

1 Erfahrung einer Angehörigen

Paula Schneider

1.1 Leben oder Sterben?

»Er stirbt«, hatte meine Schwester am Telefon gesagt.

Ich hatte meinen Flug aus Griechenland umgebucht und war noch vor den anderen da gewesen. Vor meiner Oma, meiner Tante und meinem Onkel, die sich alle von meinem Vater verabschieden wollten. Er saß in einem Rollstuhl an der Wand, in einer Reihe mit anderen. Zuerst erkannte ich ihn nicht.

Jemand hatte ihm die Haare zurückgekämmt, sein Gesicht war eingefallen und leichenblass. Das war nicht mein Vater, das war ein anderer, einer, der nichts mehr erwartet.

»Papa stirbt«, dachte ich.

Zwei Wochen zuvor hatten meine Schwester und sein Psychiater ihm ein Glas Wasser angeboten. Die Flüssigkeit war ihm aus dem Mund gelaufen, aber er hatte zu trinken versucht. Zu dem Zeitpunkt hatte mein Vater bereits zweieinhalb Wochen jegliche Nahrung und Flüssigkeit verweigert. Noch nie war mir so bewusst gewesen, wie sehr ich ihn liebte und wie sehr ich mir wünschte, dass er am Leben war. Abend für Abend saß ich bei meinen Freunden im Wohnzimmer und telefonierte mit meiner Schwester in Deutschland, um zu beraten, was wir tun sollten. Die Distanz machte alles sehr viel schwieriger. Lange diskutierten wir über eine Magensonde. Meine Schwester und der Psychiater waren dafür, der Arzt meines Vaters und sein gesetzlicher Betreuer waren dagegen. Ich wusste nicht, was zu tun war. Ein zweiter Onkel, der Gerontologe ist, beriet meine Schwester. »Aus der Ferne kannst du die Situation nicht beurteilen«, sagte er mir.

Aus dem Krankenhaus kam die Nachricht, dass unser Vater nur dann einen schnellen PEG-Operationstermin erhalten würde, wenn er bereits künstlich durch die Nase ernährt würde. Ansonsten gelte sein Fall nicht als Notsituation. Die Wartezeit für eine Operation betrage etwa zwei Wochen. Ihm einen Schlauch durch die Nase legen zu lassen, war unvorstellbar für uns. Im Pflegeheim war ihm bereits eine Kanüle mit Flüssigkeit ins Bein gelegt worden.

Monate zuvor war unser Vater während eines Aufenthalts in der geschlossenen Psychiatrie als dement diagnostiziert worden. Er hatte mehrere Schlaganfälle gehabt, war mit dem Fahrrad auf einer Schnellstraße aufgegriffen worden, und hatte sich am Ende auf dramatische Weise auf dem Anrufbeantworter meiner Schwester verabschiedet. Aus der Klinik entlassen, lebte er dann noch für eine Weile alleine in seinem Haus auf dem Land. Mobile Dienste brachten ihm

Essen und Medikamente und ich besuchte ihn regelmäßig mit dem Zug und füllte seinen Kühlschrank. Außerdem gab es eine Pflegekraft, die ihn beinahe täglich besuchte. Zwei Wochen bevor sein Betreuer ihn dann zur Kurzzeitpflege in das Heim bringen ließ, war er plötzlich nicht mehr erreichbar. Als er endlich wieder ans Telefon ging, war er sehr verwirrt.

»Papa, wie geht es dir?«, hatte ich gefragt und er hatte kaum antworten können. Offensichtlich war er in einer akuten Notsituation. Zwei Ärzte, die ihn wenige Stunden später aufsuchten, kamen zu dem Schluss, dass kein Grund zur Sorge bestehe. Auch im Krankenhaus am nächsten Tag war man der Meinung, dass alles in Ordnung sei. Den Verdacht, dass mein Vater einen weiteren, schweren Schlaganfall gehabt haben könnte, bestätigte niemand, obwohl vor allem die Pflegekraft, die ihn regelmäßig sah, sehr beunruhigt über seinen Gesundheitszustand war. Sein Betreuer gab ihn daraufhin zur Kurzzeitpflege in ein Heim. Eineinhalb Wochen später hörte mein Vater auf zu essen und zu trinken. Bald konnte er weder schlucken noch sprechen, gehen oder stehen.

