Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Assessments in der Langzeitpflege für Menschen mit Demenz

bei Verdacht auf Depression, Delir sowie behaviorale und psychologische Symptome

Handbuch für Fachleute

Oktober 2019

In Zusammenarbeit mit:

SGAP SPPA

SFGG·SPSG
Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie
Société Professionnelle Suisse de Gériatrie
Società Professionale Svizzera di Geriatria

Warum diese Publikation?

Demenzspezifische Assessmentinstrumente sind für eine standardisierte Beurteilung und Qualität der Betreuung, Behandlung und Pflege für Menschen mit Demenz zentral. Sie sollen deshalb im Rahmen interprofessioneller Fallbesprechungen über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg systematisch angewendet werden.

Handlungsbedarf zeigt sich insbesondere bei den drei Syndromen Depression, Delir und BPSD (behaviorale und psychologische Symptome der Demenz). Sie kommen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege häufig vor und sind besonders herausfordernd.

Vorliegende Publikation macht Fachpersonen verschiedener Professionen und Disziplinen, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit Menschen mit Demenz in Kontakt kommen, mit den demenzspezifischen Assessmentinstrumenten vertraut und zeigt auf, welche Instrumente zur Bestätigung eines Verdachts auf obige Syndrome bzw. deren Ausschluss eingesetzt werden können.

Einerseits wird aufgezeigt, welche Depression-, Delir- und BPSD-spezifischen Merkmale bereits mit den Bedarfsabklärungsinstrumenten der ambulanten und stationären Langzeitpflege (RAI und BESA) überprüft werden. Für die Bestätigung eines Verdachts bzw. dessen Ausschlusses werden jedoch zusätzlich Fokusassessments empfohlen und mögliche Instrumente beschrieben.

Diese Empfehlungen sind Ergebnisse einer Projektarbeit der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie SGAP und der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG, die im Rahmen der nationalen Demenzstrategie 2014–2019 in Zusammenarbeit mit ärztlichen und pflegerischen Expertinnen und Experten aus verschiedenen Versorgungssettings und aus Lehr- und Forschungszentren sowie Vertretenden der zwei Bedarfsabklärungsinstrumente RAI und BESA entstanden ist.

Assessments erfordern eine Einführung
Damit Assessmentinstrumente in der Langzeitpflege Anwendung finden, ist deren Implementierung in Institutionen wichtig. Nur so kann das Management von Depression, Delir und BPSD verbessert werden. Seitens strategischen Verantwortlichen in Institutionen braucht es ein klares Konzept zur Implementierung der Instrumente. Dabei sind der organisatorische und finanzielle Aufwand zur Beschaffung der Instrumente, zur Einfügung in die Prozesse und für Fortbildungsangebote für das Personal zu berücksichtigen.

Inhaltsverzeichnis

Warum diese Publikation? 2

1. Einleitung 4

2. Drei häufige Syndrome bei Menschen mit Demenz 6
   - 2.1 Depression 6
   - 2.2 Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD) 6
   - 2.3 Delir 7

3. Assessmentinstrumente und Handlungsempfehlungen 8
   - 3.1 Bei Verdacht auf Depression 8
   - 3.2 Bei Verdacht auf behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD) 10
   - 3.3 Zur Vorbeugung und Überprüfung von Delir 12

4. Beispiele ausgewählter Fokusassessmentinstrumente 15
   - 4.1 Cornell-Skala für Depressionen bei Demenz (CSDD) 16
   - 4.2 Geriatric Depression Scale (GDS) 18
   - 4.3 Neuropsychiatrische Inventar (NPI) 19
   - 4.4 BPSD-DATE-Algorithmus 20
   - 4.5 Confusion Assessment Method (CAM) 21
   - 4.6 Delirium Observation Screening Scale (DOS) 22
   - 4.7 Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AgeD) 24
   - 4.8 4A's Test (4AT) 25

Literaturverzeichnis 26

Die vorliegende Publikation basiert auf dem Grundlagenbericht «Förderung des interdisziplinären Assessments in der Langzeitpflege». Projekt 6.2 der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019 der SGAP und der SFGG (vgl. Arbeitsgruppe S. 27).

1. Einleitung

Warum braucht es regelmässige Assessments?

Um die Qualität der Betreuung von Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege zu erhöhen und die Beurteilung häufiger Symptome und Syndrome bei Demenz zu standardisieren, ist die Anwendung demenzspezifischer Assessments nötig.

Der regelmässige Einsatz geeigneter Assessments soll auch das Verständnis der Betreuenden für die Situation von Menschen mit Demenz verbessern («Verstehende Diagnostik») – beispielsweise, wenn Betroffene Pflegemassnahmen ablehnen. Ein besseres Verständnis kann den psychischen Stress bei Betroffenen und bei Betreuenden und Pflegenden reduzieren, wie auch den benötigten zeitlichen Aufwand bei Pflegemassnahmen. Erkenntnisse aus Assessments können Betreuenden und Pflegenden in der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit zudem als Argumentationshilfe dienen, beispielsweise zum Begründen eines Einsatzes medikamentöser Therapien.

Nebst der Verbesserung der Assessments selbst, fördern geeignete Instrumente, Empfehlungen, Richtlinien sowie standardisierte Prozesse bei ihrer Anwendung die interprofessionelle Zusammenarbeit. Denn die Einschätzung und Behandlungsplanung insbesondere von älteren, vulnerablen Menschen mit Demenz findet immer in Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen statt.

Die Nutzung demenzspezifischer Assessments soll zudem im Einklang mit den Prinzipien, Kernelementen und Forderungen der Charta zur Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen stehen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie der Implementierung qualitätssichernder Standards (vgl. SAMW, 2014).

Wann sind Assessments durchzuführen und durch wen?

Bereits geringe Ausprägungen von Depression, Delir und BPSD haben Konsequenzen für Betroffene. Grenzwerte als Indikator, wann reagiert werden sollte, sind deshalb nicht zielführend. Sinnvoll ist ein regelmässiger Einsatz von Assessments bei beobachteten Veränderungen des Affekts und des Antriebs.

Sind qualifizierte Pflegefachpersonen nicht verfügbar, soll auch Assistenz- und Hilfspersonal ein Assessment durchführen können. Dies bedingt, dass Assessments leicht verständlich und einfach umsetzbar sind. Diese Broschüre verweist wo immer möglich auf leicht durchzuführende Assessments. Ein Minimalstandard ist jedoch bei allen Assessments erforderlich.

Die Resultate eines Assessments – insbesondere eines Fokusassessments – sollen der zuständigen Ärztin respektive dem zuständigen Arzt gezeigt werden. So kann verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten still mit Depression, Delir oder DPSD leiden.

Welches Assessments ist wann anzuwenden?

RAI (resident assessment instrument), BESA (Bewohner/-innen-Einstufungs- und -Abrechnungssystem) und PLAISIR (Planification informatisée des soins infirmiers requis), die Bedarfsabklärungsinstrumente in der Langzeitpflege, dienen der Einstufung der Pflegestufe von Betroffenen zur Abrechnung bei der Krankenkasse. Diese Broschüre zeigt auf, welche Merkmale der drei häufigen Symptome und Syndrome innerhalb der Assessments mit RAI und BESA[1] abgefragt werden und mit welchen Fokusassessments Pflegende und Betreuende einen Verdacht überprüfen können.

1 PLAISIR ist in der Schweiz weniger verbreitet, weshalb die Arbeitsgruppe aus Ressourcengründen den Fokus auf die Assessments RAI und BESA gelegt haben.

