

# Delirprävention mit dem AKTIVER Programm - Schulungskonzept für Multiplikator:innen



PD Dr. Christine Thomas (Ärztliche Direktorin KPPÄ)  
Cathleen Koch (M.A., stellv. PD, Pflegerische Zentrumsleitung)

# Ausgangslage in den Krankenhäusern

- Wir wissen alles - und tun (fast) nichts? -

- ❖ mehr als 8 Mill. ältere, akut Erkrankte werden im Krankenhaus behandelt (vgl. RBS 2019) → **und es werden immer mehr!** (z.B. 2006 → 2016 +110% hochaltrige Männer, vgl. Statist. Monatsheft BaWü 8/18)
- ❖ 40 % aller > 65-jährigen Patient:innen im Akutkrankenhaus haben eine kognitive Beeinträchtigung (General Hospital Study - GhoSt 2016)
- ❖ Nebendiagnose Demenz und Delir bei Aufnahme oft nicht diagnostiziert (vgl. Thomas 2016; RBS 2019)
- ❖ Delir ist ein zusätzliches, langfristig oft fatales Risiko für MmD (vgl. Hewer et al. 2016)
- ❖ Strukturen vor Ort völlig unzureichend, das Krankenhaus stellt keine angemessenen Rahmenbedingungen für MmD dar, Versorgungskonzepte fehlen (vgl. Pinkert und Holle 2012)
- ❖ Kontraproduktiv: Verweildauerverkürzung, höhere Fallzahlen pro Pflegekraft, Arbeitsverdichtung, Fachkräftemangel, - Innovations- und Leistungsdruck (vgl. Isfort 2016; Höhmann 2019)

# Ausgangslage in den Krankenhäusern

- Wir wissen alles - und tun (fast) nichts? -

- ❖ 30-60% der Delirien werden in Kliniken nicht diagnostiziert (vgl. Thomas 2016)
- ❖ 10-40% der > 65 Jährigen Delir bei Aufnahme in ein Akutkrankenhaus
- ❖ höhere Delirraten bis zu 60% in chirurgischen Bereichen (vgl. Bruce et al. 2007; American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults 2015)
- ❖ nach OP 30-50% Delirwahrscheinlichkeit, auf Intensivstationen 70-87%, in der Terminalphase bis zu 90% (vgl. Thomas 2016)
- ❖ Mortalität mit Delir doppelt so hoch wie ohne, Verweildauer, Komplikationsrate, Wahrscheinlichkeit Pflegeheim nach Delir 2,5 fach, bei Demenz 9 fach erhöht (vgl. Witlox et al. 2010; Bruns, Koch 2019; Hewer et al. 2016)
- ❖ Infektionen, Verletzungen und Dehydration Hauptindikationen für den stat. Aufenthalt (General Hospital Study-GHoST 2016)
- ❖ Kognitiv Beeinträchtigte zeigen zu 80% Verhaltensauffälligkeiten (General Hospital Study-GHoST 2016)

Hilfe Brauche dringend

Hilfe 000  
000

- Bin vor 3 Tagen operiert worden  
Dann anderes Zimmer aufgewacht  
Heute auf anderes Zimmer überwiesen  
ohne Wissen von ohne Anzeigean.  
vermutlich Keller 000

H. [redacted], [redacted]

seit 27.02. im Haus  
inzwischen in 3. Zimmer

zuerst chir. Ambulanz dann Operation  
danach 2 Tage woanders oben jetzt  
intensiv

Keller unten

Es fehlt brauner kleiner Rucksack

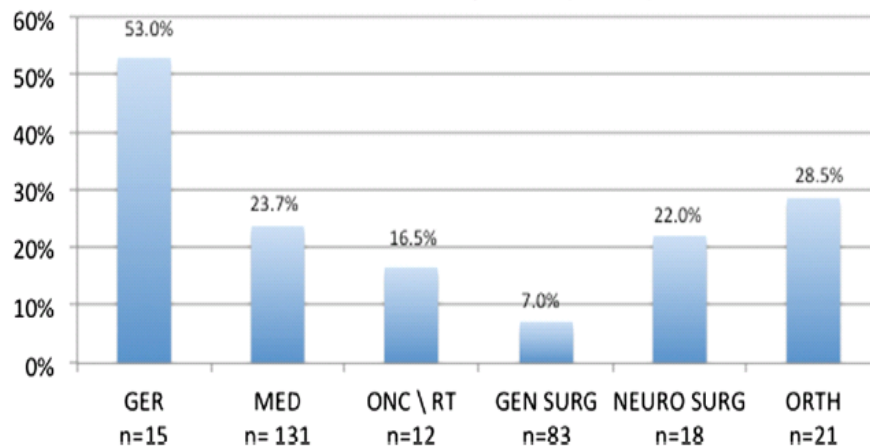
kleiner Kofferbeutel  
mit diverser Bekleidung Brille Handy