Am Tag unseres Wiedersehens war die Lage todernst geworden. Meine Großmutter, meine Tante, mein Vater und ich saßen mit ihm im Garten des Pflegeheims. In eine Decke gewickelt und im Rollstuhl sitzend, lauschte er – in sich zusammengesackt – unseren Gesprächen. Ab und zu lachte er und sagte Dinge, die wir nicht verstanden.

»Er hätte nie so leben gewollt«, sagte mein Onkel beim Mittagessen. »Dann lieber tot.« Ihm hatte mein Vater auf die Frage, ob er sterben wolle mit »ja« geantwortet. Meine Großmutter meinte: »Man weiß es nicht.« Zum Abschied hatte sie ihm mit lang ausgestreckten Arm den Kopf gestreichelt. Abends saß ich an seinem Bett. Er hatte den Kopf zur Wand gedreht. Wie ich als Kind, wenn er nach einem Streit zur Tür hereinkam, um Frieden mit mir zu schließen. Ich musste herausfinden, was er wollte. Leben oder Sterben. Und ihn dann, so gut ich konnte, auf seinem Weg begleiten. Das war mein Plan.

»Ich weiß nicht, was ich sagen soll, Papa«, sagte ich. »Jetzt bist du wie ich damals. Ich habe keine Ahnung, was du dir wünschst. Aber ich habe nicht das Gefühl, dass du sterben willst.«

Mein Vater war ein sehr aktiver Mensch gewesen. Seine intellektuellen Fähigkeiten und Kreativität hatten stets sein Leben bestimmt. Noch als Rentner hatte er mühelos ein paar hundert Kilometer auf dem Fahrrad zurückgelegt oder mit einem Klettergurt gesichert hohe Bäume beschnitten. Als Kind hatte ich ihn vergöttert und zugleich große Schwierigkeiten mit ihm gehabt. Die Scheidung meiner Eltern hatte unsere Beziehung noch komplizierter gemacht, als sie es ohnehin schon war, und nicht zuletzt aufgrund seiner Krankheit war es nicht immer einfach, ihn zum Vater zu haben. Inwiefern die manisch-depressive Erkrankung, unter der er litt, ihn neben der spät im Alter entstandenen vaskulären Demenz beeinflusste und formte, wurde mir erst vollends klar, nachdem sein Arzt sämtliche Medikamente abgesetzt hatte. Die positive Wirkung, die Psychopharmaka haben können, wurde überdeutlich, als er ohne sie in eine tiefe Depression glitt.

»Sterben wollen fühlt sich anders an«, dachte ich, als ich vor ihm saß und gleichzeitig keine Ahnung hatte, was in ihm vorging. Seit ich denken kann, hatte er vom Tod gesprochen. Irgendwann würde er sich umbringen, hatte er im-



Abb. 1.1: Ungeheuer

mer wieder gesagt und Witze über die verschiedenen Todesarten gemacht. Nun war die Situation eine gänzlich andere. Trotzdem mussten wir so schnell wie möglich herausfinden, ob es ihm diesmal wirklich ernst war. Wir wollten, dass er lebt, aber nicht gegen seinen Willen. Wie findet man das heraus, wenn jemand nicht sprechen kann? Nachdem ich mit den Pflegerinnen des Heims, der Pflegedienstleitung und der Heimleitung gesprochen hatte, wurde ein Krankentransport organisiert. Die Sanitäter, die meinen Vater auf ihre Trage hoben, waren fassungslos, wie schlecht es ihm ging. »Wie sind die denn hier drauf?«, fragte der eine.

