



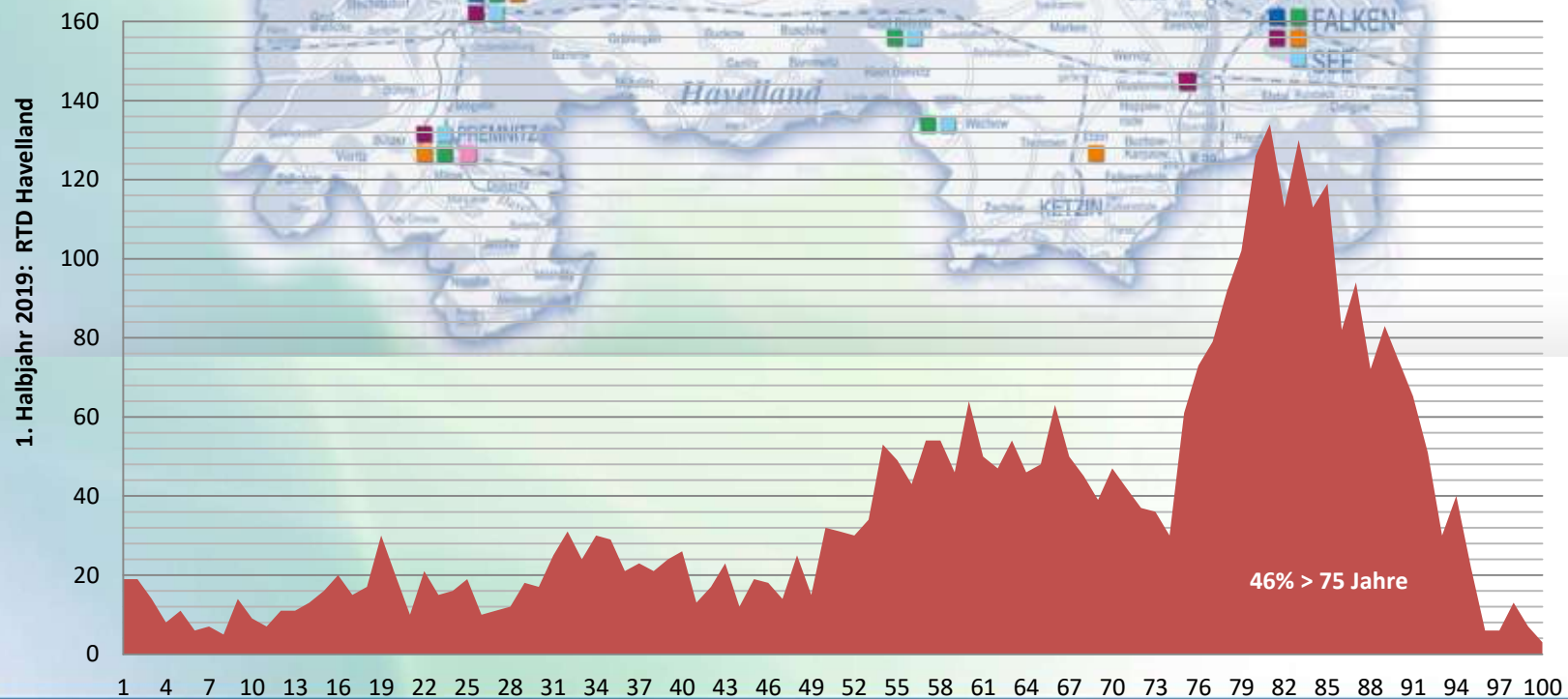
Rettungsdienst als Erstversorger im häuslichen Umfeld

Petra Wilke - Lukas Kaiser
Rettungsdienst Havelland GmbH
Potsdam -06.12.2019





- Havelland Kliniken GmbH
- Medizinisches Dienstleistungszentrum GmbH
- Gesundheitszentrum Premnitz GmbH
- Wohn- und Pflegezentrum Havelland GmbH
- Soziale Betreuungsgesellschaft Havelland mbH
- Rettungsdienst Havelland GmbH
- Gesundheitsservicegesellschaft Havelland mbH
- Ausbildungszentrum Gesundheit und Pflege GmbH