2. Drei häufige Syndrome bei Menschen mit Demenz

2.1 Depression

Depression gehört zu den häufigsten psychiatrischen Störungen in der Langzeitpflege. Bei Menschen mit einer sich entwickelnden Demenz tretet sie oft früh im Krankheitsverlauf auf. Sowohl für die Betroffenen wie auch für deren Umfeld verursacht Depression einen hohen Leidensdruck. Bei Betroffenen kann sie beispielsweise zu einer Antriebsverminderung führen. Die Betroffenen helfen in der Folge weniger bei pflegerischen Massnahmen mit. Häufig sind sie leichter reizbar. Tritt Depression bei älteren Betroffenen auf, klagen diese oft über unspezifische körperliche Beschwerden wie Schwindel, Bauch- und Rückenschmerzen. Die Folge sind belastende und aufwändige somatische Untersuchungen. Bei Betroffenen im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz können Betreuende und Pflegende deren Stimmungslage oft nicht mehr direkt erfragen. Ihre Verhaltensbeobachtungen nehmen deshalb einen besonderen Stellenwert ein. Es fehlt jedoch eine gute Standardisierung solcher Beobachtungen.

2.2 Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD)

Nebst kognitiven und funktionalen Einschränkungen führt Demenz oft auch zu emotionalen Störungen und zu Verhaltensstörungen. Ein Grossteil der Menschen mit Demenz zeigt während einer oder mehreren Phasen des Krankheitsverlaufs solche behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). Zu den Verhaltensstörungen gehören beispielsweise Umherirren, verbale und körperliche Aggression, sexuelle Enthemmung, Verweigerung von Behandlung und Pflege. Zu den psychologischen Symptomen zählen u.a. Wahnvorstellungen und Halluzinationen. BPSD sind für Betroffene und ihr soziales Umfeld eine grosse Herausforderung und Belastung. BPSD sind nicht ausschliesslich die Folge von hirnorganischen Beeinträchtigungen, sondern immer auch als potentieller Ausdruck von beeinträchtigten körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnissen zu interpretieren. Wichtig bei Assessments ist deshalb eine systematische Ermittlung dieser individuellen Bedürfnisse.

Lesetipps:

- Unterstützung bei der Beurteilung von BPSD bietet die Publikation Savaskan E., Bopp-Kistler I., Buerge M., Fischlin R., Georgescu D., Giardini U., ..., & Wollmer M.A. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). Praxis, 103 (3).
- Zudem beschreibt das Kapitel 5.3.1 der medizin-ethischen Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz der SAMW (2017) die Störungen der Emotionen und des Verhaltens von Menschen mit Demenz.
- Einblick in das Erleben und Empfinden von Menschen mit fortgeschrittener Demenz bietet das Heft 5 «Herausforderndes Verhalten» der Reihe Leitfaden «Lebensende mit Demenz», die im Rahmen der Zürcher Verlaufsstudie zu Leben und Sterben mit Demenz (ZULIDAD Studie, 2012–2016) entstanden ist.

2.3 Delir

Delir ist ein akut auftretender, grundsätzlich reversibler Zustand von Verwirrtheit. Bei Menschen mit Demenz sind die Ursache oft Veränderungen des körperlichen Zustands oder ein Umgebungswechsel wie der Eintritt in eine Pflegeinstitution. Insbesondere bei älteren Betroffenen ist das Risiko für die Entwicklung eines Delirs hoch. Zentral sind darum für Pflegende und Betreuende bei Veränderungen Massnahmen zur Prävention von Delir zu ergreifen.

Lesetipps:

- Unterstützung bei der Überprüfung von Delir bietet die Publikation Savaskan E., Baumgartner M., Georgescu D., Hafner M., Hasemann W., Kressig R.W., ..., & Verloo H. (2016). Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Praxis, 105(16), 941–952.
- sowie in erweiterter und vertiefter Form das Buch Savaskan E, & Hasemann W. [Hrsg.] (2017). Leitlinien Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Hogrefe, Bern. Das Buch bietet eine Checkliste zur Einschätzung von Delir-Risikofaktoren und Massnahmen zu deren Prävention.
- In französischer Sprache ist erschienen: Von Gunten A., Baumgartner M., Georgescu D., Hafner M., Hasemann W., Kressig R.W., ..., & Savaskan E. (2018). Etat confusionnel aigu de la personne âgée. Swiss Medical Forum, 18(12), 277-284.
- Zudem bietet das Kapitel 5.3.2. der medizin-ethischen Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz der SAMW (2017) Hinweise zum Delirmanagement.

3. Assessment-instrumente und Handlungsempfehlungen

3.1 Bei Verdacht auf Depression

Anzeichen einer Depression (u.a.)

- Gedrückte Stimmung
- Antriebsverminderung
- Erhöhte Reizbarkeit
- unspezifische körperliche Beschwerden wie Schwindel, Bauch- und Rückenschmerzen (bei älteren Betroffenen)

Handlungsempfehlungen

1. Beobachten Pflegende und Betreuende Anzeichen einer Depression oder bringen Bedarfsabklärungsinstrumente RAI und BESA bei der Grundbeurteilung depressionsassoziierte Ergebnisse hervor, wird der Einsatz von Fokusassessments empfohlen.
2. Mit RAI ist eine Überprüfung einer Depression zwar möglich, zur Bestätigung bzw. zum Ausschluss einer Depression sind jedoch Fokusassessments durch Fremdbeurteilung oder Selbstbeurteilung nötig.
3. BESA ist für die Überprüfung ungenügend.
4. Zur Erhärtung eines Verdachts ist der Einsatz des Zwei-Fragen-Test möglich.
5. Zur Bestätigung bzw. zum Ausschluss einer Depression sind ebenfalls Fokusassessments zu empfehlen.

Depressions-Merkmale in der Grundbeurteilung durch Bedarfsabklärungsinstrumente

Was kann mit RAI überprüft werden?
Die Überprüfung einer Depression bzw. der Depressivität ist mit RAI möglich. Empfohlen wird dennoch ein Fokusassessment, um den Verdacht zu bestätigen bzw. auszuschliessen.

Mit RAI wird u.a. die Stimmungslage und damit ein allfälliger depressiver Zustand abgefragt (E1-Stimmungslage). Berücksichtigt werden dabei sieben Elemente der Depression Rating Scale. Die Elemente beruhen auf Beobachtungen der Pflegenden und Betreuenden. Insbesondere bei einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung ist dies sinnvoller als Beurteilungen, die alleine auf Selbsteinschätzung der Betroffenen beruhen. Nötig ist eine vollständige Dokumentation, da die Stimmungslage der letzten drei Tage abgefragt wird.

Ergänzungen in der neuen Version LTCF-CH (erwartet in der Schweiz für 2020): Diese Version fragt weitere Elemente zur Stimmungslage, wie beispielsweise Ausdruck fehlender Freude, ab. Sie ist zudem durch einen Frageblock (E2) zur Selbsteinschätzung der Stimmungslage durch die Betroffene bzw. den Betroffenen erweitert.

Was kann mit BESA überprüft werden?
BESA ist insgesamt ungenügend zur Überprüfung einer Depression bzw. der Depressivität. Liegen Anzeichen einer Depression vor, ist der Einsatz von Fokusinterviews nötig.

Pflegende und Betreuende können mit BESA ihre Beobachtungen zum Selbstwertgefühl, zur Grundstimmung und Angstfreiheit des Betroffenen beurteilen (Block 8 – Selbstwahrnehmung). Weitere Elemente wie Antrieb (1.1.) werden ebenfalls abgefragt. Im fakultativ auszufüllenden Fragebogen wird zudem die Selbsteinschätzung von Betroffenen zum Gefühl der Wertschätzung, der Nützlichkeit und der Zuversicht abgefragt. Es fehlt jedoch der Bezug zu einer etablierten Skala.