# Delirprävalenz

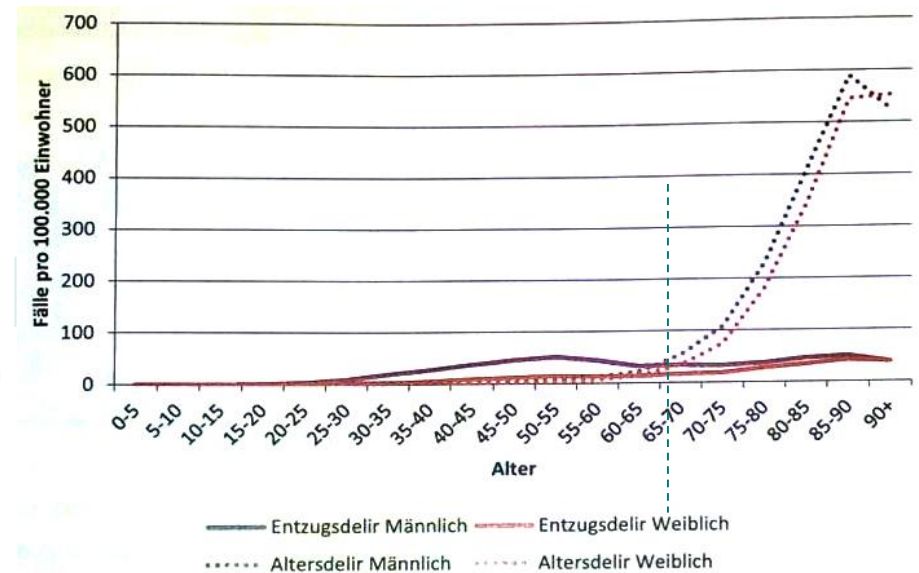
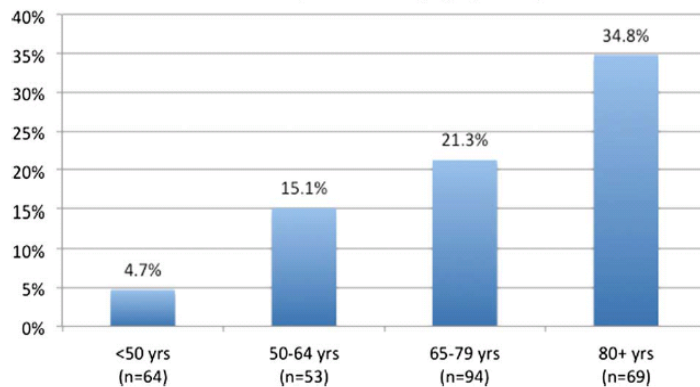
- abhängig von Klientel und Alter -

Krankenhausweite Delirprävalenz = **20,7%** (Ryan et al BMJ 2013)

Delirium Prevalence by Ward (n=280)