1.2 In der Notaufnahme

Dann: Mein Vater in der Notaufnahme. Überall Schläuche. Wieder lag er regungslos da (► Abb. 1.2).

Wieder sagte ich Textbausteine auf: »Manisch-depressiv«, »dement«, »schon immer latent magersüchtig«, »er hat sich umbringen wollen, seit ich denken kann«, »schwere Depression«, »Medikamente abgesetzt«, »Magensonde«.

Ich erklärte den Ärzten, es ginge darum, dass unser Vater erst in einem anderen Zustand entscheiden könne, ob er leben oder sterben wolle. Derzeit befinde



Abb. 1.2: Klein

er sich offenbar in einer sehr schweren Depression. Nichts zu tun hieße, ihn innerhalb weniger Tage sterben zu lassen. Eine Patientenverfügung gab es nicht.

Ich weiß nicht, was die Ärzte dachten, mit denen ich sprach. Ich weiß nur, wie schwer es mir fiel, zu erklären, was meiner Schwester und mir schon seit Wochen im Kopf herumgegangen war. Sie waren skeptisch, aber am Ende lösten sich ihre verschränkten Arme. Der eine meinte, er würde eine Blutuntersuchung machen. »Vielleicht können wir ihn dann erstmal hierbehalten«. Die Blutprobe hatte katastrophale Werte; zu meiner großen Erleichterung durften wir bleiben. Eine Stationschwester erzählte uns einige Tage später, dass die Kollegen im Labor Witze darüber machten, dass sie tagelang immer wieder neue Blutproben von einem Mann erhielten, der eigentlich schon längst hätte tot sein müssen. Der Natriumwert meines Vaters war so hoch, dass ihn kein Gerät mehr messen konnte.

Das Krankenhaus roch gut. Neutral. Hier gab es Linoleumböden, Menschen in sauberen weißen Kitteln, Schläuche und Scheren, Metallzangen und Messer. Dinge, vor denen mein Vater Angst hatte und ich auch. Aber es waren Dinge, die Leben retten konnten. Ich hatte das Gefühl, gleichzeitig das Richtige und das Falsche zu tun. Das Wichtigste aber war, dass wir bleiben durften. Auch mein Vater schien erleichtert. Aber die Diskussion um die Magensonde ging weiter. Die Stationsärztin hatte eine klare Haltung:

»Magensonde? Das ist ja wie ein Schwein mästen.«

Bereits nach der ersten Nacht wurde mein Vater auf eine andere Station verlegt, wo jemand anderes verantwortlich war. Was dann folgte, waren eineinhalb schwierige Wochen, von denen er einige Tage im Delir um sein Leben rang. Wie es mir während jener Zeit ging, möchte ich mit Hilfe von sieben Listen verdeutlichen:

Liste Nr. 1

»*Es kostete meine ganze Kraft*«

- darauf zu achten, dass mein Vater an keinem der Schläuche zog
- ihn immer wieder daran hindern zu müssen, dass er aus dem Bett kletterte
- mit seinen psychotischen Fantasien umgehen zu müssen
- ihm beim Wasserlassen zu helfen
- ertragen zu müssen, dass er fixiert wurde, wenn ich nicht da war
- immer wieder erklären zu müssen, warum wir eine Magensonde sinnvoll fanden
- allein im Haus meines Vaters zu leben, das er vollkommen verwüstet hatte
- keine Freunde in der Stadt zu haben, in der mein Vater lebte
- meinen Chef in Berlin zu besänftigen, der verärgert über meine lange Abwesenheit war
- mich mit meiner Schwester zu zerstreiten
- keine Waschmaschine vor Ort zu haben
- wenig Pausen zu haben