Bei Auffälligkeiten, die auf eine Depression hindeuten, wird in BESA die Geriatric Depression Scale (vgl. Burrows et al., 2000) als Fokusinterview vorgeschlagen. Allerdings ist es für Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz schwierig, die Fragen zu beantworten.

Zwei-Fragen-Test zur Erhärtung eines Verdachts

Die betreuende oder pflegende Person stellt bei Verdacht auf eine Depression folgende zwei Fragen:

1. «Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?»
2. «Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?»

Wird mindestens eine der beiden Fragen mit Ja beantwortet, erhärtet sich der Verdacht einer Depression. Zur Bestätigung oder zum Ausschluss einer Depression sind jedoch weitere Test nötig.

Fokusassessments zur Bestätigung oder zum Ausschluss einer Depression

Durch Fremdbeurteilung: Bei älteren Menschen mit Demenz als auch bei älteren Menschen ohne Demenz eignet sich die Fremdbeurteilung zur Validierung eines Verdachts auf Depression.

Geeignetes Tool zur Fremdbeurteilung ist die **Cornell-Skala für Depressionen bei Demenz (CSDD)** (vgl. Alexopoulos et al., 1988) ➔ **Seite 16.** Der strukturierte Fragebogen mit 19 Elementen schätzt depressionsassoziierte Symptome über den Verlauf der vergangenen Wochen hinweg ein. Der Verdacht auf eine Depression erhärtet sich bei einem Score von 8. Handlungsbedarf kann jedoch bereits bei einem niedrigeren Score bestehen.

Durch Selbstbeurteilung: Bei Menschen über 65 ohne Demenz eignet sich die Selbstbeurteilung zur Validierung eines Verdachts auf Depression (vgl. Gauggel & Brinker 1999).

Geeignetes Tool zur **Selbstbeurteilung ist die Geriatric Depression Scale (GDS)** (vgl. Yesavage et al., 1982-83) ➔ **Seite 18.** Für Menschen mit einer mittleren und fortgeschrittenen Demenz ist die Validierung durch GDS weniger geeignet. Eine Studie zeigt, dass bei Menschen mit Demenz CSDD besser geeignet ist (vgl. Kørner et al. 2006).

3.2 Bei Verdacht auf behavoriale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD)

Anzeichen von BPSD (u.a.)

- Umherirren
- Verbale und körperliche Aggression
- Sexuelle Enthemmung
- Verweigerung von Behandlung und Pflege
- Wahnvorstellungen
- Halluzinationen

Handlungsempfehlungen

1. Die Bedarfsabklärungsinstrumente RAI und BESA können das Vorhandensein und die Frequenz von BPDS ermitteln.
2. Um den Schweregrad und die daraus folgende Belastung für das Umfeld zu ermitteln sind zusätzliche Fokussassessments wie das Neuropsychiatrische Inventar NPI nötig.
3. Um Ursache und Auslöser von BPSD zu ermitteln, gibt es noch kein validiertes Tool. Empfohlen wird der BPSD-DATE-Algorithmus.

BPSD-Merkmale in der Grundbeurteilung durch Bedarfsabklärungsinstrumente

Was kann mit RAI und BESA überprüft werden?
Mit RAI und BESA können das Vorhandensein und die Frequenz von BPDS eruiert werden. Aussagen zum Schweregrad und der dadurch entstehenden Belastungen liefern jedoch zu wenig Informationen für die Planung einer individuellen Behandlung und Pflege. Bei deutlichen Veränderungen der Stimmung, dem Verhalten und/oder bei Auftreten von einem oder mehreren BPDS-spezifischen Merkmalen beim Assessment mit RAI und BESA empfiehlt sich ein Fokusassessment durchzuführen.

BESA: Beim Beobachtungsfragebogen zum Gesundheitsverhalten geben die Merkmale zur Therapiebereitschaft (Item 3.2) und zur Einnahme von Medikamenten (Item 3.3) Aufschluss. Weitere BPSD-Merkmale werden im Fragebogen zur Selbst-/Fremdgefährdung geprüft (Items 7.1.-7.8).

RAI: Im MDS-Bereich E3 werden Verhaltensauffälligkeiten wie Umherirren, verbale Aggressivität, körperliche Aggressivität, sozial unangemessenes Verhalten, unangemessenes öffentliches sexuelles Verhalten oder Entkleiden sowie Widersetzen der Behandlung/Pflege abgefragt. Im MDS-Bereich J zum Gesundheitszustand werden weitere BPSD-Merkmale mit Fragen zu Wahnvorstellungen und Halluzinationen eruiert.

Fokusassessments zur Bestimmung von Schweregrad und Belastungen

Ein Fokusassessment empfiehlt sich aus mehreren Gründen:

- Für die zuverlässige und vollständige Erfassung der verschiedenen Formen von BPSD
- Zur Ermittlung des Schweregrades der BPSD und der daraus folgenden Belastung für Pflegende und Angehörige
- Zur Interpretierbarkeit und Vergleichbarkeit der Daten
- Als Grundlage für die Evaluation von Krankheitsverläufen

Empfohlen wird das **Neuropsychiatrische Inventar NPI von Cummings ➔ Seite 19**. Es erfüllt die erforderlichen Kriterien eines BPSD-Fokusassessments am besten (vgl. Reuther et al. 2016):

- Hinreichende Testgüte
- Praxiskompatible Dauer der Testdurchführung (max. 15 Minuten)
- Von diplomierten Pflegefachpersonen FH / HF ohne intensives Training anzuwenden
- Bekanntes und weit verbreitetes Instrument
- Kompatibel mit dem biopsychosozialen Modell

NPI erfasst nicht nur Häufigkeit und Schweregrad der verschiedenen Formen von BPSD, es erfasst auch die Belastung, welche für die Pflegenden durch diese Symptome entstehen. Es liegt in einer deutschsprachigen Version vor.

Assessment zur Suche nach Ursache und Auslöser

Das Assessment von BPSD ist die Grundalge für den interprofessionellen, individuellen Behandlungsplan von Betroffenen. Nebst Informationen über das Vorhandensein und den Schweregrad bestimmter Symptome muss ein Assessment gewählt werden, dass auch die Suche nach deren Ursache und Auslöser unterstützt (vgl. Cummings et al. 1994)

Eine Arbeitsgruppe von Schweizer Universitätskliniken (Tible, 2017) empfehlen zur Evaluation von Ursache und Auslöser den **BPSD-DATE-Algorithmus ➔ Seite 20**.

3.3 Zur Vorbeugung und Überprüfung von Delir

Anzeichen von Delir (u.a.)

- Aufmerksamkeitsstörung
- Kognitive Störung wie Kurzzeitgedächtnisstörung, Orientierung- und Wahrnehmungsstörungen (illusionäre Verkennungen und Halluzinationen)
- Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf der Störungen

(vgl. Savaskan et al., 2016)

Handlungsempfehlungen

1. Bei Eintritt in eine Institution Personen mit Risiko und Frühformen des Delirs sowie die Notwendigkeit delirpräventiver Massnahmen mittels Checkliste identifizieren.
2. Bei Personen mit Risiko ein Delir-Assessment durchführen.
3. Ursache eruieren: Bei Verhaltensänderungen ein Delir-Assessment durchführen, nachdem andere Bedürfnisse oder Beschwerden als Ursache der Verhaltensänderung (wie Obstipation, Schmerz) ausgeschlossen wurden. Die Beobachtungen von Pflegenden und Betreuenden sind dabei entscheidend bei der Beurteilung bezüglich Verhaltensveränderung.