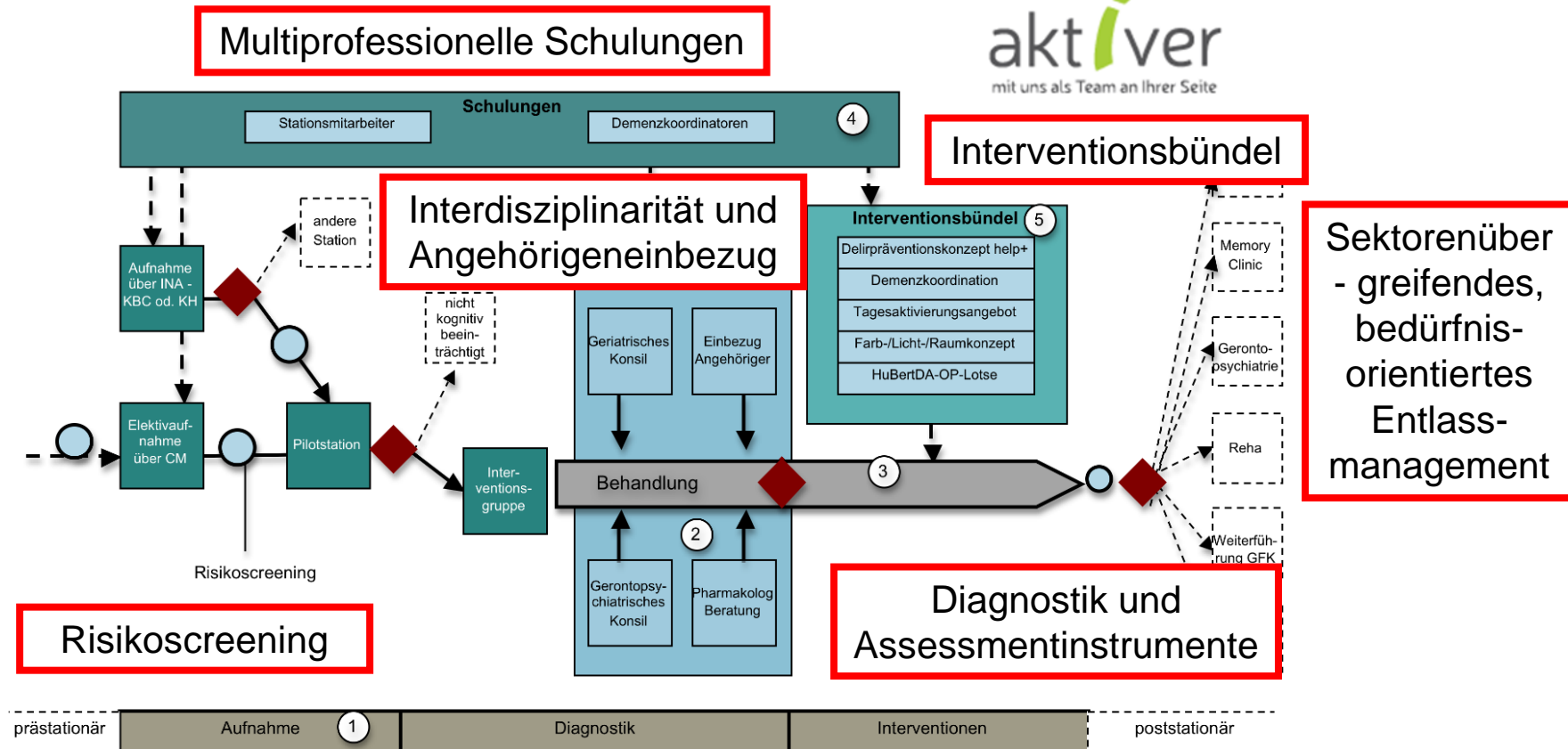
Delirium prevalence by age (n=280)



# Behandlungspfad

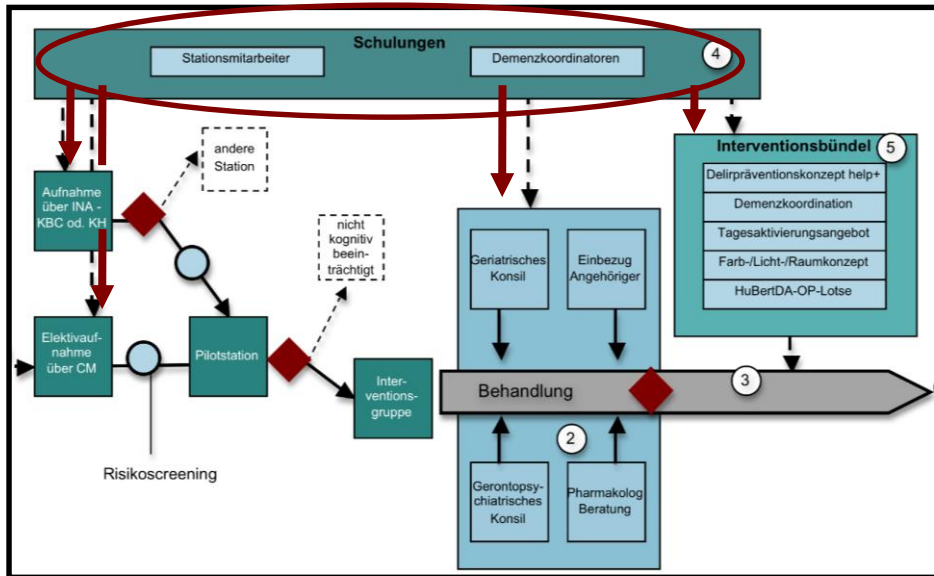
- auf dem Weg zum demenz-/ delirsensiblen Krankenhaus -

aktiver  
mit uns als Team an Ihrer Seite



# Multiprofessionelles Schulungskonzept

## Demenz-/ Delirsensibles Krankenhaus



- Abgestuftes, interdisziplinäres Schulungskonzept, Schulung **aller** an der Behandlung **beteiligten Berufsgruppen**
- Entwicklung **Berufsgruppenübergreifender Schulungsmodulare:**

Level 1 (Basiswissen)

Ehrenamtliche, Reinigungskräfte, FSJ, Patientenbegleitdienst

Level 2 (Fachwissen)

Pflege, Ärzte, Therapeuten, Casemanager/ Sozialdienst, Seelsorge

Level 3 (Expertenwissen)

„Demenz-/ Delirexperten“ als Multiplikatoren

# Multiprofessionelles Schulungskonzept

## Demenz-/ Delirsensibles Krankenhaus

Handeln im Hier und Jetzt!  
Bereit zum Demenz- und  
Alterssensiblen Krankenhaus




Ich sehe was,  
was du nicht siehst...

