

Delirium

Eine unterschätzte Komplikation
„Der Patient ist im Durchgang!“

Personalentwicklung im Gesundheitswesen

Detlef Eggers - Thomas Bollenbach
Friedrich-Ebert-Straße 33
34117 Kassel

fon: 05 61 – 316 44 61 | mail@resultat-kassel.de

Genese

dieser Veranstaltung

„Wer unter euch ohne Sünde ist,
der werfe den ersten Stein...“

Johannes Kapitel 8



Nicht alle Latten im Zaun!

- **Im Durchgang**
- Durchgeknallt, Durchgeschallert
- Bekloppt, Bescheuert
- Morbus Matschbirne
- Völlig daneben
- Der hört die Einsläge nicht mehr
- Hirnamputiert
- Hopsig
- Verwirrt/ Verrückt
- Voll durch die Hecke
- Der hat die Mütze auf!



Hochaltrige Pat. Münster

- FAKT 07.01.2014



Definitionsansatz Delirium

Kurzform: Delir

- Aus dem lat.:
 - *Delirium*- „das Irresein“
 - *Delirare*- „wahnsinnig, irre sein, faseln“
 - de- „ab, neben, vom Weg“
- **Lira**- „Furche, Rille, Spur“!?

resultAT

„Vom Normalen,
Richtigen abweichen!“

- „(beim Pflügen) aus der Furche geraten“

d. h. übertragen:

Neben der Spur sein!

resultAT

Delir- Definitionsansatz

- „...ein **akutes, schweres, prinzipiell reversibles, organisch** bedingtes **Psychosyndrom** mit **Bewusstseinsstörung**.
- Kennzeichnend für das Delirium ist **neben** der **Bewusstseinsstörung** eine **Störung** der **Aufmerksamkeit**, der **Wahrnehmung**, des **Denkens**, der **Kognition**, des **Gedächtnisses**, der **Psychomotorik** und der **Emotionalität**.

Z. J. Lipowski, Psychiater

resultAT

- Die **akute psychische Störung** hat entweder eine **organische Ursache**, oder entsteht aufgrund von **Drogenwirkung** oder **Drogenentzug**.
- **Dauer und Verlauf** sind **individuell** und der Schweregrad reicht von leicht bis zu sehr schwer.

resultAT

Delir - Häufigkeit

- 60- 80 % aller beatmeten Patienten erleiden ein Delir
- 50 % der **nicht** beatmeten Patienten erleiden ebenfalls ein Delir

Vgl. S3 Leitlinie zur Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin, Stand: 01.12.2019, gültig bis 01.12.2024
Vgl. A. Lütz, A. Heymann, F.M. Dadke, C.D. Spies, „Posttraumatisches Delir und kognitives Defizit- Was wir nicht messen...“, Thieme
2019, S. 222

resultAT

Delir - Häufigkeit

- ca. 10- 15% aller Patienten in allgemeinen chirurgischen Abteilungen
- ca. 15-25% aller Patienten in allgemeinen Internistischen Abteilungen
- ca. 40% aller Pat. nach OP wg. Hüftfraktur

Sharon K. Inouye, MD, MPH, New Haven; Connecticut, American Journal of Medicine 1994

resultAT

Delir - Häufigkeit

- Sehr hohe Inzidenz auch bei Patienten nach herzchirurgischen Operationen
- Das Delir wird/ wurde nahezu als normale Phase hingenommen!

resultAT

Unerkannte Delirien

- 30 bis 60 Prozent bleiben unerkannt!
- Andere Studien gehen von 60 bis 70 Prozent unentdeckter Delire aus!

Journal of Psychosomatic Research 65 (2008) 205
Leentjens

resultAT

Formen des Delirs

Unterschieden werden 3 Subtypen

- Hyperaktive Form (ca.2%)- (15%)
- Hypoaktive Form (ca. 43%)
- Gemischte Form (ca. 55%)

resultAT

Hypo - Hyper

- | | |
|---|--------------------------------------|
| • Apathie, „Dösen“ | • psychomot. Unruhe bis Agitiertheit |
| • Bewegungsarmut | • Irritierbarkeit |
| • Kaum Kontaktaufnahme | • Halluzinationen |
| • Halluzinationen und Desorientiertheit | • Angst |
| • Geringe vegetative Symptome | • Deutliche vegetative Symptome |

Übergabe:

„Das ist ein süßes Ömchen, die macht nichts.“

resultAT

Symptome

Störungen des Bewusstseins

- Schwankt zwischen Benommenheit, Schläfrigkeit bis hin zum Koma und Phasen übermäßiger Wachsamkeit.
- Ihm ist nicht klar, was mit ihm in der ihn umgebenden Umwelt geschieht.

Vgl. J. Lindsay, A. MacDonald, K. Rockwood (Hrsg.), W. Hasemann (dt. Hrsg.) "Akute Verwirrtheit - Delir im Alter",

resultAT

Symptome

Aufmerksamkeitsdefizit

- Der Pat. hat Konzentrationsschwächen, er lässt sich leicht ablenken.
- Er kann Fragestellungen oder einfachen Anweisungen nicht folgen.
- Er versucht überfordernden Situation auszuweichen:

Er bittet mehrfach um die Wiederholung von Fragen oder

Er füllt Lücken durch konfabulieren.

Vgl. J. Lindsay, A. MacDonald, K. Rockwood (Hrsg.), W. Hasemann (dt. Hrsg.) "Akute Verwirrtheit - Delir im Alter",

© Verlag Hans Huber 2009, Kontext: "Das Konzept des Delirs"

resultAT

Symptome

Kognitive Störungen

- Der Pat. hat eine Verlangsamung oder einer Beschleunigung des Gedankenflusses.
- Urteilsfähigkeit und logisches Denken sind im Verlauf beeinträchtigt
- Gedächtnisstörungen im Kurz- und Langzeitgedächtnis treten auf.
- Orientierungsstörungen- beginnen oft mit zeitlicher Desorientierung, es folgen situative und später Desorientierung bezüglich der eigenen Person.
- Situative Fehlinterpretationen der Umwelt/u.a. zur illusionären Verknennung (Pflegerperson = Familienangehörige, Freunde...)
- Optische und seltener akustische Halluzinationen können auftreten.

Vgl. J. Lindsay, A. MacDonald, K. Rockwood (Hrsg.), W. Hasemann (dt. Hrsg.) "Akute Verwirrtheit - Delir im Alter",
© Verlag Hans Huber 2009, Kapitel: "Das Konzept des Delirs"

resultAT

Symptome

Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus

- Schlafstörungen und Alpträume sind häufig Anzeichen eines beginnenden Delirs.
- Es kommt zur Antriebssteigerung bis hin zu völliger Schlaflosigkeit während der Nachtstunden und exzessiver Müdigkeit am Tage.
- Gelegentlich tritt eine komplette Umkehr des Tag-Nacht- Rhythmus auf.

Vgl. J. Lindsay, A. MacDonald, K. Rockwood (Hrsg.), W. Hasemann (dt. Hrsg.) "Akute Verwirrtheit - Delir im Alter",
© Verlag Hans Huber 2009, Kapitel: "Das Konzept des Delirs"

resultAT

Symptome

Psychomotorische Auffälligkeiten

- Delirante Patienten werden meist von einer inneren Unruhe getrieben.
- Sie zeigen eine motorische Agitiertheit mit Tremor, Nesteln oder Zupfen an der Bettdecke oder den i.v.- Zugängen.
- Sie wollen häufig aufstehen!

Siehste!!!

Vgl. J. Lindsay, A. MacDonald, K. Rockwood (Hrsg.), W. Hasemann (dt. Hrsg.) "Akute Verwirrtheit - Delir im Alter",
© Verlag Hans Huber 2009, Kapitel: "Das Konzept des Delirs"

resultAT

Symptome

Vegetative Störungen

- Der Pat. schwitzt häufig, ist zeitweise tachykard und hyperten.
- Er hat meist nur geringen Appetit und ein vermindertes Durstgefühl bei Mundtrockenheit.
- Er hat oft ein reduziertes Schmerzempfinden.

Vgl. J. Lindsay, A. MacDonald, K. Rockwood (Hrsg.), W. Hasemann (dt. Hrsg.) "Akute Verwirrtheit - Delir im Alter",
© Verlag Hans Huber 2009, Kapitel: "Das Konzept des Delirs"

resultAT

Symptome

Affektive Störungen

- Können sich in Angst, Furcht, Gereiztheit, Wut, Ratlosigkeit, Euphorie oder Apathie ausdrücken.
- Der Patient beginnt zu schimpfen oder fluchen, laut zu rufen oder schreien, er murmelt *vor* sich hin oder stöhnt, reagiert aggressiv oder kaum auf Ansprache oder Berührung.
- Diese Verhaltensweisen treten üblicherweise im Tagesverlauf fluktuierend und zur Nacht verstärkt auf.