Risikofaktoren

Ältere Menschen haben oft viele Risikofaktoren für die Entwicklung eines Delirs. Der Eintritt in eine Institution (Umgebungswechsel) birgt bereits ein hohes Risiko für Delir. Kommen weitere Faktoren dazu, erhöht sich dieses. Es ist daher zentral, die Risikofaktoren zu kennen und wo möglich präventive Massnahmen zu ergreifen. Bekannte Faktoren sind:

Traumata, Stürze, Frakturen, chronische Krankheit, Verwirrtheit in der Vorgeschichte, Leben in einer stationären Einrichtung, Schlaganfall, häufige Spitaleinweisungen, Hypo-/Hypernatriämie, -kaliämie, -glykämie, Hyperkalzämie, Vitamin-B1-Mangel, Harnverhalt, Katheter, Schmerz, Obstipation, Fixierungsmassnahmen, Intoxikation, Hypo-/Hyperthyreose, Immobilität, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Lungenembolie, Hypoxie, Hypothermie, Hypotonie, Anämie, Anfallsleiden, Meningitis, Subduralhämatom und chirurgische Eingriffe (vgl. Savaskan et al., 2016).

Delir-Merkmale in der Grundbeurteilung durch Bedarfsabklärungsinstrumente

Was kann mit RAI und BESA überprüft werden?
RAI und BESA sind nicht für akute Ereignisse konzipiert. Dennoch sind mit Delirium Observation Screening Scale (DOS) und Confusion Assessment Method (CAM) zwei Fokusassessments in BESA zur Überprüfung von Delir implementiert. RAI enthält keine spezifischen Assessments.

Fokusassessment mittels Delir-Skalen

Es gibt keine Allround-Skala, die in allen Settings gleichermassen gut für das Screening oder Assessment von Delir eingesetzt werden kann. Alle Skalen haben Vor- und Nachteile, die je nach Setting und individuellen Anforderungen berücksichtigt werden sollen. Empfohlen werden DOS, CAM, I-AgeD sowie 4AT. Letzteres überzeugt mit besonders geringem Schulungsbedarf.

Skala	Vorteile	Nachteile
Confusion Assessment Method (CAM)		
Wurde auf der Basis von DSM-III-R Kriterien entwickelt. Die Kurzversion enthält 5 Kriterien, die Langversion 10 (vgl. Inouye et al. 1990 / 2003) → CAM, Seite 21	Liefert ein dichotomes Resultat: Delir ja oder nein. Im Manual zur CAM wird auf zwei unterschiedlich sensitive Varianten des Algorithmus hingewiesen: Die sogenannte Oder-Variante verlangt das Vorhandenseins des akuten Beginns oder des fluktuierenden Verlaufs und führt dadurch zu einer höheren Sensitivität, die UND-Variante ist strenger und verlangt das Vorhandensein beider Kriterien.	Die Einschätzung ohne strukturiertes Vorgehen, d.h. ohne ein formales Assessment, ist fehleranfällig. Für die Durchführung der Skala braucht es eine vorangehende Schulung.
Delirium Observation Screening Scale (DOS)		
Beschreibt im Pflegealltag beobachtbare Verhaltensweisen. Eine auf der Basis von DSM-IV entwickelte Beobachtungsskala für Pflegefachpersonen (vgl. Schuurmans et al. 2003) → DOS, Seite 22	Beinhaltet keine belastenden Fragen. Kriterien sind entlang des Pflegealltags formuliert.	Nicht sensitiv für das hypoaktive Delir. Nicht trennscharf zur Demenz. Die revidierte Version erreicht eine Sensitivität von 94,4 % und eine Spezifität von 76,7 % (die niedrige Trennschärfe zwischen Demenz und Delir)

Zwei neue, sich in der Entwicklungsphase befindenden Instrumente, werden in absehbarer Zukunft die Assessment-Verfahren ergänzen (Stand Oktober 2019):

Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AgeD)		
basiert auf der Einschätzung der Angehörigen oder der primären Bezugsperson des Betroffenen (vgl. Rhodius-Meester et al. 2013). Gegenwärtig befindet sich die Skala in der Validierungsphase. → I-AgeD, Seite 24	Weil sie die Informationen der Drittpersonen wiedergibt, ist sie eine gute Ergänzung.	Keine freigegebene deutsche und französische Version. Geringe Verbreitung.
4A's Test (4AT)		
Die European Delirium Association treibt die Entwicklung voran (vgl. Bellelli et al., 2014) Die Skala ist inzwischen übersetzt und befindet sich in der Validierungsphase. → 4AT, Seite 25	Schnell in der Anwendung und ohne spezielle Schulung auch bei unkooperativen Personen einsetzbar.	Keine validierte deutsche und französische Version. Geringe Verbreitung.

4. Beispiele ausgewählter Fokus-assessmentinstrumente

Fokusassessment Depression

4.1 Cornell-Skala für Depressionen bei Demenz (CSDD) 16

4.2 Geriatric Depression Scale (GDS) 18

Fokusassessment BPSD

4.3 Neuropsychiatrische Inventar (NPI) 19

4.4 BPSD-DATE-Algorithmus 20

Fokusassessment Delir

4.5 Confusion Assessment Method (CAM) 21

4.6 Delirium Observation Screening Scale (DOS) 22

4.7 Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AgeD) 24

4.8 4A's Test (4AT) 25

4.1 Cornell-Skala für Depressionen bei Demenz (CSDD)

Abbildung: Beispiel einer Vorlage

Multivariate Entspannungsverfahren

bei demenziell erkrankten älteren Menschen
- Augsburger Pilotstudie -

Cornell Depressionsskala (CDS)

Name des Bewohners/des Gastes: .....

Ausgefüllt am: .....

Ausgefüllt von: .....

Vorbemerkung:
Die Bewertung sollten sich nur auf solche Symptome oder Auffälligkeiten stützen, die **innerhalb einer Woche vor der Einschätzung** aufgetreten sind. Symptome, die als direkte Folge körperlicher Behinderung oder Erkrankung interpretiert werden, sollten nicht bewertet werden.

Bewertungssystem:

nicht einschätzbar	=	(a)
nicht vorhanden	=	(0)
geringfügig oder zeitweise	=	(1)
schwer und deutlich ausgeprägt	=	(2)

A. Stimmungsauffälligkeiten

1.	**Angst** (ängstlicher Ausdruck, Grübeln, Beunruhigung)	(a)	(0)	(1)	(2)
2.	**Traurigkeit, Schwermut** (trauriger Ausdruck, traurige Stimme, Weinen)	(a)	(0)	(1)	(2)
3.	**Reagiert nicht auf angenehme Ereignisse** (Geschenk, Besuch etc.)	(a)	(0)	(1)	(2)
4.	**Reizbarkeit** (schnell verärgert oder aufbrausend)	(a)	(0)	(1)	(2)

B. Verhaltensauffälligkeiten

5.	**Körperliche Unruhe, Agitation, Ruhelosigkeit** (Ruhelosigkeit, Händeringen, Haareraufen/ -zupfen)	(a)	(0)	(1)	(2)

6.	**Verlangsamung** (verlangsamte Bewegungen, schwerfällige Sprache, verlangsamte Reaktion)	(a)	(0)	(1)	(2)
7.	**Vielfältige körperliche Beschwerden** (bitte mit (0) bewerten, wenn lediglich Magen und Darm betreffend)	(a)	(0)	(1)	(2)
8.	**Interessenverlust** (seltene Beteiligung an täglichen Aktivitäten; bitte nur dann bewerten, wenn die Veränderung akut, d.h. während des letzten Monats auftrat)	(a)	(0)	(1)	(2)

C. Körperliche Auffälligkeiten

9.	**Appetitverlust** (isst weniger als gewöhnlich)	(a)	(0)	(1)	(2)
10.	**Gewichtsverlust** (bitte mit (2) bewerten, wenn der Gesichtsverlust mehr als 5 Pfund in einem Monat beträgt)	(a)	(0)	(1)	(2)
11.	**Energieverlust** (leichte Ermüdbarkeit; angefangene Aktivitäten können nicht durchgehalten werden; bitte nur bewerten, wenn akut, d.h. innerhalb des letzten Monats aufgetreten)	(a)	(0)	(1)	(2)

