sehr hart arbeiten, um durchzukommen. Das hat sie geprägt. Erst in den letzten Jahren im Pflegeheim hat sie ihre weiche Seite nach aussen gekehrt, und ich habe mit ihr noch eine Form der Beziehung erleben dürfen, die früher so nie möglich gewesen wäre.”

Lebensend-Verlauf der Demenz

- Prospektive Studie über 18 Monate mit 323 >60-jährigen Pflegeheimbewohnern mit fortgeschrittener Demenz: CPS Stufe 5 oder 6 (entspricht MMS ≤ 5 Punkten), GDS Stufe 7 (Familienmitglieder nicht mehr erkannt, minimale verbale Kommunikation, vollständige Pflegebedürftigkeit, Stuhl- und Urininkontinenz, Unfähigkeit ohne fremde Hilfe zu gehen).
- Resultate: 6-Monate-Mortalität 25%, mittleres Überleben 1.3 Jahre. Die meisten Todesfälle waren unabhängig von kardialen Ereignissen (z. B. Herzinfarkt), Dekompensation einer Herzinsuffizienz oder dem Endstadium einer Krebserkrankung. 86% der Untersuchten im Beobachtungszeitraum hatten Probleme mit der Ernährung, 50% hatten mindestens 1x eine Pneumonie. Diese Ereignisse waren mit einer zusätzlichen Erhöhung der Mortalität verbunden.
- Schlussfolgerung: „Dementia is a terminal illness“.
Ernährungsprobleme und Infekte sind Komplikationen der todesursächlich verantwortlichen Grundkrankheit Demenz (vergleichbar einem metastasierenden Krebsleiden oder einer Herzinsuffizienz Stadium IV).

Mitchell SL et al (2009) The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 361:1529-1538.

Hospitalisationen aus Pflegeheimen – vermeidbar?

Diagnosen, bei welchen eine Hospitalisation eines / einer PflegeheimpatientIn für fraglich indiziert gelten kann, weil ein Pflegeheim sie selber behandeln könnte (sog. ambulatory care sensitive conditions = ACS-conditions, adaptiert für Kontext Pflegeheim):

- Lungenentzündung
- Harnwegsinfektionen
- Angina pectoris
- Dehydratation
- (- und weitere)

Young Y et al (2010) Factors Associated with Potentially Preventable Hospitalization in Nursing Home Residents in New York State: A Survey of Directors of Nursing. J Am Geriatr Soc 2010;58:901–907

“There was no significant difference in 30-day mortality rates between those initially treated in nursing homes (22%) and those initially treated in hospitals (31%; $P = .15$) or between those initially treated with an oral regimen in nursing homes (21%) and those initially treated with an intramuscular antibiotic in nursing homes (25%; $P = .56$).”

Naughton BJ et al (2000) Treatment guideline for nursing-home acquired pneumonia based on community practice. *J Am Geriatr Soc* 48: 82-88

Notfallärzte hospitalisieren Heimbewohner in akuten Notfällen sechs mal häufiger als Heimärzte.

Bellelli G et al (2001) The management of adverse clinical events in nursing homes: A 1-year survey study. *J Am Geriatr Soc* 49: 915-925



Institutionelle Risikofaktoren resp. protektive Faktoren für vermeidbare Hospitalisationen aus Pflegeheimen:

Risikofaktoren:

- Kein Heimarzt vorhanden (1)
- Fehlende Möglichkeit im Pflegeheim, rasch Laborresultate durchführen zu können (1, 2)

Protektive Faktoren:

- Einstellung der betreuenden Ärzte, Patienten wenn möglich im Pflegeheim behandeln zu wollen und eine Hospitalisation nur als letzte Möglichkeit vorzunehmen (2)
- Fähigkeit des Pflegepersonals, akute Veränderungen im Gesundheitszustand der Patienten wahrzunehmen und zu reagieren (1)
- Fähigkeit des Pflegepersonals, zielgerichtete mit Ärzten kommunizieren zu können (2)

(1) Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, et al. Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Frequency, Causes, and Costs. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:627-635.

(2) Young Y et al (2010) Factors Associated with Potentially Preventable Hospitalization in Nursing Home Residents in New York State: A Survey of Directors of Nursing. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:901–907

Delirprophylaxe und -behandlung bei älteren Menschen: nicht-pharmakologische Massnahmen I

- Schmerzen vermeiden (auf Schmerzen achten, Schmerzmittelreserve grosszügig ausschöpfen)
- Sauerstoffversorgung verbessern (ggf. Sauerstoff-Gabe)
- Stress reduzieren (kontinuierliche Bezugspersonen, Angehörige informieren und einbeziehen, Fixierung vermeiden, Zimmerwechsel vermeiden, Lichtverhältnisse auf Tag abgestimmt, Nachtlicht entsprechend den Gewohnheiten und Ängsten des Patienten, Fernseher und Radio gezielt einsetzen, Lärmpegel beachten)
- Wahrnehmung fördern (Brille aufsetzen, Hörgerät einsetzen)
- Kommunikation ermöglichen (Massnahmen erklären, Sicherheit geben, Re-Orientierung geben, Berührung gezielt einsetzen)