Vgl. J. Lindesay, A. MacDonald, K. Rockwood (Hrsg.), W. Hasemann (dt. Hrsg.) "Akute Verwirrtheit - Delir im Alter",
© Verlag Hans Huber 2009, Kapitel: "Das Konzept des Delirs"

resultAT

Delir = vielgestaltiges Syndrom

- Die Symptome können sich jederzeit, unberechenbar und geradezu paradox verändern!
- Die Abgrenzung zur Demenz, Psychose oder zur Depression ist häufig schwierig.

resultAT

Das klinische Bild

- Akuter Beginn!!!!!!
- **Bewusstseinsklare Intervalle wechseln** sich im Tagesverlauf mit **deliranten Phasen** ab.
(Fluktuierend-lateinisch fluctuare = wogen; schwanken)
- Abends und Nachts nehmen die Symptome tendenziell zu-
„Nachts sind nicht alle Katzen grau!“

Vgl. J. Lindesay, A. MacDonald, K. Rockwood (Hrsg.), W. Hasemann (dt. Hrsg.) "Akute Verwirrtheit - Delir im Alter",
© Verlag Hans Huber 2009, Kapitel: "Das Konzept des Delirs"

resultAT

Abgrenzung zur Demenz...

- Sicherstes Merkmal eines Delirs ist der **akute** Beginn und **fluktuierende** Verlauf mit der Verschlimmerung der Symptomatik in den Nachtstunden.

resultAT

„I watch Death“

I	Infections	(Infektionen)
W	Withdrawal	(Entzug)
A	Acute Metabolic	(Akute metabolische Störung)
T	Trauma	(Trauma)
C	CNS- Pathology	(Pathologische ZNS- Erkrankung)
H	Hypoxia	(Hypoxie)
D	Deficiency	(Mangelerkrankungen)
E	Endocrinopathies	(Endokrinopathien)
A	Acute Vascular	(Akute vaskuläre Erkrankungen)
T	Toxines/ Drugs	(Toxine/Medikamente)
H	Heavy Metals	(Schwermetallvergiftung)

(vgl. AWMF S3- Leitlinie Anästhesiologie 2009, S. 6)

resultAT

Pathophysiologie

Man geht davon aus, dass

- Störung der Sauerstoff- und Nährstoffversorgung des Hirngewebes
- Ungleichgewicht der Flüssigkeitsverteilung zwischen intra- und extrazellulärem Raum
- Ungleichgewicht der Elektrolyte, Verschiebung des Säure-Basen-Haushalts dabei eine wichtige Rolle spielen!

resultAT

Entstehungshypothesen

Die Stresshypothese

- **Stressfaktoren** wie **Entzündungen**, schweren **Erkrankungen** oder **Traumata** führen über das sympathische Nervensystem zu einer **erhöhten Freisetzung von Glukokortikoiden**
- Der **Cortisolspiegel** im Blut deliranter Patienten ist häufig **erhöht**.
- Diese **Veränderung** des **Kortisol-Haushaltes** mit seinen **Auswirkungen** auf die **Neurotransmitter-Synthese** wird als ein wahrscheinlicher Delir-Auslöser angesehen.

Vgl. Lindsay, A. MacDonald, K. Rockwood (Hrsg.), W. Hasemann (dt. Hrsg.), "Akute Verwirrtheit - Delir im Alter", ©2009, Kapitel 4: "Die Neuropathophysiologie des Delirs"
<http://www.aerzteblatt.de/archiv/126278/Verwirrheitszustaeude-im-Alter-Diagnostik-und-Therapie>, Zugriff am 18.01.2014, 16:17h
 5. Lorenz, I. Fügen, S. Noachtar, "Verwirrheitszustände im Alter - Diagnostik und Therapie" Dtsch. Ärzteblatt 109, © 2012, 5.393

resultAT

Entstehungshypothesen

Die Neurotransmitter-Hypothese

- Ein **Mangel** an **anticholinergen** und ein Überschuss an **dopaminergen** Substanzen führen zur **Veränderungen** der neuronalen **Reizweiterleitung** und **-verarbeitung**
- **Metabolische Störungen** wie **Hypoglykämie**, **Hypoxie** und Störungen im **Elektrolythaushalt** führen zu einer **direkten Beeinträchtigung** der **neuronalen Funktionen**

Vgl. Lindsay, A. MacDonald, K. Rockwood (Hrsg.), W. Hasemann (dt. Hrsg.), "Akute Verwirrtheit - Delir im Alter", ©2009, Kapitel 4: "Die Neuropathophysiologie des Delirs"
<http://www.aerzteblatt.de/archiv/126278/Verwirrheitszustaeude-im-Alter-Diagnostik-und-Therapie>, Zugriff am 18.01.2014, 16:17h
 5. Lorenz, I. Fügen, S. Noachtar, "Verwirrheitszustände im Alter - Diagnostik und Therapie" Dtsch. Ärzteblatt 109, © 2012, 5.393

resultAT

Entstehungshypothesen

Die Entzündungshypothese

- **Störungen außerhalb des Gehirns**, wie z. B. **Entzündungen, Traumata** oder **chirurgische Eingriffe** können ein Delir auslösen können.
- Es wurde nachgewiesen, dass **Zytokine** im Blut deliranter Patienten häufig **erhöht** sind.
- **SIRS-** es kann zu direkten **neurotoxischen Entzündungsreaktionen** des Gehirns führen.
- **Zytokine** können auch eine **Störung** der Synthese und Freisetzung der **Neurotransmitter** hervorrufen.

Vgl. Lindesay, A. MacDonald, K. Rockwood (Hrsg.), W. Hasemann (dt. Hrsg.), "Akute Verwirrtheit - Delir im Alter", ©2009, Kapitel 4: "Die Neuropathophysiologie des Delirs"
<http://www.aerzteblatt.de/archiv/126278/Verwirrheitszustae-im-Alter-Diagnostik-und-Therapie>, Zugriff am 18.01.2014, 16:17h
 5. Lorenz, I. Fügen, S. Noachtar, "Verwirrheitszustände im Alter - Diagnostik und Therapie" Dtsch. Ärzteblatt 109, © 2012, 5.393

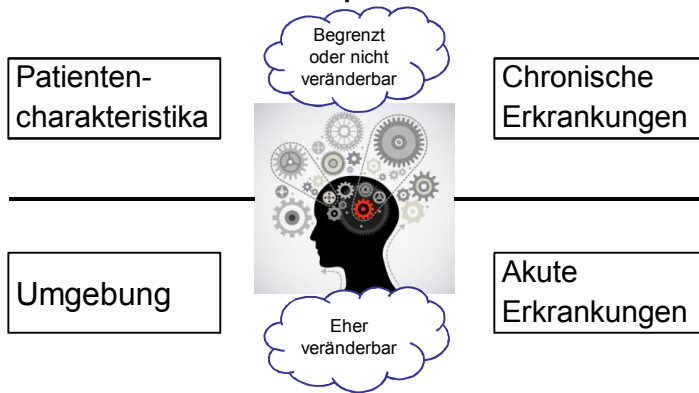
resultAT

Prädisponierende Faktoren

- Es ist davon auszugehen, dass die das Delir begünstigenden **Faktoren** sich nicht einfach nur zu einem **Gefahrenpotential addieren, sondern multiplizieren**.

resultAT

Delir- Risikofaktoren bei Intensivpatienten



vgl. Van Rompaey et al. 2009, S. 4/ Bildnachweis

resultAT

Delir begünstigende Faktoren

Schwere Erkrankungen

- wie z.B. kardiale Dekompensation
- Myokardinfarkt
- respiratorische Störungen
- Hypoxie
- Infektionen (Pneumonie, Harnwegsinfekte)
- Sepsis
- Anämie
- Traumata
- Operationen
- Tumorerkrankungen
- Unbehandelte Schmerzzustände!!!!!!!
- ...Harnverhalt, Obstipation.... Exikkose, Mangelernährung

resultAT

Delir begünstigende Faktoren

Medikamente

- Eine **Polymedikation** (3) gehört zu den grundlegenden **delirauslösenden Faktoren**.