D. Störungen biologischer Rhythmen

12.	**Über den Tag verteilte Stimmungsschwankungen** (Symptome morgens stärker ausgeprägt)	(a)	(0)	(1)	(2)
13.	**Einschlafschwierigkeiten** (späteres Einschlafen als gewöhnlich)	(a)	(0)	(1)	(2)
14.	**Häufiges Erwachen während des Schlafs**	(a)	(0)	(1)	(2)
15.	**Frühes Erwachen am Morgen** (wacht früher als gewohnt auf)	(a)	(0)	(1)	(2)

E. Auffälligkeiten bezüglich der Lebenseinstellung

16.	**Suizidvorstellungen** (kein lebenswertes Leben, Suizidwünsche, -versuche)	(a)	(0)	(1)	(2)
17.	**geringes Selbstwertgefühl/Selbstablehnung** (Selbstvorwürfe, geringe Selbstachtung, Versagensgefühle)	(a)	(0)	(1)	(2)
18.	**Pessimismus** (Vorwegnahme einer schlimmen Zukunft)	(a)	(0)	(1)	(2)
19.	**Stimmungsentsprechende Wahnideen** (Verarmungs-, Verlust-, hypochondrischer Wahn)	(a)	(0)	(1)	(2)

Eine Score von 8 Punkten und mehr weist auf eine depressive Störung bei Demenz hin.

Link: https://www.dr-walser.ch/cornell-depressionsskala.pdf
Quelle: Alexopoulos, et al. (1988)

4.2 Geriatric Depression Scale (GDS)

Abbildung: Beispiel einer Vorlage

Datum: _____ Name: _____ Stempel:

Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Kreuzen Sie die entsprechende Antwort an.

1.	Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	Ja [0] ☐	Nein [1] ☐
2.	Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	Ja [1] ☐	Nein [0] ☐
3.	Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	Ja [1] ☐	Nein [0] ☐
4.	Ist Ihnen oft langweilig?	Ja [1] ☐	Nein [0] ☐
5.	Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?	Ja [0] ☐	Nein [1] ☐
6.	Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustossen wird?	Ja [1] ☐	Nein [0] ☐
7.	Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	Ja [0] ☐	Nein [1] ☐
8.	Fühlen Sie sich oft hilflos?	Ja [1] ☐	Nein [0] ☐
9.	Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	Ja [1] ☐	Nein [0] ☐
10.	Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?	Ja [1] ☐	Nein [0] ☐
11.	Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?	Ja [0] ☐	Nein [1] ☐
12.	Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?	Ja [1] ☐	Nein [0] ☐
13.	Fühlen Sie sich voller Energie?	Ja [0] ☐	Nein [1] ☐
14.	Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?	Ja [1] ☐	Nein [0] ☐
15.	Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser wie Sie?	Ja [1] ☐	Nein [0] ☐

Total Punkte: ……

0 – 5 Punkte: normal

5 – 10 Punkte: leichte bis mässige Depression

11 – 15 Punkte: schwere Depression

Quelle: Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, O. (1983): Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J of Psych Res* 17, 37-49.

www.alterundsucht.ch

Ein Projekt von Infodrog, in Kooperation mit weiteren Partnern.

Alter und Sucht

Link: https://www.alterundsucht.ch/files/content/pdf-de/geriatrische-depressionsskala-gds.pdf

Quelle: Yesavage et al. 1982-1983

4.3 Neuropsychiatrische Inventar (NPI)

Die Originalversion in Englisch sowie nicht validierte Übersetzungen in Deutsch und Französisch sowie weiteren Sprachen können über folgenden Link bezogen werden:

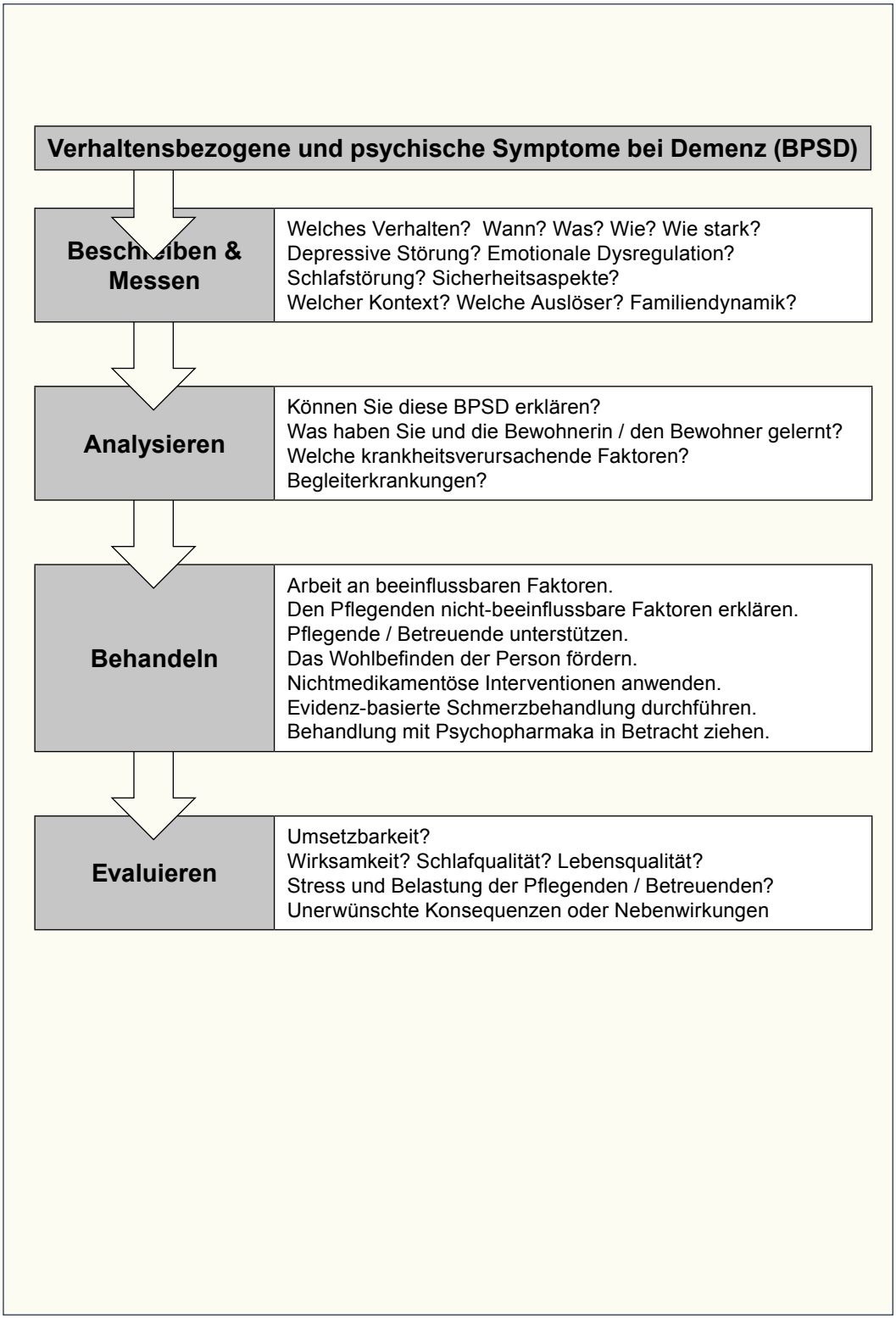
Link: https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/neuropsychiatric-inventory#languages

Autoren
Cummings J.L., Mega M., Gray K., Rosenberg-Thompson S., Carusi D.A., Gornbein J.

