universitäre altersmedizin felix platter

DR. ANDREAS STUDER

PFLEGEKONGRESS FÜR INNERE MEDIZIN
SUHR, 26.10.2012

DEMENZ UND DELIR IM AKUTSPITAL

Demenz

nach DSM IV
(nach DSM-5: Major Neurocognitive Disorder)

Gedächtnisstörung

Plus Störung in mindestens einem der folgenden Bereiche

Sprache | Handeln | Erkennen | Exekutive Funktionen

Die kognitiven Defizite verursachen eine bedeutsame Störung im sozialen oder beruflichen Funktionieren

Zeitverlauf der Gedächtnisstörungen

1. Kurzzeitgedächtnis
   Zeit des Arzttermins?
   Menu von gestern Abend?
   Inhalt des Telefonanrufes vor ½ Stunde
2. Episodisches Gedächtnis
   Wer kam gestern zu Besuch?
   Wie verlief der letzte Jassabend?
   Was wurde an Pfingsten unternommen
3. Frühe Erinnerungen und prozedurales Gedächtnis bleiben am längsten erhalten
   Kinderlieder & Verse
   prägende Erlebnisse aus der RS
   Rad fahren, Klavier spielen, Stricken

Störung der Exekutiven Funktionen

Uebergeordnete kognitive Leistungen

- Sinnvolle Handlungsabläufe bilden
- Planen, Organisieren
- Fehlerkontrolle
- Abstraktes Denken (verwandte Begriffe, Sprichwörter)
- Kontrolle vom komplexem Verhalten
- Problemlösungsverhalten, Kreativität
- Urteilsvermögen, Einschätzung der Fähigkeiten und Möglichkeiten
- Selbstkritik

EXEKUTIVFUNKTIONEN

- Begriff aus dem Englischen: Steuerungs - oder Leitungsfunktionen
- Exekutivfunktionen steuern, überwachen und verändern unser Verhalten „Regenschirmbegriff“
- Eine Störung der Exekutivfunktionen kann sich auf der geistigen oder Verhaltensebene zeigen

WENN DEPPEN DUSCHEN

Kriterien für Schweregrad der Demenz

- **leicht**
einschränkend bei Arbeit, Haushaltsverrichtungen und sozialen Aktivitäten, aber selbständige persönliche Hygienemassnahmen und Urteilsfähigkeit im Alltag gegeben
- **mittelschwer**
selbständiges Leben ist gefährdet und intermittierende Aufsicht erforderlich
- **schwer**
ausgeprägte Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit Notwendigkeit der dauernden Betreuung und Aufsicht

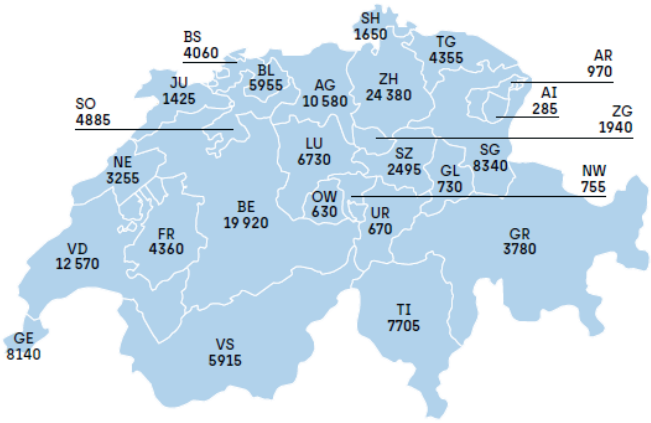
alzheimer

Prävalenz & Inzidenz der Demenz

- Im Jahr 2021 leben in der CH 147‘000 Menschen mit Demenz
- Pro Jahr kommen 31‘000 Neuerkrankungen dazu

alzheimer

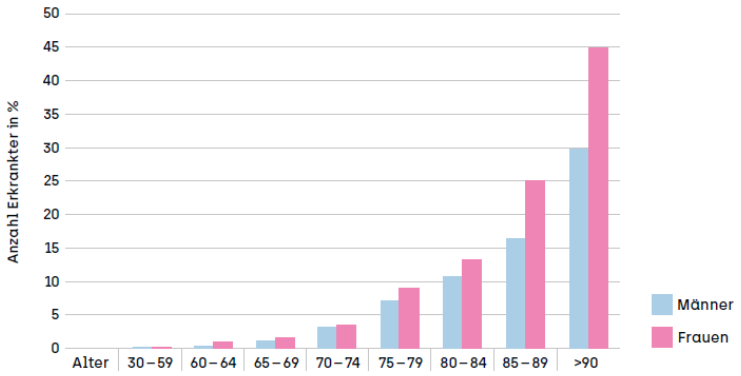
/ Menschen mit Demenz in den Kantonen 2021