Liste Nr. 2

»*Rettend waren*«

- die effizienten und immer freundlichen Krankenschwestern
- der Moment, in dem der erste Arzt in der Notaufnahme sagte: »Ich sehe mal, ob wir ihn hierbehalten können.«
- die Unterstützung durch den sozialpsychiatrischen Dienst
- die Ärztin mit Zopf
- die Hilfe von zwei jungen Pflegekräften, die ganz besonders vorsichtig und liebevoll waren
- die Physiotherapeutin, die mein Vater so mochte
- der Morgen nach der schlimmen Nacht, in der er beinahe gestorben wäre und an dem er plötzlich wieder sprechen konnte
- rausgehen können bei der Körperpflege
- das erste mal Zähneputzen durch Schwester Elke
- überhaupt Schwester Elke
- die Wolldecke, die Isomatte, der Schlafsack und der MP3-Player meiner Schwester
- die selbstgebackenen Kekse meiner Mutter
- die gemeinsamen Momente mit meiner Schwester und meiner Mutter
- die Dusche auf dem Flur
- Duschen, Radfahren, Schwimmen
- dass es die Möglichkeit gab, offiziell als Mitpatientin im Krankenhaus aufgenommen zu werden
- die Unterstützung durch den Psychiater meines Vaters und eine Sozialpädagogin des sozialpsychiatrischen Dienstes

Liste Nr. 3

»*Was gar nicht ging*«

- der Kommentar einer Ärztin zum Thema Schweine mästen
- kein Internet im Krankenhaus
- der kaputte Sandwichautomat
- die Kantine, die nur bis 18:00 Uhr geöffnet hatte
- die lang andauernde Unklarheit, wann die Magensonde gelegt werden würde
- die verschiedenen Meinungen
- immer wieder alles neu erklären müssen

Liste Nr. 4

»*Was man sich wünscht*«

- dass alles wieder gut wird
- dass alles sehr schnell wieder gut wird
- dass alles sehr schnell wieder gut wird und man es anschließend sofort wieder vergessen kann

Liste Nr. 5

»*Worüber ich sehr dankbar war*«

- die sehr gute medizinische Versorgung
- jeden Tropfen Flüssigkeit und Nährlösung die meinen Vater mehr zu sich kommen ließ
- dass wir die ganze Zeit über unseren Humor nicht verloren hatten

Liste Nr. 6

»*Meine Wunschliste*«

- Pflegekräfte und Ärzte/innen mit mehr Zeit, um Dinge in Ruhe zu tun
- mehr Pflegekräfte, die eine Fixierung der Patienten/innen unnötig machen
- mindestens zwei weitere Nachtschwestern
- eine/n Ansprechpartner/in im Krankenhaus, der/die medizinisch berät und für das gemeinsame Nachdenken in aller Ruhe da ist, Informationen zusammenführt und als Bindeglied zum Krankenhausteam fungiert; jemand, der psychologische Unterstützung bietet
- eine/n Psychiater/in vor Ort für die Unterstützung des Kranken und falls nötig, die Vergabe von Psychopharmaka
- ein Tisch, ein Bett, ein Internetanschluss
- regelmäßige Mahlzeiten

Liste Nr. 7

»Die schönsten Momente«

- meinem Vater so nah zu sein
- dass die Sonne die meiste Zeit über schien
- neue Zitronenstäbchen zum Mund befeuchten