Copyright
NPI © Dr. Cummings, 1994, All rights reserved.

4.4 BPSD-DATE-Algorithmus

Abbildung: BPSD-DATE Interventionsalgorithmus



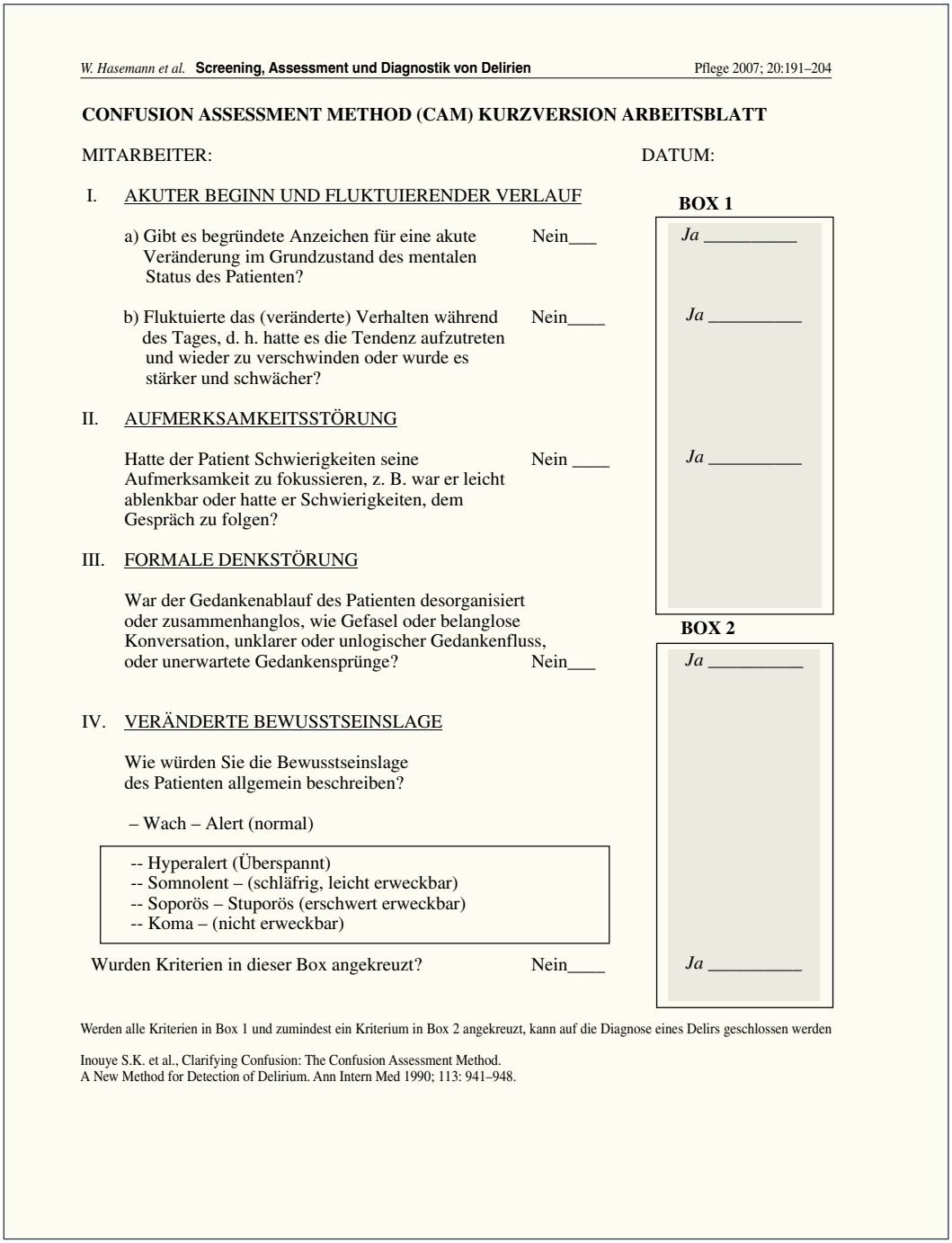
Quelle: Deutsche Übersetzung durch die Arbeitsgruppe des Grundlagenpapiers (vgl. Seite 27) basierend auf Tible et al. 2017

4.5 Confusion Assessment Method (CAM)

Die Originalversion in Englisch sowie Übersetzungen in Deutsch und Französisch sowie weiteren Sprachen können über folgenden Link bezogen werden:
https://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments/

Beispiel einer Vorlage: www.delir.info

Abbildung: Beispiel einer Vorlage



W. Hasemann et al. **Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien** Pflege 2007; 20:191–204

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KURZVERSION ARBEITSBLATT

MITARBEITER: DATUM:

I. AKUTER BEGINN UND FLUKTUIERENDER VERLAUF

a) Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung im Grundzustand des mentalen Status des Patienten? Nein___

b) Fluktuierte das (veränderte) Verhalten während des Tages, d. h. hatte es die Tendenz aufzutreten und wieder zu verschwinden oder wurde es stärker und schwächer? Nein____

II. AUFMERKSAMKEITSSTÖRUNG

Hatte der Patient Schwierigkeiten seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, z. B. war er leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen? Nein ____

III. FORMALE DENKSTÖRUNG

War der Gedankenablauf des Patienten desorganisiert oder zusammenhanglos, wie Gefasel oder belanglose Konversation, unklarer oder unlogischer Gedankenfluss, oder unerwartete Gedankensprünge? Nein___

IV. VERÄNDERTE BEWUSSTSEINSLAGE

Wie würden Sie die Bewusstseinslage des Patienten allgemein beschreiben?

– Wach – Alert (normal)

-- Hyperalert (Überspannt)
-- Somnolent – (schläfrig, leicht erweckbar)
-- Soporös – Stuporös (erschwert erweckbar)
-- Koma – (nicht erweckbar)

Wurden Kriterien in dieser Box angekreuzt? Nein____

BOX 1

Ja _____

Ja _____

Ja _____

BOX 2

Ja _____

Ja _____

Werden alle Kriterien in Box 1 und zumindest ein Kriterium in Box 2 angekreuzt, kann auf die Diagnose eines Delirs geschlossen werden

Inouye S.K. et al., Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method.
A New Method for Detection of Delirium. Ann Intern Med 1990; 113: 941–948.

Quelle: Hasemann, W., Kressig, R. W., Ermini-Fünfschilling, D., Pretto, M., & Spirig, R. (2007). Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien. Pflege, 20(4), 191-204. (Deutsche Übersetzung basierend auf Inouye et al. 1990)

4.6 Delirium Observation Screening Scale (DOS)

Abbildung: Beispiel einer Vorlage

Anhang IV: Delirium Screening Observation Screening (DOS) Skala

Universitätsspital Basel

Delirium Screening Observation Screening (DOS) Skala

		Nie	Manchmal – immer	Weiss nicht
1	Nickt während des Gesprächs ein	**0**	**1**	-
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	**0**	**1**	-
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	**1**	**0**	-
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	**0**	**1**	-
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	**0**	**1**	-
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	**0**	**1**	-
7	Denkt irgendwo anders zu sein	**0**	**1**	-
8	Erkennt die Tageszeit	**1**	**0**	-
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	**1**	**0**	-
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	**0**	**1**	-
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw.	**0**	**1**	-
12	Reagiert unerwartet emotional	**0**	**1**	-
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	**0**	**1**	-
Summe				

* Schuurmans, M. J. (2001). Delirium Observatie Screening (DOS) Schaal (versie 0 - 1). Universitair Medisch Centrum, Utrecht.
© Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Basel, 2005
Variante 1.2019 Abteilung Praxisentwicklung Pflege, 2019

35

ERLÄUTERUNGEN ZUR DOS

Einleitung

Ein Delir ist bei älteren Patientinnen und Patienten und in ihrer letzten Lebensphase eine der am häufigsten vorkommenden psychopathologischen Störungen. Kennzeichnend eines Delirs ist dessen schnelles Auftreten und das Wechseln der Symptome. Die Delirium Screening Observation Screening (DOS) Skala enthält im Original 13 (verbale und non-verbale) Verhaltensweisen, die den Symptomen des Deliriums entsprechen. Die Beobachtungen können während den üblichen Pflegemassnahmen mit Patientinnen und Patienten gemacht werden. Um ein Delir frühzeitig erkennen zu können, ist es wichtig, Verhaltensbeobachtungen während jeder Schicht festzuhalten.