alzheimer

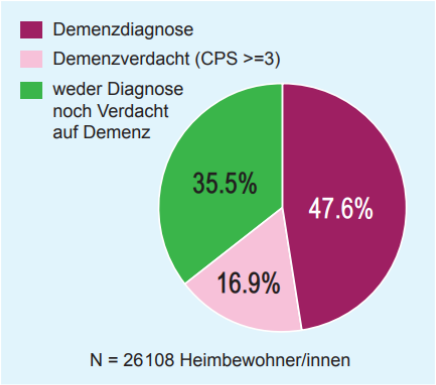
PRÄVALENZEN FÜR DEMENZEN IN DER CH 2021

/ Menschen mit Demenz nach Alter



Lesebeispiel: 0.2 Prozent aller Männer im Alter zwischen 30 und 59 Jahren sind an Demenz erkrankt.

DEMENZEN IM APH



Quelle: Bartelt (2012), Auswertung von RAI-Daten im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung

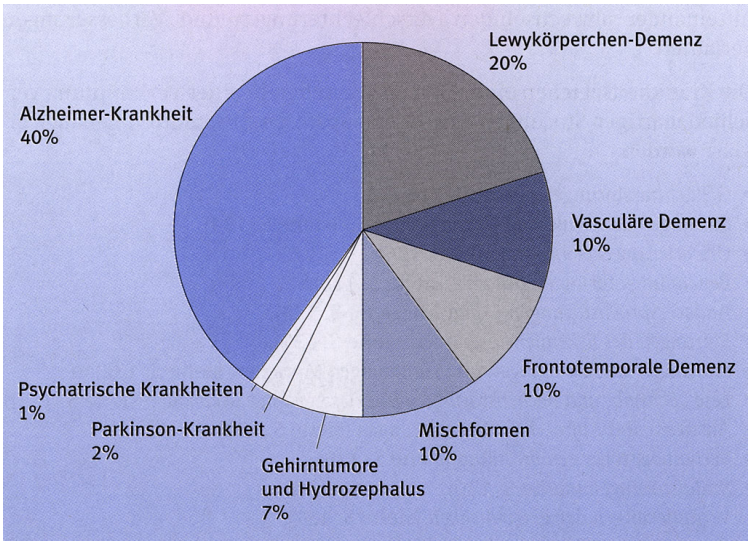
Demenz betrifft rund zwei Drittel der Bewohner/innen!

Pflegeheime sind **Demenzheime**, in denen auch Nicht-Demenzkranke wohnen!

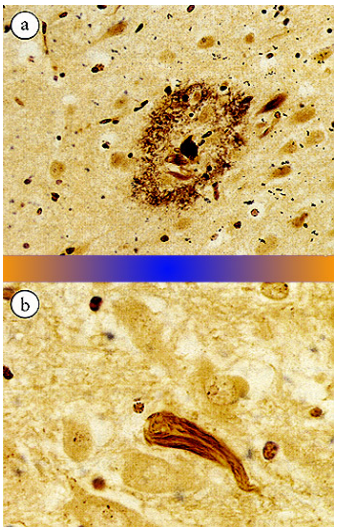
11

HÄUFIGSTE DEMENZURSACHEN

(NACH G. KRÄMER, 2000)