Im Krankenhaus ist man nackt. Nackt vor Menschen in weißen Kitteln zu stehen, die Macht über das eigene Schicksal haben, ist eine schwierige Sache. Zumal, wenn einem Worte nichts mehr bedeuten und man die Welt nicht versteht. Wenn man nicht sprechen kann. Alles fühlt sich gefährlich an. Da mein Vater im Delir nicht sprechen konnte und ich nicht verstand, was in ihm vorging, war es doppelt schwer für mich mitzuerleben, wie sehr er litt. Wenngleich die wenigen Worte und Gesten Bände sprachen, wusste ich nie genau, welche Phantasiewelten ihn diesmal quälten. Tagelang sah er bedrohliche Dinge von der Decke kommen und glaubte sein Bett von toten Hunden umgeben. Immer wieder versuchte er, die Schläuche zu entfernen, die ihn am Leben hielten, er zog sich mehrmals täglich aus. Verschiedenste Rituale dienten seiner Verteidigung gegen eine bedrohliche Umwelt. Einerseits erschöpften sie ihn in höchstem Maße, andererseits gaben sie ihm Stabilität. Permanent war er mit dem Zählen von Dingen beschäftigt, die mir unbegreiflich waren. Ein Buch, das ich in sein Bett legte, konnte zu einer schweren Eisenstange werden und seine Bettdecke zu einem »gefährlichen Aas«, das ihn bedrohte.

Zehn Tage nach unserer Ankunft im Krankenhaus diagnostizierte der Psychiater anhand einiger Gesprächsmitschriften, die ich angefertigt hatte, eine Psychose. Hier ein paar Zitate:

Mein Vater:

»Was ist denn hier mit? Rutscht das dann hier weg? Wenn ich hier so liege, wird dann das immer kleiner?«

Ich:

»Nein, Papa, das bleibt so wie es ist. Das wird nicht kleiner.«

Mein Vater:

»Die wollen mich hier umbringen. Gestern bin ich gestorben und heute bin ich auch gestorben. Und wenn du so weitermachst, wirst du auch sterben. Ich weiß genau, wie weit ich gehen kann. Die Daten, sie gehören zu den Leuten, die gestorben sind und die noch leben. Und die Daten hast du doch in der Tasche.«

Ich:

»Ich versteh das nicht.«

Mein Vater:

»Ja, ich versteh das doch auch nicht alles. Du musst das doch nur noch nachlesen, dann hast du das doch. Die Daten, du brauchst doch nur mal die Schwes-

ter fragen, dann kannst du das lesen, was das für Daten sind und dann weißt du Bescheid. Du hast mir doch vorhin die Daten vorgelesen. [...] Lies alles, was du kannst über den Tod und den Nicht-Tod. – Wenn ich zum Beispiel einen beschuldige, der tot ist und der schon eine bestimmte Masse am Tod hinter sich hat. [...] Ruf deine Schwester an und die wird dir sagen, was wer wie wen umgebracht hat.

Wenn du so weitermachst, bin ich gleich tot und du wirst nicht wissen warum. Aus diesem Riesenbett kann keiner genau wissen, wann einer stirbt oder nicht stirbt und jetzt versuchst du das alles niederzu« ... Warum nimmst du nicht das Wichtigste und gehst zur Polizei und meldest dich?»

Auf die Frage »Und was war das Beunruhigendste?« sagte er:

»Dass nichts davon stimmt. Morgen Nachmittag bin ich tot. Ich kann hier ja gar nicht schlafen in diesem Gewurstel. – Wie komme ich denn jetzt von diesem Aufsatz wieder runter in mein Bett? [...] Was mache ich denn mit diesen Sachen, die nicht mit mir zusammenhängen?«

Mein Vater wollte, dass ich die Polizei informierte und mit meiner Schwester über Tötungen sprach, die für ihn zur Realität gehörten. Mehrfach erwähnte er neben seiner Großmutter erstmals einen Kriegsgefangenen, den er als kleiner Junge offenbar sehr geliebt hatte. Dass dieser irgendwann verschwunden und vermutlich ermordet worden war, belastete ihn immer noch sehr. Er, der sich als Erwachsener intensiv mit den Verbrechen und dem Völkermord der Deutschen in den Jahren 1933–1945 beschäftigt und der mehrfach NS-Zwangsarbeiter zu sich nach Hause eingeladen hatte, sah sich plötzlich mit den prägenden Gewalterfahrungen seiner frühesten Kindheit konfrontiert. Nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus erklärte er mir, das Pflegeheim, in dem er nun lebte, sei früher ein Konzentrationslager gewesen. Tatsächlich lagen das Krankenhaus und das Heim in unmittelbarer Nähe zu dem Platz, an dem im März 1944 ein KZ-Außenlager des Konzentrationslagers Neuengamme errichtet worden war.