Delirprophylaxe und -behandlung bei älteren Menschen: nicht-pharmakologische Massnahmen II

- Ausscheidung (Urin und Stuhlgang) normalisieren
- Ernährung und Elektrolyt-/Flüssigkeitshaushalt normalisieren (Energy-Drinks, Ovomaltine anstatt Tee, Wasser, Zahnprothese einsetzen, Dehydratation vermeiden und ggf. behandeln, Trinkbilanz, Elektrolyte kontrollieren und ggf. korrigieren)
- Infektionen vermeiden (insbesondere Harnwegsinfekt, Pneumonie)
- Mobilität zurückgewinnen (postop. frühe Mobilisierung anstreben), Aktivierung

Blaubuch Klinik für Geriatrie, Universitätsspital Zürich



UniversitätsSpital
Zürich

Delirprophylaxe bei älteren Menschen auf der Unfallchirurgie: kontinuierliche Betreuung von Hochrisikopatienten durch eine konstante Bezugsperson

"Geriatric nurses became part of the team in the perioperative setting, giving psychological support and being a continuous companion to the patient and his/her proxies. Co-operation between all professions involved throughout hospitalization of the patient was emphasized. The low incidence of delirium in elderly surgical patients resulting from our efforts indicate that - for this setting in a general hospital - the strategy was effective for the prevention of delirium. Nowadays, geriatric nurses are an essential part of the perioperative team and delirium has lost much of its imminence."

Gurlit S, Möllmann M (2008) How to prevent perioperative delirium in the elderly?
Z Geront Geriatr 41:447-452

Vorausschauende Betreuungsplanung am Lebensende = Advance Care Planning (ACP)

Das sog. Advance Care Planning (ACP) ist ein freiwilliger Diskussionsprozess zwischen Patienten am Lebensende und dem Betreuungsteam. Falls der Patient es wünscht, kann er Familienangehörige und Freunde einbeziehen. Mit seinem Einverständnis sollen die Diskussionsergebnisse dokumentiert, regelmässig auf ihre künftige Gültigkeit überprüft und an die wichtigsten Betreuungspersonen übermittelt werden.

Folgende Punkte sollen bei einem ACP diskutiert werden:

- Sorgen und Wünsche des Patienten
- Wertvorstellungen
- Krankheitsverständnis
- Präferenzen für Betreuung und Behandlung

Banderet HR et al (2014) Advance Care Planning und seine Bedeutung in der Hausarztpraxis. Schweiz Med Forum 15:328-329

Unterschied Patientenverfügung – Advance Care Planning

- Advance Care Planning geht eher von einem **kontinuierlichen Entscheidungsprozess** als von einer punktuellen Festlegung wie in der Patientenverfügung aus. ACP ist damit flexibler gegenüber sich ändernden Behandlungspräferenzen als die Patientenverfügung.
- Advance Care Planning setzt eher auf einen **Dialog zwischen Patienten, Angehörigen, Arzt und Betreuungsteam** als auf einseitige Verordnungen von Patientenseite. Letztere erweisen sich in der Realität oft als zu unspezifisch, unklar oder unrealistisch
- Advance Care Planning gilt als besonders geeignet für Patienten mit einer dementiellen Entwicklung
- Patientenverfügung / Patientenvertretung und Advance Care müssen kein Widerspruch sein, sondern können sich gegenseitig ergänzen!



Herausforderungen der adäquaten medizinischen Betreuung von Menschen mit Demenz im Versorgungsnetz: Zusammenfassung

- Rasch zunehmender Anteil von betagten und hochbetagten Personen in der Gesamtbevölkerung / bei unseren Patienten
- Damit rasche Zunahme der Demenzerkrankung
- Zunehmende Verkürzung der Hospitalisationsdauer, durch DRG (Fallkostenpauschale) noch verstärkt, steht den Bedürfnissen dieser Patientengruppe im Spital diametral entgegen
- Gefahr der Fragmentierung der einzelnen Akteure teilweise verstärkt durch neu gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen (z. B. neues Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz: Gefahr des Auseinanderdividierens von stationärem und ambulantem Bereich inkl. Pflegeheime)



Lösungsansätze für eine adäquaten medizinischen Betreuung von Menschen mit Demenz im Versorgungsnetz - Zusammenfassung

- Etablierung der Gerontologie / Alterspflege / Gerontopsychiatrie / Geriatrie als eigener Fachdisziplin
- Institutions-, professions- und anreizsystemübergreifende geriatrische Netzwerke
- Im ambulanten Bereich: Professionalisierung der Spitex und der Pflegeheime, bei den Hausärzten zunehmende Fokussierung auf die Rolle der Betreuung multimorbider Patienten
- Im Spital: Demenzspezifische Patientenpfade. Akutgeriatrische Abteilungen
- „Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch.“