**Demenz**

STUFGART  
Hochschule Esslingen  
University of Applied Sciences  
Robert Bosch Stiftung  
Klinikum Stuttgart

Handeln im Hier und Jetzt!  
Bereit zum Demenz- und  
Alterssensiblen Krankenhaus




Ich sehe was,  
was du nicht siehst...

**Delir**

STUFGART  
Hochschule Esslingen  
University of Applied Sciences  
Robert Bosch Stiftung  
Klinikum Stuttgart

### Augenblick bitte:

„einBlick“ wurde mit dem Ziel entwickelt, die Motivation der Pflegenden, Ärzte und Therapeuten im Klinikum Stuttgart zu unterstützen und für eine empathische Begegnung mit Menschen mit kognitiven Veränderungen aufgrund von Demenz, Delir und Depression zu stärken.

Dieses Informationsmaterial kann den Besuch von Schulungen und die intensive persönliche Auseinandersetzung mit den Krankheitsbildern Demenz, Delir und Depression nicht ersetzen!

Es ist eine Handreichung im Taschenformat, die im turbulenten Stationsalltag einen schnellen Überblick über wichtige Informationen zum Umgang mit Menschen mit kognitiven Veränderungen liefert. Dafür wurden die Inhalte stark komprimiert und auf grundlegende Aussagen reduziert. Alle Informationen wurden sorgfältig recherchiert und beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Dennoch können sie nicht rezeptartig angewendet werden, sondern verstehen sich als Anregung. Jede pflegerische Begegnung ist einzigartig – die Gestaltung dieser Begegnung ist individuell und situativ bedingt und liegt daher in der Verantwortung der Beteiligten.

**Hinweise zum Inhalt:**  
Von der Projektgruppe wurden alle begründeten Vorkahrungen zur Veröffentlichung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen getroffen. Das veröffentlichte Informationsmaterial wird jedoch ohne jegliche ausdrückliche oder implizite Gewähr verbreitet. Die Verantwortung der Interpretation und Verwendung des Materials liegt beim Leser. Die Projektgruppe ist unter keinen Umständen für die Schäden haftbar, die sich aus dieser Verwendung ergeben, sofern andere der Mitglieder der Projektgruppe kein nachweislich vorläufiges oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt. (vgl. WHO 2007, Lösungskonzepte zur Patientensicherheit, Geändert Schmidt 2016)

### INHALT:



Demenz 5

Delir 11

Depression 23

Rechtliche Grundlagen 30

Notfallnummern  
und nützliche Links (SOS) 35



# Multiprofessionelles Schulungskonzept

Ausbildung zum „Demenz-/ Delirspezialist“ mit Zertifikat



## Lernplattform

- Dauer 270 Minuten
- Online Seminar, E-Learning Module



## Präsenzseminar

- Dauer 720 Minuten
- Vortrag, Erfahrungsübungen, Reflexion



## Praxisbegleitung

- 2 Tage
- Hospitation 1 Tag Robert-Bosch Krankenhaus und 1 Tag im Klinikum Stuttgart

# Multiprofessionelles Schulungskonzept

Ausbildung zum „Demenz-/ Delirspezialist“ mit Zertifikat



## Lernplattform

- Dauer 270 Minuten
- Online Seminar, E-Learning Module

- ❖ Demografischer Wandel und die Folgen für das Krankenhaus
  - Dauer 45 Minuten
- ❖ Basiswissen Demenzen
  - Dauer 90 Minuten
- ❖ Basiswissen Delir und Delirmanagement
  - Dauer 90 Minuten
- ❖ Basiswissen Depression
  - Dauer 45 Minuten

Anm. die Dauer gibt die durchschnittliche Lese- und Bearbeitungszeit wieder.  
Richtwert: 3 Minuten/Folie.