Beurteilung

Nie	Während dieser Schicht wurde das beschriebene Verhalten bei der Patientin oder des Patienten nie beobachtet. (BITTE DIE ZAHL IN DIESER KOLONNE UMKREISEN)
Manchmal – immer	Während dieser Schicht wurde das beschriebene Verhalten bei der Patientin oder des Patienten mindestes 1 Mal beobachtet. (BITTE DIE ZAHL IN DIESER KOLONNE UMKREISEN)
Weiss nicht	Während dieser Schicht wurde das beschriebene Verhalten bei der Patientin oder des Patienten nicht beobachtet, entweder weil die Patientin oder der Patient immer schlief, weil er keinen Kontakt zur beobachtenden Person hatte oder weil die beobachtende Person die An- oder Abwesenheit des Symptoms nicht beurteilen konnte (BITTE DIE ZAHL IN DIESER KOLONNE UMKREISEN)

Genauere Beschreibung/Beispiele

Jemand **wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt,** wenn sie/er auf Geräusche oder Bewegungen reagiert, die keinen Bezug zu ihr/ihm haben und die so sind, dass man keine Reaktion darauf erwarten würde (Es ist zum Beispiel normal, dass jemand auf einen lauten Schrei auf dem Gang reagiert, aber es ist nicht normal, dass jemand auf eine ruhige Frage, die an einen anderen Patienten gerichtet ist, reagiert).

Jemand **bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung**, wenn sie/er verbal oder nonverbal dem Gespräch oder der Handlung zu folgen scheint. Die Person muss auch in der Lage sein, die Aufmerksamkeit auf eine andere Person zu wechseln, wenn diese sie anspricht.

Jemand **reagiert verlangsamt auf Aufträge** wenn sein/ihr Handeln verzögert ist oder es Momente von Stille oder Untätigkeit gibt, bevor die Handlung begonnen wird.

Jemand **denkt, irgendwo anders zu sein**, wenn sie/er dies äussert oder es durch ihr/sein Handeln erkennbar ist.

Jemand **erkennt die Tageszeit**, wenn sie/er dies äussert oder es durch ihr/sein Handeln erkennbar ist. (Jemand, der zum Beispiel mitten in der Nacht aufsteht und sich duschen möchte, kennt meistens die aktuelle Tageszeit nicht).

Jemand **erinnert sich an kürzliche Ereignisse** wenn sie/er zum Beispiel sagen kann, ob sie/er Besuch hatte oder was sie/er gegessen hat.

Jemand r**eagiert unerwartet emotional**, wenn sie/er ohne Grund heftig reagiert oder wenn die Heftigkeit des Gefühls nicht mit dem Anlass übereinzustimmen scheint. (Jemand, der zum Beispiel grundlos anfängt zu weinen, grosse Angst vor dem Waschen hat oder wütend reagiert, wenn der Tee kalt ist.)

Jemand **sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind**, wenn sie/er dies äussert (nachfragen) oder sich so benimmt. (Zum Beispiel jemand, der nicht sichtbare Gegenstände irgendwo andershin legen möchte oder der auf Menschen oder Tiere reagiert, die nicht da sind.).

* Schuurmans, M. J. (2001). Delirium Observatie Screening (DOS) Schaal (versie 0 - 1). Universitair Medisch Centrum, Utrecht.

© Klinische Pflegewissenschaft Universitätsspital Basel 2005

Variante 1.2019 Abteilung Praxisentwicklung Pflege, 2019

Link: www.delir.info

Quelle: Schuurmans et al. (2001)

4.7 Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AgeD)

Keine validierte deutsche und französische Version.

Für Auskünfte: www.delir.info

4.8 4A's Test (4AT)

Die Originalversion in Englisch sowie Übersetzungen in Deutsch, Französisch und weiteren Sprachen können über folgenden Link bezogen werden: https://www.the4at.com

Abbildung: Beispiel einer Vorlage

4AT

Patientenname:

Geburtsdatum:

Patientenetikett:

Datum: **Uhrzeit:**

Untersucher:

Test zur Bewertung von Delir und kognitiver Einschränkung

Bitte Ankreuzen

[1] Wachheit

Dieser Punkt soll auch bei schwer erweckbaren, schläfrigen oder agitierten/hyperaktiven Patienten angewendet werden. Beobachten Sie den Patienten. Wenn sie/er schläft, versuchen Sie sie/ihn durch Ansprache oder durch eine Berührung an der Schulter aufzuwecken. Fragen Sie etwa nach dem Namen und der Adresse, um die Beurteilung zu erleichtern.

Normale Reaktion (komplett aufmerksam, nicht agitiert).	**0**
Weniger als 10 Sekunden schläfrig, dann normal.	**0**
Deutlich unnormale Reaktion.	**4**

[2] Orientierung (AMT4)

Korrekte Nennung von Alter, Geburtsdatum, aktuellem Ort (Name der Klinik, des Gebäudes), aktuellem Kalenderjahr.

Fehlerfrei.	**0**
1 Fehler.	**1**
2 oder mehr Fehler.	**2**

[3] Aufmerksamkeit

Fordern Sie den Patienten auf: „Nennen Sie mir die Monate eines Jahres rückwärts, beginnend mit Dezember."
Zum Verständnis der Aufgabe ist als Hilfestellung die Frage „Welcher Monat kommt vor dem Dezember?", etc., erlaubt.

Nennung von sieben oder mehr Monaten in korrekter Reihe.	**0**
Beginnt, erreicht aber nicht sieben Monate, keine Compliance.	**1**
Nicht durchführbar (sediert/fehlende Wachheit, Unwohlsein).	**2**

[4] Akute oder fluktuierende Symptomatik

Hinweis auf deutliche Änderung oder wechselnde Symptome bezüglich Wachheit oder Wahrnehmung, (z.B. auch Wahn, Halluzinationen) die innerhalb von zwei Wochen begannen und in den vergangenen 24 Stunden noch bestanden.