Arzneistoffe, die ein Delir verursachen können:

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| • Analgetika | • Glykoside |
| • Antibiotika | • Diuretika |
| • Antiarrhythmika | • Kortikosteroide |
| • Antidepressiva | • Neuroleptika |
| • Antiepileptika | • Theophyllin |
| • Benzodiazepine | • Lithium |
| • Betablocker | • Parkinson-Medikamente |

resultAT

Delir begünstigende Faktoren

Metabolische Entgleisungen

- Hyper- oder Hypoglykämie
- Elektrolyt-Entgleisungen
- Hyponatriämie und Hyperkalzämie
- Säure-Basen-Störungen
- Hyper- oder Hypothyreose
- Hyper- oder Hypothyreoidismus
- Vitamin B 1- oder B 12-Mangel
- Addison-Krise

resultAT

Delir begünstigende Faktoren

Primäre neurologische Erkrankungen

- Apoplex
- Schädel-Hirn-Trauma
- intrakranielle Blutungen
- Morbus Parkinson
- Meningitis/ Enzephalitis
- zerebrale Abszesse
- epileptische Ereignisse
- Depressionen oder/ und Demenz

resultAT

Delir begünstigende Faktoren

Umgebungsfaktoren

- Krankenhaus= Umgebungswechsel
- häufige Raum- und Personalwechsel
fehlenden Orientierungsmöglichkeiten wie Uhren, Kalender, Tageslicht oder die Möglichkeit, ins Freie blicken zu können.
- Iatrogene Ereignisse wie z.B. ein neuer Dekubitus.
- Jede iatrogene invasive, diagnostische Maßnahme erhöht das Delir- Risiko.

Dies gilt für alle Untersuchungen !

11 Vgl. http://www.aerzteblatt.de/archiv/126278/Verwirrheitszustand_e-im-Alter-Diagnostik-und-Therapie, Zugriff am 18.01.2014, 16:17h
5. Lorenz, I. Fügen, S. Noachtar, "Verwirrheitszustände im Alter - Diagnostik und Therapie" Dtsch. Ärzteblatt 109, © 2012, S. 397
12 Vgl. J. Lindesay, A. MacDonald, K. Rockwood (Hrsg.), W. Hasemann (dt. Hrsg.), "Akute Verwirrtheit - Delir im Alter", © 2009, S. 83

resultAT

Delir begünstigende Faktoren

Umgebungsfaktoren

- Ferner können freiheitsentziehende Maßnahmen mit mechanischer Fixierung und sensorische Deprivation (Reizentzug) die Entstehung eines deliranten Syndroms auslösen.
- Bestimmte Patientengruppen erleiden besonders häufig ein Delir.
 - Ältere Pat. - Alter > 65 J/ oder letzte Lebensphase
 - Pat. auf Intensivstationen

Speziell Beatmungspatienten sind davon betroffen:

- Nach Beenden der maschinellen Beatmung liegt die Delir-Inzidenz dieser Patienten bei fast 80 %.

11 Vgl. http://www.aerzteblatt.de/archiv/126278/Verwirrheitszustand_e-im-Alter-Diagnostik-und_Thera_pie, Zugriff am 18.01.2014, 16:17h

5. Lorenz, I. Fügen, S. Noachtar, "Verwirrheitszustände im Alter - Diagnostik und Therapie" Dtsch. Ärzteblatt 109, © 2012 S.397

12 Vol. 1: Lindner, A. MacDonald, K. Debusch (Hrsg.), W. Hagemann (Hrsg.), F. Audevergne (Hrsg.), Delir im Alter, © 2009, S.

resultAT

Pfade, die zu einem Delir führen

Iatrogene Komplikationen

- Fixierung
- **Blasenkatheter**
- Zusätzliche immobilisierende Maßnahmen
- Weniger als ein Mal täglich aus dem Bett...
- Mehr als 12 Stunden auf der Notfallstation
- Malnutrition (Unterernährung, Mangelernährung)
- Respiratorische Insuffizienz
- Dehydratation

Inouye, 1996

- (Fehlende Hilfsmittel wie Hörgeräte, Brillen, Zahnprothesen...)

resultAT

- In der **Vergangenheit** wurde meist die **akute Erkrankung**, die zur Krankenhauseinweisung führte, **als Ursache** für das **Auftreten** eines **Delirs verantwortlich** gemacht.
- Es wurde die Tatsache vernachlässigt, dass sich das **Delir zumeist** erst **während** des **Krankenhausaufenthaltes** und **trotz** begonnener **wirksamer Therapie der Grunderkrankung** entwickelte.
- **Das Delir ist keine eigenständige Krankheit!!**

Risikofaktoren

```
graph TD; Patient[Patient] --> Delir((Delir Risikofaktoren)); Medizinisch[Medizinisch] --> Delir; Prozeduren[Prozeduren] --> Delir; Medikamente[Medikamente] --> Delir; Umgebung[Umgebung] --> Delir;
```

Patient

- Alter
- Vorbestehende kognitive Beeinträchtigung
- Vorangegangenes Delir
- ZNS Erkrankung
- Erhöhte Durchlässigkeit Blut-Hirn-Schranke
- Schlechter Ernährungsstatus

Medizinisch

- Schwere der Begleiterkrankungen
- Verbrennungen
- HIV/AIDS
- Organversagen
- Infektionen (HWI)
- Hypoxämie
- Fraktur
- Hypothermie/Fieber
- Elektrolytstörungen
- Dehydratation
- Geringes Serumalbumin
- Nikotinenzug
- Unkontrollierte Schmerzen

Prozeduren

- Perioperativ
- Art des Eingriffs
- Notfall Eintritt
- Operationsdauer
- Blasenkatheter

Medikamente

- Polypharmazie
- Drogen- und Alkoholabhängigkeit
- Psychoaktive Medikamente
- Anticholinerge Medikamente

Umgebung

- Soziale Isolation
- Reizüberflutung
- Sehschwäche
- Hörschwäche
- Immobilität
- Neue Umgebung
- Stress
- Fixierung

Delir Risikofaktoren

(Trzepacz, 2008)

Delir und seine Folgen

- Höhere Verweildauer in der Klinik (als bei Patienten bei gleicher Grunderkrankung)
(O'Keeffe & Lavan, 1997)
- Vermehrte Komplikationen in der Klinik und danach
(Marcantonio et al., 2005)
- Schlechtere Rehabilitations Outcomes
(Olofsson et al., 2005)
- Höhere Mortalität
(McCusker, Cole, Abrahamowicz, Primeau & Belzile, 2002)
- Höhere Pflegebedürftigkeit mit häufigerer Einweisung in Pflegeheim
(McCusker, Cole, Dendukuri, Belzile & Primeau, 2001)
- Dauerhafte Verschlechterung von kognitiven Fähigkeiten
(Francis & Kapoor, 1992)
- Erhöhte Behandlungskosten
(Inoué, 2006)

resultAT

Komplikationen - Anstieg der Mortalität

- Ein Delirium verschlechtert die Prognose der Grunderkrankung!!!!!!
- **Hohes Selbstverletzungsrisiko!!!!!!!**
Z.B. durch unbewusste Manipulation am Tubus oder an venösen oder arteriellen Zugängen!
- **Hohes Sturzrisiko!!!!!!**
- Verletzungsgefahr durch Fixierung!

resultAT



resultAT

Das Delir auf Intensivstation im Speziellen führt zu einer **dreifachen Erhöhung der 6 Monats Mortalität!**

(Ely et al., 2001; Lutz et al., 2008; Sharma et al., 2005)

resultAT

Diagnostik und Klassifizierungen

resultAT

Klassifikationssysteme

- DSM 4
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- System zur Klassifizierung psychischer Störungen
- Seit 1952 durch die amerikanische Psychiater-Vereinigung erstellt
- American Psychiatry Association 2000
- Seit 2013 DSM 5

resultAT

Klassifikationssysteme

- ICD 10- Ziffern: F00 bis F09
- ICD = *International Classification of Diseases* ("Internationale Klassifikation von Krankheiten").
- Der ICD ist ein von der WHO initiiertes und gepflegtes Schlüssel, der in Version 10 jeder Diagnose einen bis zu 5-stelligen Code zuordnet.
- Das **Delir** gehört zu den Leitsymptomen 1. Grades organischer (körperlich begründbarer) Psychosen.

resultAT

Diagnostische Kriterien des Delirs nach ICD-10 und DSM-IV

- | | |
|---|--|
| • Bewusstseinsstörung+/
Aufmerksamkeitsstörung | • Bewusstseinsstörung+/
Aufmerksamkeitsstörung |
| • Störung der Kognition | • Störung der Kognition |
| • Affektive und
Psychomotorische
Störungen | • Beginn meist innerhalb
kurzer Zeitspanne
(Std.-Tage) |
| • Störungen des Schlaf-
/Wachrhythmus | • Verlauf fluktuierend |
| • Beginn meist akut | • Delir ist Folge einer
zerebralen |
| • Verlauf fluktuierend | • oder systemischen
Erkrankung |
| • Gesamtdauer < 6 M | |
| • Zugrundeliegende Ursache
meist nachweisbar | |

resultAT

Richmond Agitation-Sedation Scale Bearbeiten Mehr >

1 Definition
 Der **Richmond Agitation-Sedation Scale**, kurz **RASS**, ist ein medizinisches **Score-System** zur Einschätzung des **Agitations-** oder **Sedationszustands** eines Patienten.