# Multiprofessionelles Schulungskonzept

Ausbildung zum „Demenz-/ Delirspezialist“ mit Zertifikat



## Präsenzseminar

- Dauer 720 Minuten
- Vortrag, Erfahrungsübungen, Reflexion

- ❖ Kennenlernrunde (Motivation, Erfahrungen, Visionen, Erwartungen, Wünsche etc.)
- ❖ Offene Fragen aus der Onlineschulung, Kommentare, Vertiefung
- ❖ Das Konzept der Frailty
- ❖ Demenzen
  - Screeninginstrumente (Basisdiagnostik)
  - Verschiedene Formen der Demenzen, Verläufe, erweiterte Diagnostik
  - Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapieoptionen
  - Risikofaktoren und Prävention der Demenzen



# Multiprofessionelles Schulungskonzept

Ausbildung zum „Demenz-/ Delirspezialist“ mit Zertifikat



## Präsenzseminar

- Dauer 720 Minuten
- Vortrag, Erfahrungsübungen, Reflexion

### ❖ Delir:

- Ursachen und Entstehungsmechanismen,
- Risikofaktoren, Organfunktionen im Alter
- Medikamente im Alter (Polypharmazie als Risikofaktor)
- Frühassessments, therapeutische Strategien
- Prävention / Prophylaxe / Risikoreduktion
- Internationale Leitlinien zum Delirmanagement (NICE, SIGN, DAS)
- Demenzsensible (delirpräventive) Krankenhausarchitektur
- Delirpräventive Interventionsprogramme: „Aktiver“, „Help“, „Chops“

### ❖ Ziele für Praxisbegleitung/ Hospitation

# Multiprofessionelles Schulungskonzept

Ausbildung zum „Demenz-/ Delirspezialist“ mit Zertifikat



## Praxisbegleitung

- 2 Tage
- Hospitation

- ❖ Begleiteter Praxisbesuch
  - Assessmentinstrumente anwenden
  - Interventionen durchführen
  - Dienstübergabe erleben
  - Umgebungsgestaltung anschauen
- ❖ Abschluss: Erfahrungs- und Reflexionsgespräch
- ❖ Hospitation 2 Tage (je 1 Tag im Robert-Bosch Krankenhaus und im Klinikum Stuttgart)

# Optimal Practice

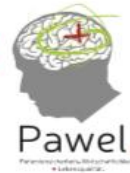
## Beispiel Klinikum Stuttgart



### Kontakt

Aktiver Delirpräventionsteam  
 E-Mail: [aktiver@klinikum-stuttgart.de](mailto:aktiver@klinikum-stuttgart.de)  
 Tel: 0711/2785 5109

Klinikum Stuttgart - Katharinenhospital  
 Kriegsbergstraße 60  
 70174 Stuttgart



Alltags- und  
 Kognitions-  
 Training  
 Interdisziplinarität-  
 Verbessert  
 Ergebnis und mindert das  
 Risiko

Klinikum Stuttgart - Katharinenhospital  
 Kriegsbergstraße 60  
 70174 Stuttgart

[www.klinikum-stuttgart.de](http://www.klinikum-stuttgart.de)

Ein Bewegungs-, Entspannungs-  
 und Orientierungsprogramm  
 für Patienten ab 65 Jahren

STUTTGART

Krankenhaus Bad Cannstatt  
 Zentrum für Seelische Gesundheit  
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere



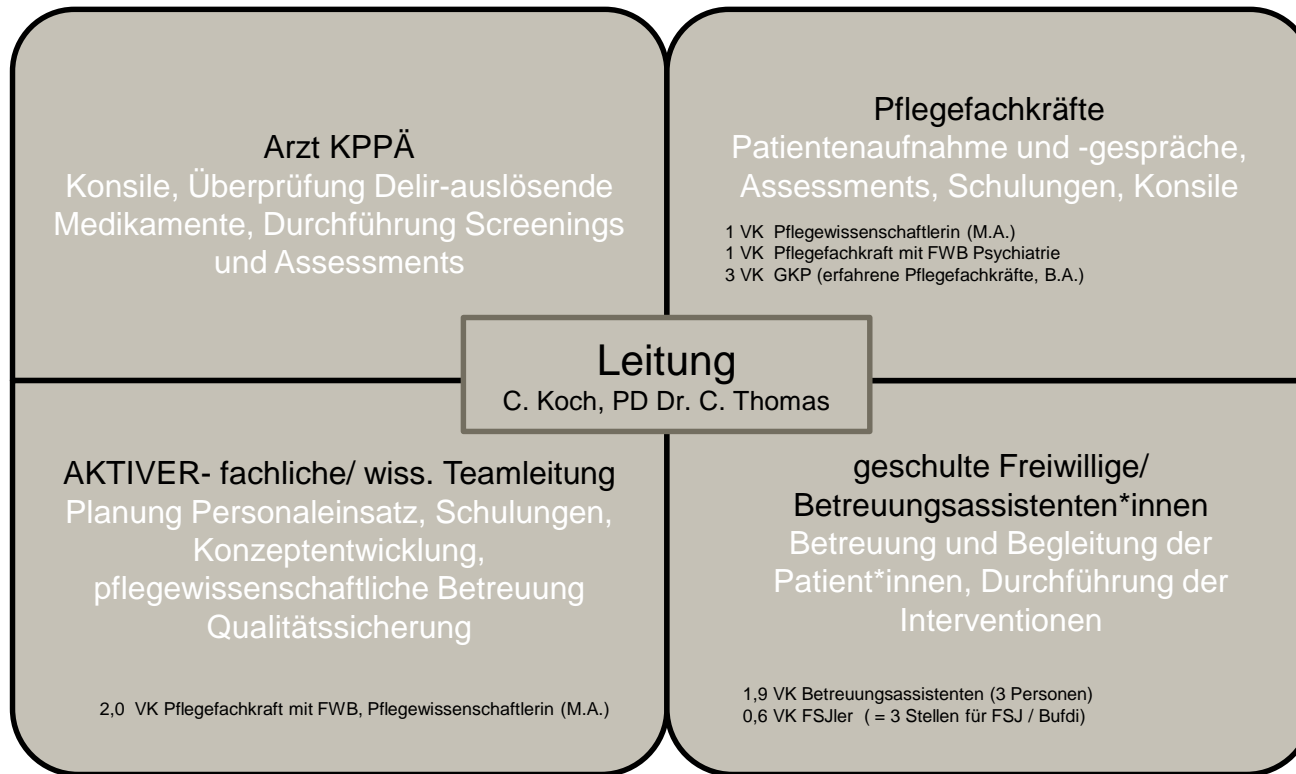
# Optimal-Practice: Beispiel Klinikum Stuttgart

