



## Fall des Monats Mai 2017

### **Unruhiger Patient - Pflegepersonal fühlt sich alleine gelassen**

Fall-Nr.: 146160

#### **Was ist passiert?**

Patient wurde mit auf Station übernommen. Im Verlauf des Aufenthaltes, speziell zu beginnenden Nachtstunden, wurde der Patient immer verwirrter, aggressiver und gewalttätiger gegenüber den Pflegekräften verbal wie nonverbal. In der ersten Nacht wurde das Pflegepersonal vom AvD allein gelassen trotz mehrerer Anrufe und Sichtung, so dass die PK sich nicht um alle anderen Tätigkeiten kümmern konnte. Am folgenden Tag war der Patient unauffällig bis zu den Abendstunden ab circa 19.00 Uhr. Dort zeigte sich dann wieder das gleiche Bild wie am Vorabend. Nach mehreren Therapieversuchen (angeordnete Sedierungsversuche) auf Station, die keinen Erfolg brachten, bestand das Pflegepersonal darauf den Patienten zu verlegen, da er peripher nicht mehr zu führen war. Der AvD hielt Rücksprache mit der Intensivstation (ITS), die die Übernahme aber verweigerten. Letztendlich wurde der Pat. mit Widerwillen übernommen.

#### **Was war das Ergebnis?**

Patient wurde auf ITS verlegt.

#### **Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?**

Pat. war uns nicht bekannt.

#### **Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? leer**

**Kam der Patient zu Schaden?** nein

#### **Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?**

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
- Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.)

**Altersgruppe:** 81-90

**Geschlecht:** männlich

**Zuständiges Fachgebiet:** Urologie

**In welchem Kontext fand das Ereignis statt?** Invasive Massnahmen (Diagnostik/Therapie)

**Wo ist das Ereignis passiert?** Krankenhaus

**Versorgungsart:** Notfall

**Wer berichtet?** Pflege-, Praxispersonal



## Kommentare

### ***Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus:***

Die zunehmende Zahl älterer, polymorbider und dementer Patienten ist eine Herausforderung für alle Krankenhäuser. Weder das Pflegepersonal, noch das ärztliche Personal, sind hier wirklich gut vorbereitet.

Begriffe wie "Altersdelir" waren vor nicht allzu langer Zeit völlig unbekannt. Die Kompetenzvermehrung im Umgang mit diesem Patienten Klientel ist eine strategische Herausforderung. Dabei geht es nicht primär um Regelungen, in welchem Bereich des Krankenhauses diese Patienten richtig sind, sondern um Maßnahmen zur Vermeidung derartiger Zustände. Mittelfristig müssen Konzepte erstellt werden, die es ermöglichen, drohende Delirien rechtzeitig zu erkennen und vorbeugend zu behandeln. Dies kann im Rahmen von Kooperationen mit geriatrischen Kliniken, aber auch durch Nutzung vorhandener Kompetenzen im Haus für Fortbildungen (ärztliche und pflegerische Kompetenzen) erreicht werden. Die Erstellung eines Geriatriekonzeptes ist in Arbeit. Bis dahin müssen die Mitarbeiter, z. B. durch eine zügige Übernahme auf die ITS, unterstützt werden. Das ist aber nicht die Lösung.

### ***Kommentar des Anwenderforums:***

Ein älterer Herr wird – Diagnose und ob elektive Aufnahme unbekannt – auf einer Station aufgenommen, an zwei Tagen hintereinander wird er jeweils zu Abend/Nacht hin unruhig, aggressiv und gewalttätig. Nachdem am ersten Tag die Pflegekräfte auf der Normalstation allein mit dem Patienten zurechtkommen mussten, konnte er am zweiten Tag nach Interventionsversuchen auf der Station und nachdrücklicher Intervention auch mit Hilfe des diensthabenden Arztes auf die Intensivstation verlegt werden.

Hier wird eine Situation beschrieben, die bereits jetzt zum Alltag auch in den Akutkrankenhäusern gehört: Ältere Patienten mit leichten bis schweren kognitiven Einschränkungen werden zur Behandlung körperlicher Erkrankungen ins Krankenhaus aufgenommen. Die Erkrankung selbst, die unbekannte Umgebung, fremde Gesichter, ein hohes Tempo und vieles andere mehr tragen dazu bei, dass sich die kognitiven Funktionen der betroffenen Patienten bis hin zu einem Delir verschlechtern können. Aber operative Eingriffe können zu einem Delirium führen.