2 Hintergrund
 Meist wird der RASS in Kombination mit dem **Glasgow Coma Scale** angewandt - vor allem um die Tiefe der Sedation eines beatmeten Patienten einschätzen zu können. Aufgrund der kontinuierlichen Bestimmung (Trend) kann eine Aussage bezüglich der über- oder Untersedierung eines Patienten getroffen werden. Zudem kann der RASS bei neurochirurgischen Patienten angewandt werden, meist kombiniert mit dem **CAM-ICU**, um **intrakranielle** Prozesse **nicht-invasiv** zu überwachen.

Zustand	Score
Aggressiv	+4
Stark agitiert	+3
Agitiert	+2
Unruhig	+1
Wach und ruhig	0
Schlafig	-1
Leicht sediert	-2
Mäßig sediert	-3
Tief sediert	-4
Nicht weckbar	-5

Tags: CAM-ICU, RASS, Richmond Agitation-Sedation Scale
 Fachgebiete: Anästhesiologie, Intensivmedizin, Neurochirurgie, Neurologie

**Confusion Assessment Method für Intensivstation
CAM-ICU**

Ein Delir liegt vor, wenn: 1, 2 und 3 oder 1, 2 und 4 positiv sind

RASS grösser als -4 (-3 bis +4)
 weiter zur nächsten Stufe

RASS ist -4 oder -5
STOP
 Pat. später erneut untersuchen

1 Psychische Veränderung?
 Äußer Begegn? (z.B. im Vergleich zu prä-OP?)
 Ändert sich das Verhalten im Tagesverlauf?
 NEIN → STOP Kein Delir
 JA → 2

2 Aufmerksamkeitsstörung
 Lesen Sie einzeln folgende Buchstaben vor: **A N A N A S B A U M**
 Fehlen: Pat. drückt beim "A" nicht die Hand
 Fehler: Patient drückt bei einem anderen Buchstaben als "A"
 1 oder 2 Fehler → STOP Kein Delir

3 Fehler (oder mehr)

3 Bewusstseinsveränderung ("akuter" RASS)
 Falls RASS = 0, weiter zur nächsten Stufe
 Falls RASS nicht 0 ist → Delir

0 RASS

4 unorganisiertes Denken
 1. Schwimmt ein Stein auf dem Wasser? (Schwimmt ein Boot auf dem Wasser?)
 2. Gibt es Fische im Meer? (Gibt es Entenschen im Meer?)
 3. Wiegt ein Kilo mehr als zwei Kilo? (Wiegen zwei Kilo mehr als ein Kilo?)
 4. Kann man mit einem Hammer sehen? (Kann man mit einem Hammer Hufe sehen?)
 5. Nagel in die Wand schlagen?
 2 Fehler → Delir
 1 Fehler → STOP Kein Delir

5 Anweisungen:
 Sagen Sie dem Pat.: "Halten Sie sowohl Finger hoch" (Untersucher hält zwei Finger hoch):
 "Nun machen Sie dasselbe mit der anderen Hand" (Wiederholen Sie nicht die Anzahl der Finger).
 Falls Pat. nicht beide Arme bewegen kann, sagen Sie: "Fügen Sie einen Finger hinzu."

CAM-ICU Flowchart

Filme CAM-ICU-RASS

- Film 1 • Negativ
- Film 2 • Positiv/RASS= 0
- Film 3 • Positiv/RASS= 1

Fallbeispiel

- Wie gehen Sie vor?

Prävention und Behandlung

resultAT

Maßnahmen zur Prophylaxe/ Reorientierung

Ansatz	Methode
Frühmobilisierung	Thekla, Physiotherapie
Brille, Hörgerät, Uhr, Kalender	Infos über Situation, eigene Person, Datum, Uhrzeit...
Tag-Nacht-Rhythmus erhalten	Licht aus, kein Lärm, Evita: Nachtmodus
Familie einbinden	Biographisches Arbeiten, Info an Familie, präsent sein, alte Fotos, Zeitungen

Vgl. https://Klinikum-Nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/kliniken/medizin/fachinformationen/AZ_Orderer_versteckt/Delir_jsintranet1.pdf, Zugriff: 14.10.2015

resultAT

Maßnahmen zur Prophylaxe/ Reorientierung

Ansatz	Methode
Katheter, Fixierung, Obstipation vermeiden	Fixierung aufheben
Aktivierung	Selbständige Körperpflege, Essen, Trinken
Schmerz vermeiden	Schmerzerfassung, Schmerzprophylaxe
Basale Stimulation	Umgrenzende Lagerung
Klangschantherapie	„Klangräume“ schaffen

Vgl. https://Klinikum-Nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/kliniken/medizin/fachinformationen/AZ_Orderer_versteckt/Delir_jsintranet1.pdf, Zugriff: 14.10.2015

resultAT

Prinzipien des therapeutischen Umgangs mit deliranten Patienten

- Engmaschige Überwachung, um Selbstgefährdung auszuschließen
- Fixieren als "letztes Mittel"
- Ruhige, klar strukturierte Umgebung (Orientierungshilfen, Beleuchtungsverhältnisse, etc.)
- Klare und eindeutige Kommunikation (verbal/ nonverbal)
- „Regulierung“ des Schlaf-Wach-Rhythmus

van Soest u. Wort11staU: Akute Verwirrtheit (Delir) bei geriatrischen Patienten DMW 2001, 126. Jg., Nr. 28.129
Meagher, 1996 und 2001

resultAT

Prinzipien des therapeutischen Umgangs mit dileranten Patienten

- Ausreichende Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr
- Vermeiden einer Reizüberflutung (ICU), aber auch einer Reizdeprivation (z.B. durch Beschäftigung, Mobilisierung)
- Konstante Bezugspersonen, (Sitzwache)
- Freundlicher Umgang, Vermeiden von Konfrontation
- Einbeziehen von Angehörigen

resultAT

Den Ärzten wird empfohlen

Therapie

- Der Patient im Delir ist potentiell vital gefährdet und gehört auf jeden Fall in intensivmedizinische Betreuung:
- **akut:** Monitoring von Vitalparametern, Elektrolyten und Flüssigkeitsbilanz
- Pharmakologische Dämpfung der psychomotorischen Unruhe und Schutz vor Selbstverletzungen und Suizidprävention. (Haloperidol)
- Dexmedetomidin (Dexdor®)

<http://flexikon.doccheck.com/de/Delir>

resultAT

- **Delirprävention** gilt als Qualitätsmerkmal der Behandlung älterer Menschen im Krankenhaus!!

resultAT

Fazit

- Das Delir mit seinen gravierenden Folgen ist gerade im Alter Hauptrisikofaktor und stellt einen Indikator der Behandlungsqualität dar.
- 30% bis 40% der Fälle wären vermeidbar
- Das Wissen um delir-begünstigende und -auslösende Faktoren trägt wesentlich zur Delirvermeidung und -verkürzung bei

„Ein bisschen verwirrt“ ist auch im Alter ein bisschen zu viel!

resultAT

Take Care!

Delir

- ist häufig und wird oft übersehen
- erhöht Morbidität und Mortalität
- erhöht nachfolgende Demenzrate
- verschlechtert Prognose
- verlängert stationäre Behandlung
- erhöht die Behandlungskosten
- ist ein medizinischer Notfall

resultAT

Abkürzungen	
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation von Krankheiten)
CAM	Confusion Assessment Method Verwirrtheits- Beurteilungs-Methode
ICU	Intensiv Care Unit Intensivstation
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale Richmond-Unruhe/ Erregung/Aufregung- Beruhigungs- Skala
GCS	Glasgow Coma Scale Glasgow Bewusstseins-Skala
ASE	Attention Screening Examination Aufmerksamkeits-Beobachungs- Prüfung
DRS-R-98	Delirium Rating Scale-revised-98
DOS	Delir-Observation-Scale
MSQ	Mental Status Questionary

resultAT

„Die kriegt sowieso nichts mit!“

Posttraumatische Belastungsstörungen
nach intensivmedizinischer Behandlung



Personalentwicklung im Gesundheitswesen

D. Eggers – Th. Bollenbach
www.resultat-online.de

Der ideale Patient?