## „AKTIVER - Delirpräventionsprogramm“

- ❖ „AKTIVER“ (Alltags- und Kognitives Training – Interdisziplinarität – verbessert Ergebnis und mindert das Risiko)
- ❖ entwickelt aus internationalen Best-Practice-Modellen
- ❖ nicht-pharmakologische Interventionen durch psychogeriatrische Pflegefachkraft täglich individuell anhand Risikoprofil „rezeptiert“
- ❖ Zusätzliches, individualisiertes Betreuungs-/ Aktivierungsangebot für Patienten ab 65 J. mehrfach täglich nach Erfordernis, um Delirien zu verhindern bzw. frühzeitig zu erkennen und zu behandeln
- ❖ Interventionen:
  - Orientierungs-/ Aktivbesuch (Kognition), Fit-Besuch (Mobilisierung)
  - Mahlzeitenbegleitung, Entspannung, Angstlösung und Schlafförderung
  - Diagnostikbegleitung, perioperative Medikationsreduktion
  - Psychoedukation zum gelingendem Altern

# Best-Practice Beispiel Klinikum Stuttgart

## „AKTIVER - Delirpräventionsprogramm“



STUTTGART  
Krankenhaus Rad Cannstatt  
Zentrum für Seelische Gesundheit  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere

→ Abbildung über Pflegebudget (Pflege am Bett) Dienstart 01



# Multiprofessionelles Schulungskonzept

Ausbildung zum „Demenz-/ Delirspezialist“ mit Zertifikat

Schulungs-/ Personalkosten	Kosten in €	Bemerkungen
- Nutzung Online Plattform	50,00 €	je TN
- Prüfung und Zertifikat	150 €	je TN (DGGPP)
- Schulungskosten, Gebühr (Material etc.)	330 €	
Arbeitsausfall pro TN (ca. 39h/ 5 Tage) 5 UE Onlineplattform 16 UE Präsenzunterricht 16h Hospitation und Prüfung	1250 €	250€/Tag/TN
<b>Schulungskosten pro TN gesamt</b>	<b>1780 €</b>	pro TN
<b>Dozentenkosten</b>		
Theorieunterricht (4x90 min, max. 12 TN)	<b>1000 €</b>	pro Tag
Praxisbegleitungsstage (max. 4 TN)	<b>600 €</b>	
<b>Demenz-/ Delirexperte</b> (Zuständigkeit übergeordnet für Klinik) Refinanzierung über Pflegebudget (Pflege am Bett in der direkten Patientenversorgung)	<b>ca. 80,000 € pro Jahr</b>	1,0 VK Pflegefachkraft (abhängig Größe des Hauses)