NEUROPATHOLOGIE BEI ALZ

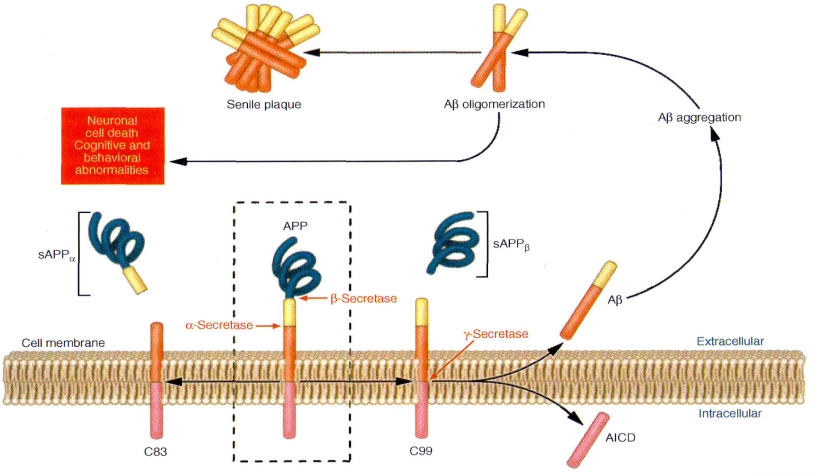


Charakteristische Befunde

a) Neuritscher Plaque mit zentralem Amyloid-Kern (Silberimprägnation)

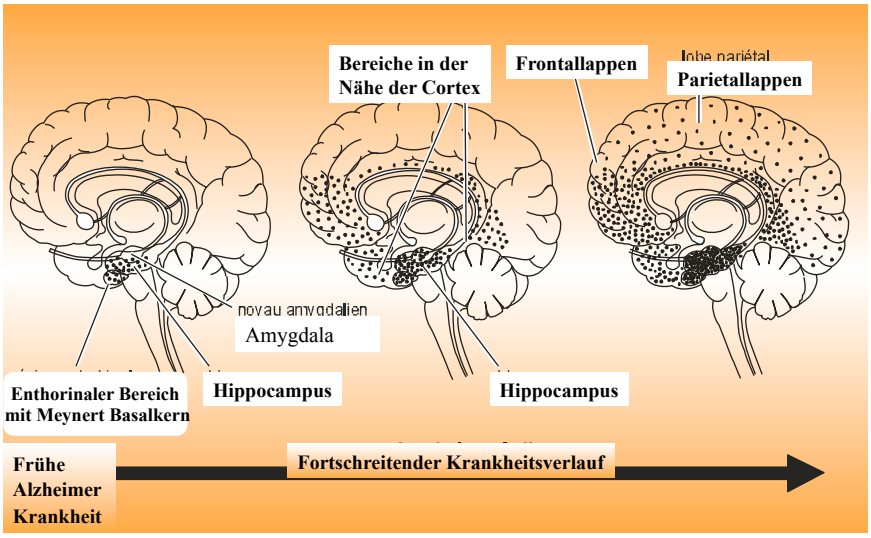
b) Neurofibrilläres Knäuel (Tangles) mit gepaarten Helixfilamenten (Silberimprägnation)

SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER PLAQUEBILDUNG

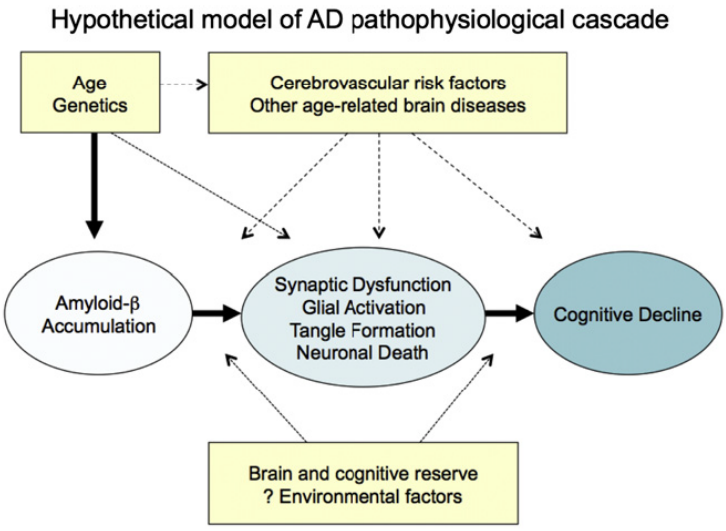


J Clin Invest 2005, Gandy S

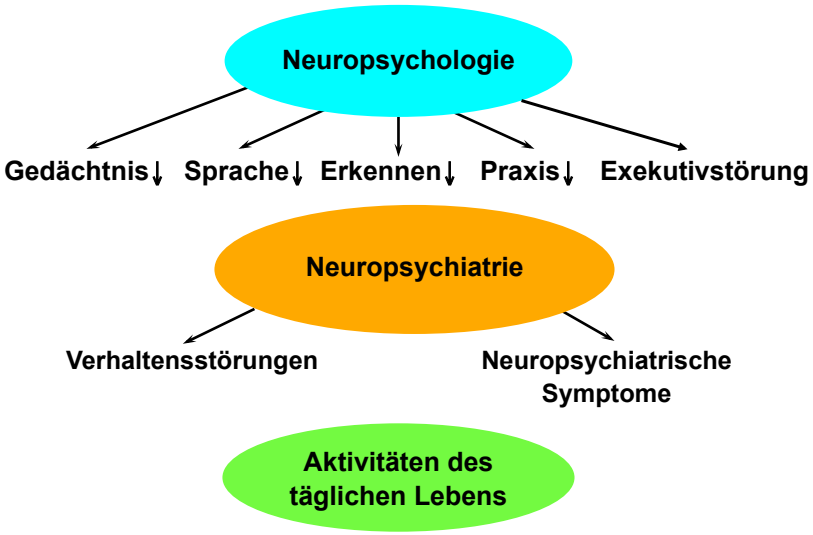
PROGRESSION DER NEUROFIBRILLÄREN KNÄUEL (TANGLES)



ALZ: PATHOPHYSIOLOGISCHES MODEL



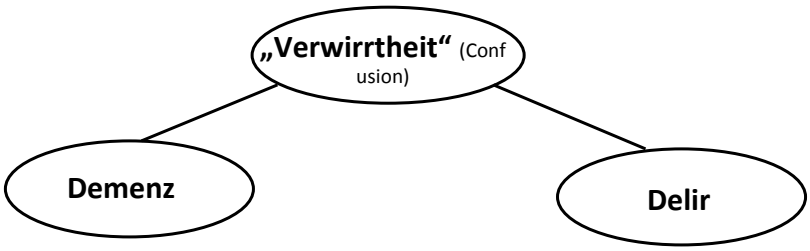
DAS DEMENZSYNDROM



> 90 % ALLER ALZHEIMER PATIENTEN HABEN NEUROPSYCHIATRISCHE STÖRUNGEN[2)]

Apathie[2)]	72 %
Agitation[1)]:	60 %
Ängstlichkeit[2)]:	48 %
Depression [1)+ 2)]:	42-50 %
Aggression/Agitation[1)+2]:	25-34 %
Labilität, Irritatio[2)]:	36 %
gestörte Psychomotorik[2)]:	38 %
Wahnvorstellungen[2)]:	20 %
Gewalttätigkeit[1)]:	<20 %
Abnormes Sexualverhalten[1)]:	<10 %

1.) Gauthier (1996), 2.) Cummings (1996, 1997)



unterscheiden sich bezüglich

- **Aetiologie**
- **Prognose**
- **Therapie**

DELIR

- Plötzlich auftretende Verwirrtheit mit unangepasstem Verhalten schwankend im Tagesverlauf
- Störung von Bewusstsein, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und Denken oft begleitet von gestörtem Schlaf und heftigen Emotionen
- Direkte pathophysiologische Folge eines medizinischen Zustandes (z.B. HWI, Pneumonie, CVI, Fraktur, Schmerz, etc.)
- Führt zu gestörtem Heilungsverlauf und erhöhter Sterblichkeit
- Wichtigste Risikofaktoren: Alter, Demenz, Multimorbidität, Gebrechlichkeit, Funktionsdefizit, Polypharmazie

Diagnostik
am Krankenbett:

Assessment

Confusion
Assessment
Method
(Inouye 1990)

felixplatterspital
Universitäre Altersmedizin und Rehabilitation

Ärztlicher Dienst

Delirscreening: CAM Confusion Assessment Method

Patient (Name oder FID)		
Erhebung durch		
Datum		
1. Akuter Beginn		BOX 1
a) Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung des mentalen Grundzustandes des Patienten?	Nein ❑	Ja ❍
b) Gibt es Fluktuationen des Verhaltens während des Tages (Verschwinden und Wiederauftreten von Symptomen oder Veränderungen des Schweregrades)?	Nein ❑	Ja ❍
2. Aufmerksamkeitsstörungen		
Hat der Patient Schwierigkeiten, seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, z.B. ist er leicht ablenkbar oder hat er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen?	Nein ❑	Ja ❍
3. Denkstörungen		BOX 2
Ist der Gedankenablauf des Patienten zerfahren oder inkohärent? Redet er z.B. weitschweifig und belanglos daher, ist sein Gedankengang unklar, unlogisch oder sprunghaft?	Nein ❑	Ja ❍
4. Veränderter Bewusstseinszustand		
Wie ist der Bewusstseinszustand des Patienten insgesamt einzuschätzen? • normal, wach • hyperalert, schreckhaft • lethargisch, benommen • somnolent, schläfrig, leicht weckbar • soporös, schwer weckbar • komatös, nicht weckbar Trifft wenigstens eine der Beschreibungen im Kästchen auf den Bewusstseinszustand des Patienten zu?	Nein ❑	Ja ❍
Bewertung:	Alle Kriterien in Box 1 und mindestens ein Kriterium in Box2 = Verdacht auf Delir	