„Kontrolliert beatmet und alle Perfusoren
dran, die man so braucht!“

resultAT

Ausbildungseinheit

- Endotracheales Absaugen

„Die merken ja sowieso nichts!“

DOCH!

cris.TAT

Der
24.09.2007



cris.TAT

Ein Polizist äußerte:

„Der Mutter können wir sagen, sie soll schon
mal einen Sarg besorgen!“

cris.TAT



cris.TAT

Erlebnisse von Frau F.

- Das Personal manipulierte an ihr, ohne Ansprache oder Erklärung, was gemacht wird bzw. was geschieht:
- Die Magensonde wurde ohne Vorwarnung gezogen!
- Brennen in der Speiseröhre und Rachen, sowie Übelkeit war die Folge.
- Ebenso wurde der arterielle Zugang ohne Ansage gezogen!!!

© 2008 TAT

Folgen dieses Verhaltens

- Wenn sich Frau F. nicht als Person angesprochen und wahrgenommen gefühlt hat „zog sie sich in sich“ zurück.
- **„Ich strengte mich nicht an!“**
- **Diese Abwehrreaktion hatte negative Auswirkungen auf die Vitalzeichen!**

© 2008 TAT

Alarm!

„Ich weiß doch was da piept!“

Alarmparameter

© 2008 TAT

Ihr Wunsch

- Häufige Anwesenheit der Angehörigen
- Kontinuität bei Pflegekräften und Ärzten
- Aufklärung und Information in verständlicher Sprache

© 2008 TAT

Stiftung Pflege e.V.

- Der Angehörige spielt als vertrauter Mensch für den Intensivpatienten eine besondere Rolle und trägt wesentlich zur Genesung von Patienten bei.
- Er leistet emotionalen Beistand und er gibt dem Patienten das wichtige Gefühl, dass sich jemand „kümmert“.
- Das „Kümmern“ wird durch „Da-Sein“ vermittelt. „Da-Sein“ ermöglicht Berührungen, Anteilnahme, am Alltag teilhaben lassen und auch ganz praktische Hilfen.

Ziel: Angehörige als Teil des therapeutischen Konzeptes für den Intensivpatienten zu integrieren.



Zertifikat



für die
Medizinische Intensivstation
Station 57
am
Friedrich-Ebert-Krankenhaus
Neumünster

ANGEHÖRIGE
JEDERZEIT WILLKOMMEN!

ein erster Schritt zur
angehörigenfreundlichen Intensivstation

Intensivpatienten haben das Recht

- über ihre Situation aufgeklärt und in Entscheidungen einbezogen zu werden. Falls sie dazu nicht in der Lage sind, hat ein Mensch ihres Vertrauens das Recht, alle Informationen über ihre gesundheitliche Situation zu erhalten.
- für sie wichtige Menschen in der Nähe zu haben und ihre Unterstützung so oft wie nötig in Anspruch zu nehmen.
- dass die professionellen Betreuer (Ärzte und Pflegepersonal) ihren Angehörigen mit Respekt begegnen, sie als therapeutisch wichtig ansehen und mit ihnen eine gute Besuchsregelung vereinbaren.

Grundlage für die Ausstellung des Zertifikates:

- öffentliche Anerkennung des Rechts des Intensivpatienten auf Anwesenheit von Angehörigen
- nachweisliche Information der Angehörigen über eine individuelle Besuchsregelung
- Befürwortung durch Geschäftsführung und Patientenförsprecher
- Gültigkeitszeitraum: 3 Jahre ab dem Tag der Ausstellung

Berlin, den 30.08.2010

www.stiftung-pflege.info



Dringend unterstützen!!!

Danke für Ihr Interesse an der Umfrage zur Angehörigenbegleitung auf Intensivstationen

- Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen.

der Pflege e.V. hat in den vergangenen 10 Jahren über 250 Intensivstationen mit dem Zertifikat "Angehörigenfreundliche Intensivstation" ausgezeichnet. Es hat sich bestimmt schon vieles weiterentwickelt - und weiterhin ergeben sich im Arbeitsalltag noch zahlreiche Herausforderung bei der Angehörigenbegleitung. Um zu verstehen, was Mitarbeitende auf Intensivstationen für eine gute Angehörigenbegleitung benötigen, haben wir einen Fragebogen entwickelt.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie ca. 30 Minuten investieren und die Fragen beantworten können.

Die Fragen richten sich an Pflegenden und Medizinerinnen und Mediziner auf Intensivstationen - leiten Sie den Link gerne weiter, denn je mehr Antworten wir erhalten, um so aussagekräftiger sind die Ergebnisse.

Ziel ist es, auf Basis der Ergebnisse Empfehlungen für die Kliniken zu geben, wie Ihre Rahmenbedingungen zur Angehörigenbegleitung verbessert werden können.

Wir danken für Ihre Unterstützung!

<https://www.umfrageonline.com/s/c758bf2>

Stefan Juchems und Jennifer Brendt

<https://www.umfrageonline.com/s/c758bf2>



Horror auf „Normalstation“

Die Emotionen:

- „Es geht mir besser, gut dass ich verlegt werde!“
- „Ich habe Angst und fühle mich unsicher! Ich werde nicht mehr so gut überwacht!“



Machtkampf mit Pflegepersonal

- Frau F. hatte unerträglich Kopfschmerzen
- Ihr wurde die Schmerzmedikation durch die Krankenpflegerin mehrfach verwehrt
- „Die Symptome werden verfälscht!“
- Erst nach massiven Einwirken der Eltern und der Äußerung selbst den Arzt herbeizurufen stellte sich heraus...
- ...Frau F. bekommt bei Schmerzen eine Novalgininfusion!!!!

© 2013 TAT

Weitere Vorfälle

- Frau F. wurde von einer verwirrten, aggressiven Patientin angegriffen und auf den Kopf geschlagen.
- Ihr wird das Essentablett hingestellt und mit dem Satz „Oh, haben Sie keinen Hunger?“ abgeräumt (Es gab Brötchen!)
- Sie wird nach Benutzung des Steckbeckens solange im eigenen Urin liegengelassen, bis die Mutter unter ihrer Anleitung ein neues Laken einzieht!
- Frau F. gewinnt die „Schlacht“ um den Blasenkatheter!!!

© 2013 TAT

Verantwortliches Handeln
setzt Reflexionsfähigkeit
voraus.

© 2013 TAT

Langzeitfolgen von Intensivtherapie



© 2013 TAT

Langzeitfolgen von Intensivtherapie

**Wann ist
Intensivtherapie erfolgreich
???**

*30-Tage-Überlebensrate
90-Tage-Überlebensrate*

gesund.TAT

Langzeitfolgen von Intensivtherapie

Wie viele Patienten geben eine Verschlechterung der Lebensqualität an?

70%!!!

gesund.TAT

Langzeitfolgen von Intensivtherapie

**Was ist
Lebensqualität
???**
Individuelles Statement!

gesund.TAT

Langzeitfolgen von Intensivtherapie

„Gesundheit ist ein Zustand umfassenden physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung“

WHO-Definition von Gesundheit

gesund.TAT

Langzeitfolgen von Intensivtherapie

Der überwiegende Teil der Patienten empfand den Aufenthalt auf der Intensivstation als insgesamt positiv.

„ ... knapp 70% der vor der Intensivtherapie berufstätigen Patienten wieder im alten Beruf tätig.“
Schelling, 2004

© 2008 TAT

Langzeitfolgen von Intensivtherapie

Ab wann wird ein Intensivpatient in einschlägigen Studien als LANGZEITPATIENT bezeichnet?

Aufenthalt auf einer Intensivtherapiestation

> 24h – 36h

© 2008 TAT

Langzeitfolgen von Intensivtherapie

Der größte Problemzuwachs entstand im *emotionalen* und im *sozialen* Bereich.

Hauptprobleme:

- Einschränkungen in alltäglichen Tätigkeiten
- Ängste, Depressionen

© 2008 TAT

Langzeitfolgen von Intensivtherapie

Die Schwere der Erkrankung zeigte dabei ebenso keine Relevanz, wie das Alter der Patienten.