Nach der Entlassung haben wir auf einem Spaziergang zum Krankenhaus Schwester Elke wieder getroffen. Als sie meinen Vater aufrecht gehend wiedererkannte, hielt sie ihr Auto mitten auf der Straße an, stieg aus und umarmte uns. Lächelnd sagte er zu ihr: »Ja, ist ja auch gut, wenn man noch mal überlebt.«

2 Einführung in die Thematik von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Benjamin Volmar, Michael Löhr, Bernd Meißner

In dem Kapitel von Paula Schneider wird sehr eindrücklich beschrieben, was Angehörige und Patienten mit der Nebendiagnose einer Demenz im Krankenhaus erleben. Die gesamte Behandlungs- und Versorgungssituation wirkt für die Betroffenen oft nicht durchschaubar und die Prozesse sind erst nach Erläuterungen verständlich. Dieses Schicksal ist leider kein Einzelschicksal. Rund 40 % der Patienten, über dem 65. Lebensjahr, weisen in deutschen Krankenhäusern kognitive Defizite auf (Hendlmeier et al. 2017). Für 2014 wird davon ausgegangen, dass ca. 1,6 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland gelebt haben (Bickel 2016). Diese Zahlen werden voraussichtlich in den nächsten Jahren, aufgrund des demografischen Wandels und der stetig besser werdenden medizinischen Versorgung, weiter ansteigen (Blüher, Kuhlmeiy 2016).

Oft wird dieses hochaltrige Klientel wegen Sturzverletzungen, Exsikkosen, Verschlechterungen des Allgemeinzustandes oder Infektionserkrankungen, wie einem Harnwegsinfekt oder einer Lungenentzündung im Krankenhaus aufgenommen (Natalwala, Potluri, Uppal, Heun 2008). Diese mutmaßlich banalen Erkrankungen stellen für viele vermeintlich jüngeren Patientengruppen häufig keinen Anlass für die stationäre Krankenhausbehandlung dar. Ist der Patient älter und kognitiv eingeschränkt wird er oft aufgenommen, um absehbare Komplikationen und Behandlungsfehler auszuschließen. Es zeigt sich, dass Menschen mit einer Demenz durchschnittlich eine um 1,4 Tage erhöhte Liegezeit im Krankenhaus haben als ein Patient mit derselben Aufnahmeindikation ohne Demenz (Motzek, Junge, Marquardt 2016). Die Nebendiagnose Demenz löst selten erlösrelevante Leistungen aus und wird daher selten in den Codierungen erfasst (Pinkert, Holle 2012).

Mit der Aufnahme ins Krankenhaus steigt für einen Menschen mit einer Demenz die Gefahr, Behandlungskomplikationen wie ein Delir, eine erhöhte nosokomiale Infektionsrate, die Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten, Stürzen mit entsprechenden Verletzungen, Polypharmazie oder eine erhöhte Morbidität zu erleben (Kleina, Wingensfeld 2007, Reynish et al. 2017).

Der Begriff Demenz ist ein Oberbegriff für verschiedene Krankheitsbilder, die unterschiedliche kognitive und verhaltensspezifische Veränderungen erzeugen können. Die bekannteste und am weitesten verbreitete Demenzform ist die Alzheimer-Demenz (Förstl, Lang 2011). Auch andere Demenzformen wie z. B. die Lewy-Body-Demenz, die Vaskuläre Demenz und die Frontotemporale Demenz werden häufiger diagnostiziert. Jede dieser Erkrankungen hat andere Ausprägungen sowie behandlungs- und diagnoserelevante Ausprägungen. Hier ist eine ausführliche Diagnostik notwendig, die sowohl die Vorgeschichte, als auch eine

körperliche Untersuchung mit Einbezug der Laborparameter, eine Überprüfung der Medikamente und die Erhebung des psychischen und kognitiven Status beinhaltet. Ergänzend können bildgebende Verfahren wie ein CCT, ein PET oder ein MRT durchgeführt werden. Zudem empfiehlt sich eine neuropsychologische Testung (National Institute for Health and Care Excellence 2006).