Patienten treffen im Krankenhaus auf Pflegende und Ärzte, die in der Regel für die besondere Betreuung dieser Patienten nicht vorbereitet sind. Zudem sind auch die Krankenhäuser räumlich und in ihren Organisationsstrukturen noch viel zu wenig auf diese Patienten eingestellt. So ist es z. B. hilfreich, wenn durch ein entsprechendes Screening bereits bei der Aufnahme erkannt wird, ob ein Risiko für die Entwicklung eines Delirs besteht. So unterschiedlich die Ursachen für ein Delir sein können, so verschieden sind auch die Maßnahmen, mit denen diesen begegnet werden kann. Dies verhindert die Erstellung einer generellen Verfahrens- bzw. Medikationsrichtlinie.

Im vorliegenden Fall bestand möglicherweise nur eine leichte kognitive Einschränkung des älteren Herrn, die erst durch die Situation im Krankenhaus dekompenzierte und alle Beteiligten mit der Situation überforderte. Alle Beteiligten, die Mitpatienten eingeschlossen, sind durch solche Situationen belastet.

Um im Krankenhaus ältere Menschen besser versorgen zu können, gibt es bereits mancherorts Initiativen, die hier genannt werden sollen:

- So gibt es Weiterbildungen zur Fachkraft für Demenz im Krankenhaus, die für Pflegekräfte konzipiert sind. Die qualifizierten Fachkräfte sollen das Krankenhaus darin beraten, durch welche Anpassungen von Strukturen und Prozessen ältere Menschen besser im Krankenhaus versorgt werden können, Mitarbeitende wie Angehörige zu beraten und zu schulen. Z. B.:  
[http://www.diakonieverein.de/assets/public/docs/seminarprogramm/evdv-pflegeexperte-demenz-2016\\_1.pdf](http://www.diakonieverein.de/assets/public/docs/seminarprogramm/evdv-pflegeexperte-demenz-2016_1.pdf)
- Mit Unterstützung der Bundesregierung wird im „Wegweiser Demenz“ auf so genannte demenzsensible Krankenhäuser aufmerksam gemacht und Angehörige von Demenzkranke informiert, wie sie helfen können, die Versorgung der Patienten zu verbessern (<https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/im-krankenhaus/demenzsensibles-krankenhaus.html>).
- Im Jahr 2016 wurde der Preis des Aktionsbündnis Patientensicherheit an das Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge für sein Demenz-Delir-Projekt verliehen: So werden alle Patienten über 70 Jahre bei der Aufnahme in Bezug auf mögliche Gedächtnisstörungen untersucht, um Patienten mit Demenz erkennen zu können. Allen Mitarbeitern steht mit einer „Delir-Pocket-Card“ eine kurz gehaltene Information über das Delir zur Verfügung, die helfen soll, Verschlechterungen zu erkennen, ein Delir zu vermeiden und eingetretene Verwirrtheitszustände zu behandeln. Mehr dazu findet man unter: <http://www.keh-berlin.de/de/sensibel-fuer-demenz>



- Ein Krankenhaus in Münster in Westfalen gibt Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung des perioperativen Altersdelirs ([http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/presse/pressemitteilungen/Der\\_alte\\_Mensch\\_im\\_OP.pdf](http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/presse/pressemitteilungen/Der_alte_Mensch_im_OP.pdf)).
- In Simulationstrainings werden Pflegende und Ärzte von Intensivstationen auf akute kritische Situationen vorbereitet, zu denen auch das Management eines akuten Delirs gehört (z. B. als Angebot der Gesundheitsakademie der Charité). Eine multiprofessionelle S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“ wurde in 2015 veröffentlicht. Online unter: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/001-012I\\_S3\\_Analgesie\\_Sedierung\\_Delirmanagement\\_Intensivmedizin\\_2015-08\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-012I_S3_Analgesie_Sedierung_Delirmanagement_Intensivmedizin_2015-08_01.pdf)

Doch auch in Akutsituationen müssen Normalstationen und Krankenhäuser Patienten adäquat versorgen können, bei denen ein deliranter Zustand bereits eingetreten ist. In der Regel wird eine Normalstation mit unveränderter Personalausstattung dazu nicht in der Lage sein, einen deliranten Patienten und alle weiteren auch zu versorgen. Manche verlegen Patienten mit Delir grundsätzlich auf die IMC- oder die Intensivstation, andere – wenn vorhanden – auf eine geschlossene psychiatrische Station. Aus den oben genannten Gründen ergibt sich, dass eigentlich IMC oder ITS gerade für diese Patienten nicht die richtigen Orte sind. Daher werden gelegentlich in manchen Krankenhäusern Sitzwachen für diese Patienten eingesetzt, jedoch ist es schwierig, regelhaft ad hoc zusätzliches Personal zu erhalten. Ungeklärt ist die Frage der Finanzierung der deutlich aufwändigeren Versorgung dieser Patienten.

In einer aktuellen Studie konnte gezeigt werden, dass der Einsatz eines speziell geschulten „Delirpflegers“ die Anwendung pflegerischer Maßnahmen, die postoperative Begleitung sowie die kognitive Aktivierung bei älteren und kognitiv eingeschränkten Patienten von einer Reduktion des Risikos für ein postoperatives Delir begleitet waren (<http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=169319>).