Das Ausmaß von Ängsten und Depressionen korreliert mit der

Dauer des Intensiv-Aufenthaltes!!!

© 2008 TAT

Langzeitfolgen von Intensivtherapie

Die Gefährdung ist deutlich erhöht, wenn der Patient keine Erinnerung an seinen Intensivaufenthalt hat.

„Schlechte“, aber reale Erinnerungen verbessern die Prognose.

© GUSTAT

Posttraumatische Belastungsstörung - PTBS

- Geschichte
 - Anfang 19. Jh. „railway spine syndrome“
 - 1. Weltkrieg „Kriegszitterer“, „Granatenschock“
 - 2. Weltkrieg „Survival Syndrome“, KZ-Syndrom“

© GUSTAT

PTBS

- Geschichte
 - 1960er/1970er Kriegsrückkehrer Vietnam/Kambodscha
 - Häusliche Gewalt an Frauen (1970er Jahre !!)
 - 1980 erstmals Diagnose „Posttraumatic Stress Disorder“ PTSD in den USA (DSM III)
 - 1990 Aufnahme in ICD-10 „Posttraumatische Belastungsstörung“ PTBS

© GUSTAT

PTBS

- Definition
 - Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse
 - Nicht immer erkennbar
 - Können Jahre zurückliegen
 - Verzögerte Reaktion nach bis zu sechs bis zwölf Monaten

© GUSTAT

PTBS

- Definition

- Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (sogenannter sexueller Missbrauch),
- Vergewaltigung,
- gewalttätige Angriffe auf die eigene Person,
- Entführung, Geiselnahme,
- Terroranschlag,
- Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager,
- Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen,

© GUSTAV

PTBS

- **Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit...**
- **... an der eigenen Person,**
- **aber auch an fremden Personen erlebt werden können.**
- **In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.**

© GUSTAV

PTBS

- Symptome

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken
- Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli) und
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit)

© GUSTAV

PTBS

- Epidemiologie
 - **ca. 20% Prävalenz nach Intensivaufenthalt**

© GUSTAV

PTBS

Was man unbedingt wissen sollte:

**63% der Angehörigen von
Patienten mit PTSD haben
ebenfalls ein PTSD!**

© GUSTAV

PTBS

Was hilft?

INTENSIVTAGEBUCH

... und was noch?

© GUSTAV

„Du bist nicht zum quatschen
hier!“

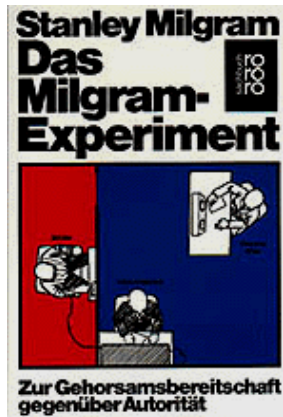
Das Gespräch ist Arbeit!!!!!!

© GUSTAV

Ehrenkodex

„Wenn du das nicht
aushältst, taugst du nicht für
diesen Job!“

© GUSTAV



Journal of abnormal and social psychology (Bd. 67, 1963 S. 371-378)

Kartoniert, 256 Seiten, 16 Abbildungen, 12,5 x 19 cm, ISBN 3-499-17479-0. Reinbek: Rowohlt

Frage:

Wie ist die Bereitschaft ganz normaler Menschen, sich einer Autorität zu beugen und offenbar „unmenschliche“ Anordnungen zu befolgen?

Simulierte Reaktion des Opfers:

75 V – 105 V:	sich steigendes Knurren
120 V:	jetzt schmerzhaft
135 V:	schmerzliches Stöhnen
150 V:	Bitte um Freilassung
180 V:	„Ich kann nicht mehr!“
270 V:	Qualvolles Brüllen
300 V:	Verzweiflung; Opfer will keine Antworten mehr geben
315 V – 330 V:	Schreien; keine Antworten

Fernraumexperiment

- Kein visueller Kontakt zw. VP und Opfer
- Nur akustische Rückkopplung v. Opfer
- Räumliche Trennung
- Steigender Protest seitens des Opfers

Ergebnis: 65 % Gehorsame

Raumnähe

- VP und Opfer im selben Raum
- VP kann Opfer sehen und hören

40% Gehorsame

Berührungsnähe

- Opfer bekommt nur dann Stromschlag, wenn seine Hand auf einer Metallplatte aufliegt
- Ab 150 V: Weigerung des Opfers; Bitte um Freilassung
- **Instruktion: VP muss jetzt die Hand des Opfers auf Platte drücken**

30% Gehorsame

Repräsentanz?

- Das Experiment wurde mehrmals in anderen Ländern, Kontinenten und auch mit Frauen wiederholt.
- Es gab keine nennenswerten Unterschiede!

Hierarchische Strukturen
unterbinden den Drang
Verantwortung zu
übernehmen.



Stanford Prison
Experiment

© 2008 TAT

Zimbardos Freundin und spätere Frau Christina Maslach/ Psychologien

- «Es ist entsetzlich, was du diesen jungen Leuten antust!»
- Das Experiment musste nach 6 Tagen am Morgen abgebrochen werden!!

© 2008 TAT

Doktor, nun stell endlich
die Maschinen ab!!

© 2008 TAT

Vollkommen normal?!

- Pat. mit TEP trink zu wenig.
- Pat. verweigert Infusionen. Fixierung!
- Wegen körperlichen Widerstand Sedierung!
- Tot durch Pneumonie!

© 2008 TAT

Ist doch nur Spaß!



- „Mir ist so komisch zumute, ich glaube ich verblute!“



© 2008 TAT

Dialog

- Pfleger: „Doktor, komm mal, der hat Rhythmusstörungen!“
- Doktor: „Und, was soll ich jetzt tun?“
- Pfleger: „Ich denke, du warst auf einer Arztschule!“
- Doktor: „Quatsch, ich bin gelernter Landschaftsgärtner.“
- Pfleger: „Dann hole ich jetzt die gelben Seiten und wir fragen einen der sich auskennt.“

© 2008 TAT

Sie haben Krebs...

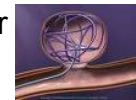
„gutartigen“

© 2008 TAT

Ein niederländischer Pat muss „gekeult“ werden?



- *DurchCoiling*-Therapie lassen sich Aneurysmen schonend und sicher behandeln.



© 2008 TAT

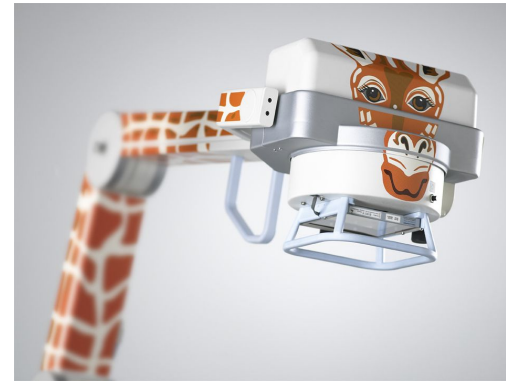
Gefährliche Formulierungen

„Wer sind Sie denn und was soll gemacht werden?“



© GUSTAV

„Ich werde von einer Giraffe angegriffen!“



© GUSTAV

- ISBN-10: **3-451-04863-9**
- Veröffentlichungsdatum: **2008**
- Auflage: **13. Auflage**



© GUSTAV

PTBS

Was hilft noch?

Lärm vermeiden

© GUSTAV

Lärmampeln



PTBS

Was hilft noch?

Nach der VDI-Richtlinie 2058 Blatt 3 „Beurteilung von Lärm am Arbeitsplatz unter Berücksichtigung unterschiedlicher Tätigkeiten“ sollten (...) folgende Beurteilungspegel nicht überschritten werden:

- 70 dB bei einfachen oder eingeübten Bürotätigkeiten und vergleichbaren Tätigkeiten,
- 55 dB bei Überwiegend geistigen Tätigkeiten. (**Pflegeberufe!!**)

DGUV-Information, FB HM-018, Ausgabe 10/2013

DGUV = Deutsche gesetzliche Unfallversicherung
VDI = Verein Deutscher Ingenieure

Ich weiß doch was da piept!

- Alarmparameter
„Wieviel Dezibel hat das Perfusorsignal?“

PTBS

Gefahr auch für das Personal!

- Das Herzinfarktrisiko nimmt um 20–30 % zu, wenn Personen in einer Gegend leben oder arbeiten, in der ein Schallpegel von mindestens 65 dB am Tag oder 55 dB in der Nacht vorherrscht.