Insbesondere das Delir ist eine häufig unterschätzte und gleichzeitig oft übersehene Komplikation, die elementare Folgen für den Betroffenen, die Angehörigen und das Krankenhaus haben können. Ein Delir ist ein hochakuter Verwirrheitszustand, der sich in hyper- und hypoaktiven Ausprägungen, sowie Mischformen zwischen den beiden Ausprägungen zeigen kann. Laut DSM-V kann ein Delir anhand von Aufmerksamkeitsstörungen, fluktuierenden Verhaltensweisen, zusätzlichen oder verstärkten kognitiven Störungen diagnostiziert werden. Die Veränderungen können nicht durch vorbestehende oder fortschreitende neurokognitive Erkrankungen erklärt werden. Zudem kann ein Nachweis des akuten Zustandes aufgrund der körperlichen Untersuchung oder der Laborwerten für eine medizinische Erkrankung, akute Intoxikation, einen körperlichen Entzug oder gemischten Ätiologie angeführt werden (European Delirium Association & American Delirium Society 2014). Mögliche Auslöser für ein Delir können akute Infektionen, Anämien, Wechselwirkungen von Medikamenten verschiedenster Wirkgruppen wie Analgetika, Sedativa und Antibiotika sein. Aber auch milieubedingte Faktoren haben hier einen gewichtigen Einfluss, so kann ein Ortswechsel oder eine gezielte Immobilisation einen delirogenen Einfluss haben (Hewer, Thomas 2016). Als Risikofaktoren zählen hier vor allem das Lebensalter, eine bekannte demenzielle Entwicklung, eine positive Suchtanamnese, Schmerzen, Frailty und unversorgte Hör- oder Sehbeeinträchtigungen (Thomas 2016a).

Besonders hochaltrige, multimorbide und fortgeschritten kognitiv erkrankte Personen sowie Patienten mit einer Polypharmazie und Urin-Kathetern haben ein erhöhtes Risiko an einem Delir zu erkranken (Ahmed, Leurent, Sampson 2014). 11–25 % der älteren Menschen haben bereits bei der Aufnahme ins Krankenhaus ein Delir, bei 29–31 % der älteren Patienten entwickelt sich im Laufe der Behandlung ein zusätzliches Delir (Vasilevskis, Han, Hughes, Ely 2012). Hier zeigt sich wie wichtig ein systematisches Screening ist.

Es gibt unterschiedliche Formen eines Delirs. So gibt es einerseits eine hyperaktive Ausprägung, eine hypoaktive Ausprägung und gemischte Formen. Das hyperaktive Delir äußert sich durch motorische und psychomotorische Unruhezustände, gepaart mit einer hyperalerten Aufmerksamkeit, ggf. optischen und akustischen Halluzinationen und eventuellen Angstzuständen. Des Weiteren können Verschiebungen im Tag-Nacht-Rhythmus, eine verstärkte Desorientiertheit sowie enthemmende Zustände und Sprachstörungen auftreten. Ein hypoaktives Delir macht sich durch eine extreme Minderung des Antriebs, bis hin zu komatösen Zuständen bemerkbar. Dieser Zustand ist für fremde Personen oft nicht erkenn- und einschätzbar, daher wird er oft in der akuten Situation übersehen und falsch eingeschätzt (Thomas 2016b).

Ein Delir hat verschiedene ökonomische Faktoren, die sowohl gesellschaftliche, als auch Belange der einzelnen Unternehmen betreffen. Es erzeugt eine Stei-