Grundsätzlich ist es für die Kliniken unerlässlich, sich diesem Thema anzunehmen und dazu ein Gesamtkonzept zu erarbeiten, um der steigenden Anzahl von Delirien durch rechtzeitiges Erkennen bzw. Vorbeugung adäquat begegnen zu können.



Im **Krankenhausplan Berlin 2016** wird diese Thematik schwerpunktmäßig aufgeführt (Kapitel 10.2. Geriatrie und Versorgung Demenzerkrankter) und Empfehlungen zu den folgenden Aspekten gegeben:

- Screeningverfahren zur Identifikation von Patientinnen und Patienten, die einen geriatrischen Versorgungsbedarf erkennen lassen
- Einsatz geeigneter Assessments zur intensiveren Untersuchung geriatrischer Patientinnen und Patienten
- Geriatrisch weitergebildete und geschulte Pflegekräfte für das Assessment
- Geriatrische Fachabteilungen bzw. geriatrischer Konsiliardienst

...

„Mit dem Krankenhausplan 2016 gilt daher die Empfehlung, dass jedes Berliner Plankrankenhaus über ein Konzept zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen verfügen sollte.

Mindestbestandteile dieses Konzepts sollen krankenhauserne Leitlinien, Behandlungspfade/-abläufe sowie hausindividuelle strukturelle und baulich gestaltende Maßnahmen sein, die im Folgenden nur stichwortartig aufgelistet sind:

- Notaufnahmeverversorgung (Screening, Abläufe, räumliche Separierung, Einbindung Vertrauter, Patientenüberleitungsbögen)
- Abläufe ab Krankenhausaufnahme (Aufnahmemanagement, Belegungsmanagement, Unterbringung auf einer besonderen interdisziplinären Station (soweit vorhanden), Rooming-In enger Vertrauter, Verzicht auf weitere krankenhauserne Verlegung, Einbindung Ehrenamtlicher und Patientenbegleitteams)
- Planung und Flexibilisierung der Behandlungsabläufe:
  - Verpflichtender Vermerk über das Vorliegen einer kognitiven Einschränkung bzw. eines bestehenden Risikos in der Patientenakte.
  - Individuelle Planung aller diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen, insbesondere Überprüfung der üblichen Diagnostik auf Therapierelevanz.
  - Individuelle Anpassung der Planung von Behandlungen an die tatsächlichen Bedarfe der Patienten (z.B. Verhinderung von Wartezeiten, Umgang bei prä- und postoperativer Versorgung).
  - Ausbau der Frühmobilisation.
  - Anwendung von Pflegekonzepten, die die Erhaltung kognitiver, alltagspraktischer und sozialer Kompetenzen fördern und neuropsychiatrische



Symptome reduzieren, so dass eine weitest gehende Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen ermöglicht wird.

- Auflistung der hausspezifischen strukturellen Maßnahmen wie z.B. Angehörigen-Sprechstunden, Konsiliar- und Liaisondienste, Koordinationsstellen, spezielle Stationen oder demenzsensible Milieugestaltung
- Besonderheiten des Entlassmanagements bei kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten (z.B. intensive Einbindung von Angehörigen, Vertrauten und betreuenden Personen, Nutzung von Patientenüberleitungsbögen); Darstellung der zielgruppen-relevanten Kooperationspartner und der Netzwerkeinbindung.

Ziel ist es, die Sensibilität und Aufmerksamkeit in Krankenhäusern für dieses Thema zu schärfen bzw. zu erhöhen, bis der Umgang mit Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen auf qualitativ hochwertigem Niveau Normalität geworden ist.

Die Bündelung kognitiv beeinträchtigter Patienten auf einer interdisziplinären Station sowie die bauliche Abhebung dieser Station durch demenzsensible Milieugestaltung sind wichtige Hilfsmittel. Auf einer solchen Station sollte dabei speziell geschultes Personal – zusammengesetzt aus einem multiprofessionellen Team – tätig sein. Besonderheit der Station ist, dass tagesstrukturierende Maßnahmen, Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote eingerichtet sind, und insbesondere auch die Bezugspersonen, Hausärztinnen und -ärzte und gfl. Pflegeheime regelmäßig eingebunden werden.“

Quelle: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/>

Dem voran ging u. a. ein Diskussionsprozess unter der Leitung der Senatsverwaltung Gesundheit und Soziales, dessen Rahmenstrategie **„80plus-Rahmenstrategie zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hochaltriger Menschen in Berlin** Ziele, Maßnahmen und Kooperationspartner“ im August 2016 veröffentlicht wurde. Weitere Informationen finden Sie hier: <http://www.gesundheitbb.de/80plus.1871.0.html>