Umweltbundesamt, RKI

Empfehlungen

- **Erfahrungsaustausch-** Um wichtige Informationen für den Umgang mit Patienten und Angehörigen zu sammeln, müssen Gespräche zwischen allen an der Behandlung beteiligten Professionen stattfinden.
- **Reflexion-** Um im Alltag kurz zu überlegen, welche Folgen „mein“ Verhalten für den Patienten und die Angehörigen hat.
- **Empathie-** Um zu versuchen, die Situation aus dem Blickwinkel des Patienten zu betrachten, um sich einfühlsam und professionell zu Verhalten.
- **Fachvorträge besuchen/ Fachliteratur lesen-** Um das Wissen zu diesem Thema zu vergrößern, die eigenen Kompetenzen zu erweitern und beweisbare Argumente für Gespräche mit den „Unbelehrbaren“ sammeln.
- **Seminare/ Fortbildungen besuchen-** Um vorhandene Kenntnisse erweitern, aufzufrischen und sich selbst immer wieder für die Situation von Patienten und deren Angehörige zu sensibilisieren.



Literatur

- **Bone, H.G.** Lebensqualität nach Intensivtherapie. http://www.ai-online.info/abstracts/pdf/dacAbstracts/2008/10_bone.pdf.
- **Dowdy, David W.**; et al. Quality of life in adult survivors of critical illness: A systematic review of the literature. *Intensive Care Med* (2005) 31:611–620.
- **Needham, Dale M.**; et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012 Vol. 40, No. 2.
- **Schelling G.** Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome. https://www.researchgate.net/profile/Josef_Briegel/publication/13720036_Health-related_quality_of_life_and_posttraumatic_stress_disorder_in_survivors_of_the_acute_respiratory_distress_syndrome/links/09e4150be563f6fd000000.pdf.
- **Beaujean, Oliver.** Erlebensinhalte allgemeinchirurgischer Patienten auf der chirurgischen Intensivstation. Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie. <https://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/binary/R3EKQXWBXVB5H4ZWATBZNL2YGREX7LQ/full/1.pdf>.
- **Fahmy, Dirk.** Untersuchungen zum Überleben und zur Lebensqualität von Patienten mit prothorzierten Verlauf auf der Intensivstation des Klinikum Karlsburg. <http://ub-ed.ub.uni-greifswald.de/opus/volltexte/2010/794/pdf/1.pdf>.
- **Kneist, Maxi.** Langzeitüberleben und Lebensqualität kritisch erkrankter Patienten ein Jahr nach Intensivtherapie. <https://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/binary/2KIC4SJP6A5G4X3AZ2KIYQBBJASEWDI/full/1.pdf>.
- **Fröber, Kathrin Barbara.** Eine prospektive Erfassung der Lebensqualität von Patienten einer internistischen Intensivstation im zeitlichen Verlauf nach 5 Monaten und 5 Jahren sowie der Zusammenhang präexistenter Einflussfaktoren. <https://opus4.kobv.de/opus4-fau/frontdoor/index/index/docId/1166>.

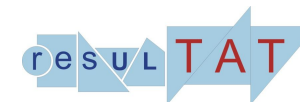


Literatur

- Hydrocortison in Stressdosierung, traumatische Erinnerungen und Posttraumatische Belastungsstörung. Eine randomisierte Studie an herzchirurgischen Patienten. Alexander Dagge, München, 2004
- Einfluss der Lungenfunktion auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei langzeitüberlebenden Patienten nach akutem Lungenversagen (ARDS). Katharina Beck, München, 2005
- Untersuchungen zum Überleben und zur Lebensqualität von Patienten mit prothorzierten Verlauf auf der Intensivstation des Klinikum Karlsburg. Dirk Fahmy, Greifswald, 2009
- Eine prospektive Erfassung der Lebensqualität von Patienten einer internistischen Intensivstation im zeitlichen Verlauf nach 5 Monaten und 5 Jahren sowie der Zusammenhang präexistenter Einflussfaktoren. Kathrin Barbara Fröber, Erlangen-Nürnberg, 2010



Interesse an mehr interessanten Fortbildungen? www.resultat-online.de



Personalentwicklung im Gesundheitswesen

Thomas Bollenbach
Friedrich-Ebert-Straße 33
34117 Kassel

fon: 05 61 – 316 44 61 | mail@resultat-kassel.de



	
Interesse an mehr Fortbildungen?	www.resultat-online.de
Serviceorientierung im Gesundheitswesen „Vom Patienten zum Kunden!“ „Vom Klingelbeutel zum Profitcenter!“	➤ Reflexion des eigenen Service- und Dienstleistungsverständnisses. Aus Patienten (Lat.: Erduldenden) sind Kunden mit berechtigten Ansprüchen an den Leistungserbringer geworden. Pflege ist kein Akt der Barmherzigkeit, sondern eine bezahlte Dienstleistung. Kundenbindung und Standortsicherung gelingt durch guten Service
Zusatzleistungen anbieten „Es darf (ein bisschen) mehr sein?“	➤ Erarbeiten von Vermarktungsstrategien für Produkte und Dienstleistungen, die Patienten/ Kunden zusätzlich käuflich erwerben können. Umsätze, die Praxen u.a. durch Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL) erzielen, zeigen, dass die Patienten/ Kunden bereit sind, für erweiterte Serviceleistungen und Produkte Zuzahlungen zu leisten. Zusätzliche Angebote machen Ihr Unternehmen attraktiv für Kunden/ Patienten und somit wettbewerbsfähig
Telefontraining „Telefonieren wie die Profis!“ „Hallo! wer stört?“	➤ Vermittlung der Grundlagen eines modernen, zugewandten Telekommunikationsverhaltens. Ob Zentrale, Station oder Verwaltungsbereich, bei internen und externen Telefonaten hinterlassen Sie die „Visitenkarte“ der Abteilung beim Gesprächspartner. Kompetenz, Wortwahl, und Klangfarbe entscheiden über Erfolg oder Misserfolg des Gespräches

resultAT • Thomas Bollenbach • Friedrich-Ebert-Straße 33 • 34117 Kassel • fon: 0561/ 3164461



Interne Kommunikation „Ich verstehe die aus den anderen Arbeitsbereichen nicht!“	Überprüfung der eigenen Sprache in Bezug auf Verständlichkeit für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Ob Röntgen, EDV, Verwaltung oder Station, es kommt immer wieder zu Missverständnissen und Konflikten zwischen den Arbeitsbereichen durch fehlergeschlagene Kommunikation. Nur Kooperation u. Vernetzung aller beteiligten Berufsgruppen führen zum Erfolg des Unternehmens.
Beschwerdemanagement „Ihr Lob freut uns, Ihre Kritik gibt uns wertvolle Anregungen noch besser zu werden!“	➤ Lernen als Vertreter/ in des Unternehmens Beschwerden professionell entgegen zu nehmen. Verstehen, dass alle MA stets stellvertretend für das ganze Unternehmen handeln und gefordert sind, möglichst zeitnahe Problemlösungen herbeizuführen.
Konfliktmanagement „Wenn zwei Personen immer die gleiche Meinung haben, ist eine überflüssig.“ Vgl. W. Churchill	➤ Kenntnisse in den Bereichen Konfliktkennung, -analyse, -bearbeitung, u. -lösung erwerben. Erfahren, welche Entwicklungspotentiale für Einzelne u. Teams in Konflikten liegen
Besprechungsmanagement „Von der Einladung bis zum Protokoll!“	➤ Meeting, Konferenz, Besprechung, Workshop, Jour fixe, Kantinenbesprechung? Kennen lernen und auswählen der richtigen „Besprechungsform“, Planung, Durchführung und Ergebnissicherung mit Checklisten und Arbeitsvorlagen
Motivation „Wie motiviere ich mich und andere? Was mich in „Bewegung“ setzt!“	➤ Überprüfung der Anreize u. Ziele, die persönlich als lohnenswert empfunden werden u. dazu geeignet sind, für „Bewegung“ in Teams zu sorgen

resultAT • Thomas Bollenbach • Friedrich-Ebert-Straße 33 • 34117 Kassel • fon: 0561/ 3164461