# Multiprofessionelles Schulungskonzept

## Effekte der Multiplikatorenschulung



### Multiplikatorenschulung

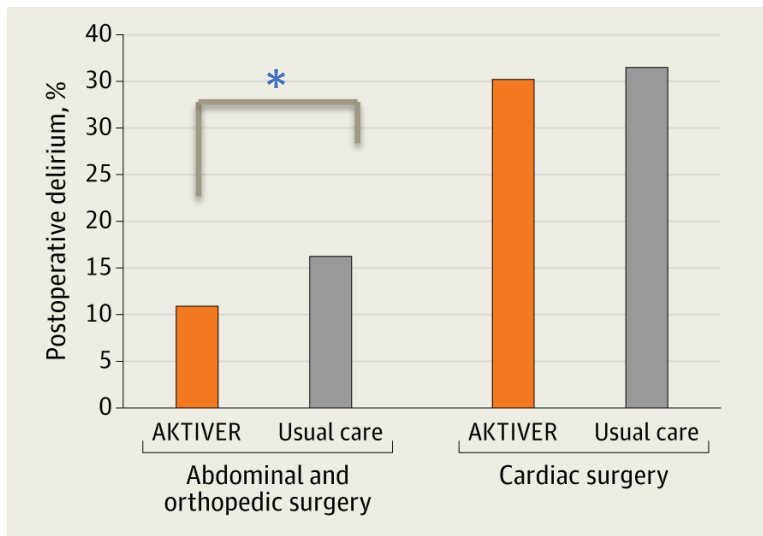
- Ergebnisse und Effekte

- ❖ Zugewinn an Wissen und Kompetenz
  - Erhöhung der Handlungssicherheit
- ❖ positive Teameffekte
  - multiprofessionelles Verständnis, Kooperationen
- ❖ verbesserte Krankenhaus- und Versorgungsstrukturen
- ❖ Optimierung der Behandlungsqualität
- ❖ Verbesserung der Mitarbeiter-, Patienten- und Angehörigenzufriedenheit
- ❖ Erster Schritt zur Installation eines Delirpräventions-Teams AKTIVER

# Hauptergebnis Multicenter Studie PAWEL



→ senkt perioperative Delirrate



## Orthopedic or abdominal surgery:

Odds ratio, 0.59; 95% CI, 0.35-0.99;  $P = .047$

## Cardiac surgery:

Odds ratio, 1.18; 95% CI, 0.70-1.99;  $P = .54$

N= 1470 Elektiv-Pat in 5 Zentren in BaWü

## Multimodale Intervention

zur tägl. Delir-Prophylaxe und -therapie, individual. Aktivierung durch geschultes Personal mit mehrfach täglichen Besuchen (je ca. 3 -15 min, 8 bis 20 Uhr)

## senkt das Delir-Risiko

(außer in der Herzchirurgie)

JAMA Surgery | Original Investigation

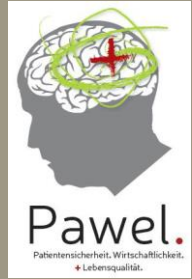
### Outcomes of a Delirium Prevention Program in Older Persons After Elective Surgery

A Stepped-Wedge Cluster Randomized Clinical Trial

Friederike Deeken, MSc; Alba Sánchez, PhD; Michael A. Rapp, MD, PhD; Michael Denkinger, MD; Simone Brefka, MD; Juliane Spank, MA; Carola Bruns, MD; Christine A. F. von Arnim, MD; Olivia C. Küster, PhD; Lars O. Conzelmann, MD, PhD; Brigitte R. Metz, MD; Christoph Maurer, MD; Yoanna Skrobik, MD; Oksana Forkavets, MD; Gerhard W. Eschweiler, MD; Christine Thomas, MD; for the PAWEL Study Group

Deeken et al. JAMA Surg. 2022  
Feb 1;157(2):e216370

# FAZIT aus unserer großen PAWEL-Studie



- ❖ Multimodale Delirprävention lohnt sich, stellt aber durch ein zusätzliches Team auch einen zusätzlichen Aufwand dar, der vergütet werden muss.
- ❖ Allgemeines Delirwissen, Expertenschulung und AKTIVER als Delirpräventionsprogramm sind innerhalb 12 Wochen erfolgreich einzuführen
- ❖ Kardiochirurgische Eingriffe benötigen Zusatzinterventionen zur Delirvermeidung, aber Pat. sind kürzer stationär u. profitieren langfristig
- ❖ **Empfehlung des G-BA:** Breite Umsetzung der Ergebnisse in Lehre, Weiterbildung, Krankenhausstandards, Leitlinien etc. für Pflege/Ärzte/KK
- ❖ Ausweitung des AKTIVER-Programmes auf akutchirurgische und akut-internistische Krankenhausbehandlungen mit hohem Delirrisiko

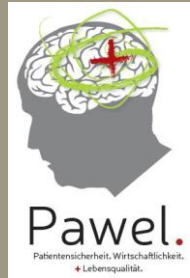
➤ **bundesweites Schulungsangebot:  
Delirmanagement und -prävention**

**aktiver**  
mit uns als Team an Ihrer Seite

 **Klinikum Stuttgart**

# Ausblick

Was können wir tun?