Aus Wald Guide Teil 3

Mod. nach Inouye SK et al Ann Intern Med 1990;113:941-48 und

Hasemann W et al-Pflege 2007;20:191-204

203427 02.15 tw

Unterscheidung Delir - Demenz

Symptom	Delir	Demenz
Beginn	akut, oft nachts (Std-Tage)	schleichend (Mt-Jahre)
Verlauf	fluktuierend	langsam fortschreitend
Wachheit	schwankend	ungestört, wach
Schlaf	meistens unruhig	wechselnd
Denken	unzusammenhängend	Gedankenarmut
Aufmerksamkeit	stark reduziert	+/- normal

FLUKTUATIONEN

DELIR BEI DEMENTEN PATIENTEN IM SPITAL

Studie	N	Prävalenz
McCusker, 2001	1552	76%
Edlund, 2001	101	86%
Fick, 2000	20	89%

9/10 Studien bei medizinisch-chirurgisch hospitalisierten Patienten: Prävalenz >50%

Fick et al, 2002

COVID-19 UND DELIR

JAMA Network | Open 11.2020

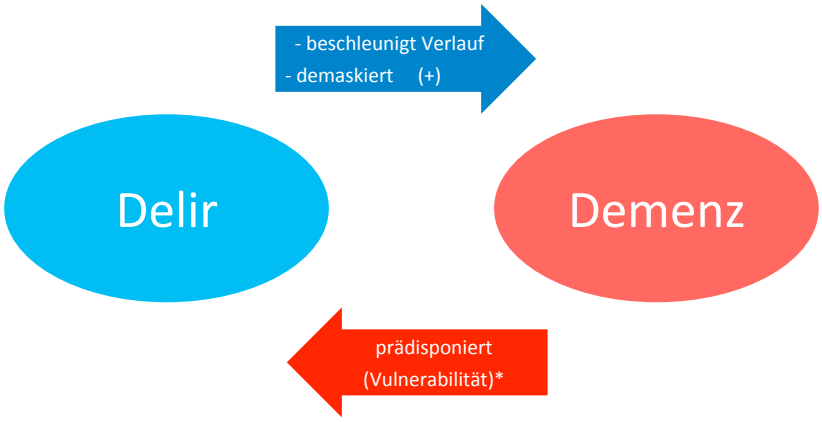
Original Investigation | Emergency Medicine

Delirium in Older Patients With COVID-19 Presenting to the Emergency Department

Maura Kennedy, MD, MPH; Benjamin K. I. Helfand, MSc; Ray Yun Gou, MA; Sarah L. Gartaganis, MSW, MPH; Margaret Webb, BA; J. Michelle Moccia, DNP, ANP-BC, GS-C; Stacey N. Bruursema, LMSW-C; Belinda Dokic, MHA; Brigid McCulloch, DO; Hope Ring, MD; Justin D. Margolin, BS; Ellen Zhang, BA; Robert Anderson, MD; Rhonda L. Babine, MS, APRN, ACNS-BC; Tammy Hshieh, MD, MPH; Ambrose H. Wong, MD, MSEd; R. Andrew Taylor, MD, MHS; Kathleen Davenport, MD; Brittni Teresi, BA; Tamara G. Fong, MD, PhD; Sharon K. Inouye, MD, MPH

- 28% der Patienten auf NFS hatten ein Delir
- In 16% dieser Patienten war das Delir das primäre Symptom
- 37% der deliranten Patienten hatten **keine typischen Covid-19-Symptome (Fieber oder Atemnot)!**

DEMENZ UND DELIR
EIN TEUFELSKREIS



* Elle,1998; + Fong et al,2009

alzheimer

Schweizerische Alzheimervereinigung

Information – Beratung
www.alz.ch
ALZ-Telefon 024 426 06 06

„Da mein Vater nicht mehr über die Brücke in meine Welt gelangen kann, muss ich hinüber zu ihm.“