Selbstcoaching „Das innere Team entdecken und aktivieren.“ „Ich treibe nicht durch das Leben, sondern ich gestalte es selbst!“	➤ Erkennen u. Benennen persönlicher Ziele im Lebensentwurf. Entdecken der inneren „Stolpersteine“ u. „Schätze“.
Mitarbeiterentwicklung „MEG-ZEG-WEG.“ MitarbeiterEntwicklungsGespräch-ZielerEinbarungsGespräch-WiederErgebnisGeblieben	➤ Lernen MEG's als Instrument zur Personalführung mit System einzusetzen. Ziel: Anerkennung für MA richtig ausdrücken, berechnete Erwartungen offenlegen, Ziele vereinbaren, protokollieren u. die Zielerreichung überprüfen
Kollegiale Beratung „Experten beraten Experten.“	Erlernen der 6 Module für die effiziente Beratung unter „Kollegen“. Erlangen von größerer Unabhängigkeit gegenüber externen Beratern, innerhalb eines strukturgebenden Gesprächsrahmens
Wahrnehmung „Ich sehe was, was du nicht siehst.“ „Die Qualität unserer Wahrnehmung ist der Schlüssel zur Qualität unseres Handelns.“	➤ Verstehen, dass Wahrnehmung grundsätzlich subjektiv u. selektiv ist. Jede/r „konstruiert“ sich eine eigene Wirklichkeit. Lernen Sie Wahrnehmungsfehler u. – verzerrer zu erkennen, diese zu reduzieren u. entdecken Sie neue Möglichkeiten zur Erweiterung Ihres Verhaltensrepertoires
Selbst- und Fremdwahrnehmung „Weißt du, wie du bist?“	➤ Überprüfen, ob zwischen der Selbstwahrnehmung der eigenen Person und der Wirkung auf andere Menschen Stimmigkeit besteht. Erfahren Sie, wie Ihr Gegenüber Rückschlüsse aus Ihrer Körpersprache, Gestik, Mimik, Sprache und Kleidung zieht

resultAT • Thomas Bollenbach • Friedrich-Ebert-Straße 33 • 34117 Kassel • fon: 0561/ 3164461



Sprache im Umgang mit Patienten/ Bewohnern Pflegeknigge „Die Galle von Zimmer 4...“	➤Überprüfung des Vokabulars, das im Gesundheitswesen Anwendung findet. Neben Ironie und Sarkasmus ist die Sprache von Abkürzungen und Wortschöpfungen geprägt, die für Außenstehende unverständlich sind. Ebenso sind Verniedlichungen und der „Baby-Talk“ mit erwachsenen Menschen an der Tagesordnung. Was steckt hinter der Sprache Pfleger? Wo werden Grenzen nachhaltig überschritten?
Selbstpflege Pflegenden „Stressreduktion im Berufsalltag.“	➤Persönliche Stressquellenrecherche und erproben diverser Entspannungstechniken (Von den Ersatzkassen anerkanntes Konzept!)
Ethik „Mein persönliches „Leit(d)bild!“ „VerANWORTung übernehmen!“	➤Überprüfung ethischer Grundsätze und Folgen ihres Verlustes im Pflegealltag
Emotionale Intelligenz „Emotionale Nähe bei optimaler Distanz.“ „Ich habe das Gefühl...“	➤Erfahren, woher Emotionen kommen, warum sie wichtig sind und wozu Verleugnung und Verneinung führen können. Eigene Gefühle sind immer die richtigen Gefühle! Bewusster Umgang mit Emotionen ist Ausdruck personaler und sozialer Kompetenz. Lernen Sie Gefühle zu benennen, zu akzeptieren und die richtige „Dosierung“ zwischen Nähe und Distanz zu finden
Sterbebegleitung „Leben und Arbeiten in der Nähe des Todes.“	➤Erweiterung des Verhaltensrepertoires für den angemessenen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Wege aus der Hilf- und Sprachlosigkeit finden

resultAT ♦ Thomas Bollenbach ♦ Friedrich-Ebert-Straße 33 ♦ 34117 Kassel ♦ fon: 0561/ 3164461 

Psychologie der Angst „Unbearbeitete Angst führt zu „Enge!““	➤Erfahren, woher Ängste Evolutions- geschichtlich kommen. Welche Funktion die „normalen“ Ängste im heutigen Lebensalltag haben und wie es möglich ist, krankmachenden Gedanken zu begegnen. These: „98 % aller Sorgen, die Menschen sich im Leben machen, drehen sich um Dinge u. Ereignisse, die nie eintreten.“
Mobbing Bossing „Ich seh' ROT!“ Retter-Opfer-Täter	➤Erfahren was sich hinter den Begriffen Mobbing u. Bossing verbirgt, welche Tatbe- stände darunter fallen und wie der „Gewalt am Arbeitsplatz“ begegnet werden kann
Rolle der Krankenpflege „Ein Hilfsberuf für andere Berufsgruppen in der Pflege?“ „Pflege entrümpeln.“	➤Betrachtungen, welche Rolle die „Pflege“ im Gesundheitswesen hat. Sie entwickelt sich vom Assistenzberuf, zu einem eigenständigen Bereich mit Studiengängen und wissenschaftlichen Forschungen zur Pflege. Sind Tätigkeiten, die Pflegende ausüben noch zeitgemäß? Welche Aufgaben müssen abgegeben werden, welche kommen hinzu? Wie steht es um das Selbstverständnis beruflich Pflegenden?
Leistungsgerechte Bezahlung „Womit haben wir das verdient?“	➤Auseinandersetzung mit Aspekten der leistungsorientierten Entgeltgestaltung in der Pflege. Neben Qualifizierungsmaßnahmen für die MA, sieht der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst seit 01.01.2007 eine leistungsgerechte Bezahlung vor. Was ist leistungsgerecht? Welche messbaren Kriterien stehen zur Bewertung zur Verfügung??

resultAT ♦ Thomas Bollenbach ♦ Friedrich-Ebert-Straße 33 ♦ 34117 Kassel ♦ fon: 0561/ 3164461 

Rhetorik 1 „Jetzt rede ich!“	➤Erlernen der Grundlagen des freien Sprechens vor Gruppen
Rhetorik 2 „Die Kunst der Rede!“	➤Techniken zum strukturierten Aufbau eines Wortbeitrages
Rhetorik 3 „Zielgerichtet argumentieren!“	➤Verbesserung des Diskussionsverhaltens und des Durchsetzungsvermögens
Kommunikative und situative Wendigkeit „Nicht mehr sprachlos!“	➤Training wirksamer Reaktionen auf Verbalattacken und Beleidigungen. Unterweisung in Schlag- und Witzfertigkeit
Moderation „Sitzung ist der Sieg des Gefäßes über den Geist!“	➤Anleitung Diskussionen unter Einsatz aktivierender Methoden zielgerichtet zu gestalten, Ergebnisse zu sichern u. die notwendigen Aktivitäten daraus abzuleiten
Präsentation „Es kommt nicht darauf an, wie eine Sache ist, es kommt darauf an, wie sie wirkt.“ Tucholsky	➤Trainieren mit dem richtigen Methoden- und Medieneinsatz Menschen zu informieren, zu überzeugen und zu motivieren
Zeitmanagement „Zeitmanagement ist Selbstmanagement.“	➤Methoden „Zeitdiebe“ zu entlarven und Techniken zur Erstellung realistischer Zeit- u. Ablaufpläne
Prüfungsvorbereitung „Aufschieberitis! Eine gefährliche Entzündung!“ „Lernen lernen!“	➤Vermittlung von Lerntechniken und Möglichkeiten zum Erstellen realistischer Zeitpläne zur effizienten Prüfungsvorbereitung. Vermeidungsstrategien und Ablenkungsmanöver „enttarnen“, um zu neuer Lernmotivation und Lebensqualität zu finden

resultAT ♦ Thomas Bollenbach ♦ Friedrich-Ebert-Straße 33 ♦ 34117 Kassel ♦ fon: 0561/ 3164461 

„Es ist nicht genug zu wissen, man muss auch anwenden. Es ist nicht genug zu wollen, man muss auch tun.“ (Goethe)



Personalentwicklung im Gesundheitswesen

Thomas Bollenbach
Friedrich-Ebert-Straße 33 – 34117 Kassel
fon: 0561- 316 44 61
mail: mail@resultat-kassel.de
www.resultat-online.de

Lehrfilme

[http://fast.wistia.net/embed/iframe/mlj6v97goj?pop
over=true](http://fast.wistia.net/embed/iframe/mlj6v97goj?popover=true)

[http://fast.wistia.net/embed/iframe/ezxtr045kp?pop
over=true](http://fast.wistia.net/embed/iframe/ezxtr045kp?popover=true)

[http://fast.wistia.net/embed/iframe/qnkk5g0jj6?pop
over=true](http://fast.wistia.net/embed/iframe/qnkk5g0jj6?popover=true)