- ❖ Qualitätsverträge zur postoperativen Delirprävention vom gBA /IQTIG entwickelt → sollen von den Krankenkassen mit den Krankenhäusern vereinbart werden - **Zusatzvergütung!**
- ❖ **Multiplikatoren** **Demenz-/ Delirspezialist** für Krankenhäuser in BaWü - Zertifizierung durch Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie (DGGPP)
- ❖ **S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter (DeLEIhLA)** - eine transsektoral umsetzbare, interdisziplinär-interprofessionelle Leitlinie zur Delir-Prävention, -Diagnostik und -Therapie beim alten Menschen – bei der AWMF angemeldet (Förderung Innovationsfonds) (DGG, DGGPP, DGPPN)
- ❖ AKTIVER-Ausbildung und Zertifikat durch Dt. Akademie für Gerontopsychiatrie

# Multiprofessionelles Schulungskonzept

## Fazit für die Versorgung von MmD/ Delir im Krankenhaus

- ❖ Klares Commitment durch Krankenhausleitung/ Entscheidungsträger
- ❖ Bewusstseinschärfung und Haltungsänderung der MA, Multiprofessionelles Schulungskonzept
- ❖ Veränderung von Krankenhaus-Strukturen und -abläufen (z.B. Wartezeit)
- ❖ Frühzeitige Identifikation - Durchführung von Assessments zur Erfassung/ Erkennen von Risikofaktoren
- ❖ Einbezug von Angehörigen und Ehrenamtlichen
- ❖ Angepasste Pflege- und Behandlungskonzepte
- ❖ Einsatz von Demenz-/ Delirspezialisten (Multiplikatoren)
- ❖ Anpassung räumliche Umgebungsgestaltung (Demenz-/ Altersgerecht)
- ❖ Multiprofessionelle Zusammenarbeit
- ❖ Für Delirprävention zusätzliches Maßnahmenbündel erforderlich - Etablierung von Einzelmaßnahmen nicht ausreichend → Erweiterung:

# Multiprofessionelles Schulungskonzept

## Studien

**Burrow, S., Elvish, R. and Keady, J. (2013).** "Getting to Know Me" Supporting people with dementia in general hospitals., Copyright University of Manchester/Royal Bolton Hospital NHS Foundation Trust/Greater Manchester West Mental Health NHS Foundation Trust. Medical Illustration at Royal Bolton Hospital Reference.

**Davison, T. E., McCabe, M. P., Visser, S., Hudgson, C., Buchanan, G., & George, K. (2007).** Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 868-873.

**Hughes, J., Bagley, H., Reilly, S., Burns, A., & Challis, D. (2008).** Care staff working with people with dementia: training, knowledge and confidence. *Dementia*, 7, 227-238.

**Kuske, B., Hanns, S., Luck, T., Angermeyer, M C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2007).** Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 818-841.

**Rapp, C., Onega, L., Tripp-Reimer, T., Mobily, P., Wakefield, B., Kundrat, M., Akins, J., Wadle, K., Menten, J., Culp, K., Meyer, J., & Waterman, J. (1998).** Unit-based acute confusion resource nurse: An educational program to train staff nurses. *Gerontologist*, 38(5), 628-632.

**Schepers, A. K., Orrell, M., Shanahan, N., & Spector, A. (2012).** Sense of competence in dementia care staff (SCIDS) scale: development, reliability, and validity. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1153-1162.

**Teri, L., Huda, P., Gibbons, L., Young, H., & van Leynseele, J. (2005).** STAR: A dementia-specific training program for staff in assisted living residences. *Gerontologist*, 45(5), 686-693.

„Unsere größte Schwäche liegt im Aufgeben. Der sicherste Weg zum Erfolg ist immer, es noch einmal zu versuchen.“ (Thomas Alva Edison)





# Literatur

**Hewer, W., Thomas, C., Drach, L.** 2016. Delir beim alten Menschen. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

**Isfort, M.** (2016): Der Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus. In: Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE), Band 23, Heft 2+3, S. 77-86.

**Pinkert, C; Holle, B** (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45, 728-734.

**Robert Bosch Stiftung (RBS)** (2019): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Online verfügbar unter <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/menschen-mit-demenz-im-akutkrankenhaus>, zuletzt geprüft am 12.01.2019.

**Robert-Bosch-Stiftung (RBS)** (2019): Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser. Stuttgart.

**Schäufele, Martina; Bickel, Horst (2016):** General Hospital Study - GHoSt - Zusammenfassung einer repräsentativen Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern. Stuttgart.

**Thomas, C.** (2016): Epidemiologie. In: Hewer, W.; Thomas, C.; Drach, LM. (2016): Delir beim alten Menschen. Grundlagen-Diagnostik-Therapie-Prävention. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.