Nein.	**0**
Ja.	**4**

4 oder mehr Punkte: Delir möglich
+/- kognitive Beeinträchtigung
1-3: mögliche kognitive Beeinträchtigung
0: Delir oder schwere kognitive Beeinträchtigung
unwahrscheinlich, aber möglich, wenn [4] unvollständig

4AT SCORE ☐

Durchführungsregeln Deutsche Version 1.3., Informationen und Download: **www.the4AT.com**

Der 4AT-Test ist ein Screening zur schnellen Ersteinschätzung von Delir und kognitiver Einschränkung. Ein Wert von 4 oder mehr ist ein Hinweis auf Delir, erlaubt aber keine Diagnose. Eine genauere Untersuchung des geistigen Zustands kann nötig sein, um eine Diagnose zu stellen. Ein Wert von 1–3 spricht für eine kognitive Einschränkung, hier sollte eine detailliertere kognitive Testung und Anamneseerhebung erfolgen. Ein Wert von 0 kann nicht sicher ein Delir oder Demenz ausschließen: Abhängig vom klinischen Befund kann eine detaillierte Untersuchung notwendig sein. Die Punkte [1]–[3] sind ausschließlich bezogen auf die Beobachtung des Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung. Punkt [4] erfordert Informationen aus anderen Quellen, z.B. der Anamnese, dem Verlauf, anderem medizinischen Personal, das den Patienten kennt (Pflegekraft), Arztbriefe, Verlaufsdokumentationen, häusliche Pflegekräfte. Der Untersuchende sollte bei der Untersuchung und der Beurteilung der Ergebnisse auf Kommunikationsbarrieren achten (Hörbeeinträchtigung, Dysphasie, fehlende Sprachkenntnisse). **Wachheit:** Bei einer Veränderung der Wachheit im Kontext eines Krankenhausaufenthaltes handelt es sich sehr wahrscheinlich um ein Delir. Wenn der Patient eine deutlich veränderte Wachheit während der Untersuchung aufweist, wird bei diesem Punkt der Wert 4 vergeben. Der Wert **Orientierung** [3] entspricht dem AMT4 (Abbreviated Mental Test - 4) und kann dem AMT10 entnommen werden, wenn dieser unmittelbar zuvor durchgeführt wurde. **Akute Veränderungen oder fluktuierender Verlauf:** Bei Einzelformen von Demenz kann es zu fluktuierenden Veränderungen kommen, ohne dass ein Delir vorliegen muss. Ausgeprägte fluktuierende Symptome sind aber bezeichnend für ein Delir. Um Halluzinationen oder wahnhafte Gedanken zu eruieren, fragen Sie den Patienten z.B. "Beunruhigt Sie irgendetwas hier?", "Haben Sie Angst vor irgendwem oder irgendetwas?" „Haben Sie irgendetwas Seltsames gesehen oder gehört?"

© 2015-2018 T. Saller für die deutsche Fassung, basierend auf MacLullich, Ryan, Cash 2011–2014

Quelle: Deutsche Übersetzung Saller T. (2015-2018) basierend auf MacLullich, Ryan, Cash (2011–2014)

LITERATURVERZEICHNIS

Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., & Shamoian, C.A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. Biological Psychiatry, 23(3), 271-284.

Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D. H., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., ... & Del Santo, F. (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. Age and ageing, 43(4), 496-502.

Burrows A.B., Morris J.N., Simon J.P., Hirdes S.E., & Phillips C. (2000). Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. Age and Ageing, 29(2).

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology, 44(12), 2308-2314.

Eicher S., Geschwindner H., Wolf H., & Riese F. [Hrsg.] (2018). Lebensende mit Demenz. Ein Leitfaden für Angehörige – gemeinsam erarbeitet von Angehörigen, Praktikerinnen/Praktikern und Forschenden. Universität Zürich, Zürich, Heft 5.

Fischer T. (2012) Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz, Das Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit schwerer Demenz (BISAD), Huber, Bern.

Gauggel, S. & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 28, 18-27.

Inouye, S.K. (2003). The Confusion Assessment Method (CAM): training manual and coding guide. New Haven: Yale University School of Medicine, 2(3), 4.

Inouye, S.K., van Dyck, C.H., Alessi, C.A., Balkin, S., Siegal, A.P., & Horwitz, R.I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. Annals of internal medicine, 113(12), 941-948.

Kørner, A., Lauritzen, L., Abelskov, K., Gulmann, N., Marie Brodersen, A., Wedervang-Jensen, T., & Marie Kjeldgaard, K. (2006). The geriatric depression scale and the cornell scale for depression in dementia. A validity study. Nordic journal of psychiatry, 60(5), 360-364.

Reuther, S., Dichter, M. N., Bartholomeyczik, S., Nordheim, J., & Halek, M. (2016). Construct validity and internal consistency of the neuropsychiatric inventory-nursing home (NPI-NH) in German nursing homes. International psychogeriatrics, 28(6), 1017-1027.

Rhodius-Meester, H.F.M., van Campen, J.P.C.M., Fung, W., Meagher, D.J., van Munster, B.C., & de Jonghe, J.F.M. (2013). Development and validation of the informant assessment of geriatric delirium scale (I-AGeD). Recognition of delirium in geriatric patients. European Geriatric Medicine, 4(2), 73-77.

Savaskan E, & Hasemann W. [Hrsg.] (2017). Leitlinien Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Hogrefe, Bern.

Savaskan E., Baumgartner M., Georgescu D., Hafner M., Hasemann W., Kressig R.W., ..., & Verloo H. (2016). Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Praxis, 105(16), 941–952.

Savaskan E., Bopp-Kistler I., Buerge M., Fischlin R., Georgescu D., Giardini U., ..., & Wollmer M.A. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). Praxis, 103(3).

Savaskan E., Bopp-Kistler I., Buerge M., Fischlin R., Georgescu D., Giardini U., ..., & Wollmer M.A. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). Praxis, 103 (3), 135-148.

Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L.M., & Duursma, S.A. (2003). The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. Research and theory for nursing practice, 17(1), 31-50.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2017). Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz. Medizin-ethische Richtlinien. SAMW, Basel.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2014). Charta: Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen. SAMW, Basel.

Tible, O. P., Riese, F., Savaskan, E., & von Gunten, A. (2017). Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. Therapeutic advances in neurological disorders, 10(8), 297-309.

Von Gunten A., Baumgartner M., Georgescu D., Hafner M., Hasemann W., Kressig R.W., ..., & Savaskan E. (2018). Etat confusionnel aigu de la personne âgée. Swiss Medical Forum, 18(12), 277-284.

Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M., & Leirer V.O. (1982-1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 17(1), 37-49.

IMPRESSUM

Herausgeber
Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP)
Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)
Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Arbeitsgruppe
Dan Georgescu, Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) – Projektleitung
Egemen Savaskan, Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) – Projektleitung
René Kuhn, Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) – Projektleitung
Gabriela Egeli, Q-Sys AG
Esther Indermaur, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)
Silvia Silva Lima, Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ)
Anja Ulrich, Akademische Fachgesellschaft (AFG) Gerontologische Pflege, Verein für Pflegewissenschaft (VFP)
Samuel Vögeli, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)
Ursula Wiesli, Akademische Fachgesellschaft (AFG) Gerontologische Pflege, Verein für Pflegewissenschaft (VFP)
Laurent Zemp, BESA Care AG
Franziska Zúñiga, Akademische Fachgesellschaft (AFG) Gerontologische Pflege, Verein für Pflegewissenschaft (VFP)
Stefan Klöppel, Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) – Projektleitung

Kontakt
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Postfach
CH-3003 Bern
demenzstrategie@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Publikationszeitpunkt
Oktober 2019

Zusätzliche Exemplare dieser Broschüre können kostenlos bestellt werden:
BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch
BBL-Bestellnummer: 311.804.d

Sprachversionen
Diese Publikation ist in deutscher und französischer Sprache verfügbar.

Digitale Version
Diese Publikation ist in allen Sprachversionen auch als PDF verfügbar:
www.nationaledemenzstrategie.ch

Ergänzende Publikationen:
Georgescu, D. et al. (2019) Förderung des interdisziplinären Assessments in der Langzeitpflege.
Projekt 6.2 der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019.
Klöppel S. et al. «Erkennung psychiatrischer Symptomen basierend auf den Bedarfsabklärungsinstrumente in der stationären Langzeitpflege» in Praxis (2019)
Weitere Publikationen auf www.nationaledemenzstrategie.ch

Sprachliche Überarbeitung und Gestaltung in Zusammenarbeit mit
advocacy ag, moxi ltd.

Erarbeitet im Rahmen von:

Nationale Demenzstrategie
Stratégie nationale en matière de démence
Strategia nazionale sulla demenza
2014–2019