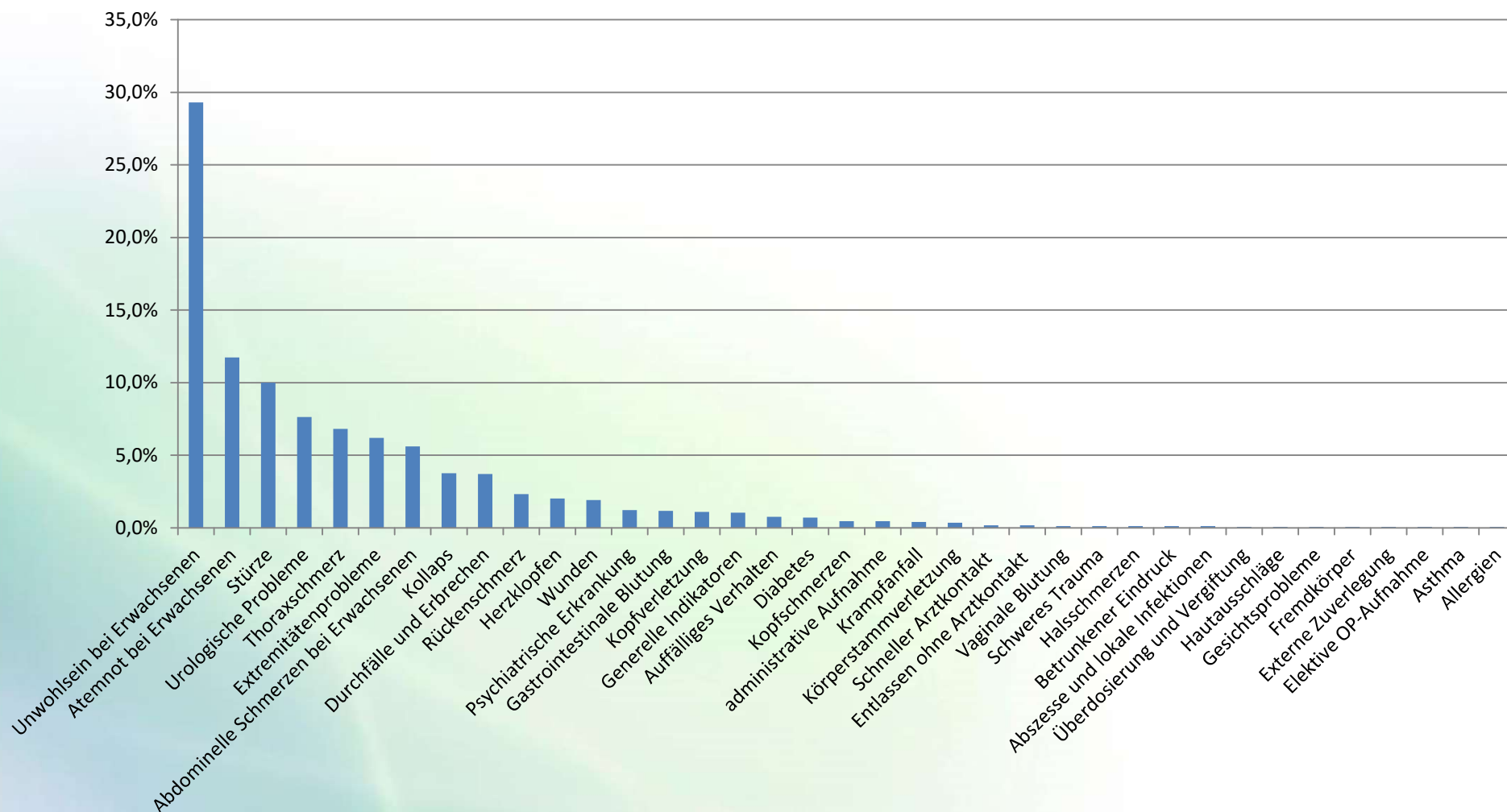


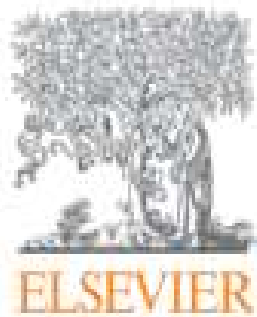




**Weiß der
Geier!**

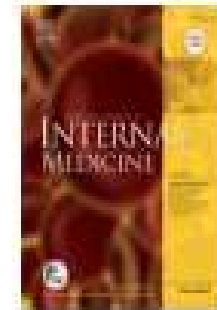






European Journal of Internal Medicine

Volume 47, January 2018, Pages e12-e13



Letter to the Editor

What are nonspecific complaints and what are their causes and outcomes? The common unknown unknowns of medicine

John Kellett ^a  , Christian H. Nickel ^b

 **Show more**

<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.09.032>

[Get rights and content](#)



DELIR

Wenn man zeitweise verwirrt ist

Ein Delirium kann einen lebensbedrohlichen, akuten medizinischen Notfall zur Folge haben. Mögliche Ursachen sollten erkannt und behandelt werden. Vielfach sind ältere, demente Patienten betroffen.

Delirium: Gefährlich & verkannt

Lebensbedrohend. Bei älteren Patienten sehr häufig und folgeschwer: das Delir. Das Thema ist Auftakt einer Serie anlässlich der Kooperation der „Presse“ mit den Brain Days.



Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia A Meta-analysis

Joost Witlox, MSc

Lisa S. M. Eurelings, MSc

Jos F. M. de Jonghe, PhD

Kees J. Kalisvaart, MD, PhD

Piet Eikelenboom, MD, PhD

Willem A. van Gool, MD, PhD

DELIRIUM IS A SYNDROME OF acutely altered mental status characterized by inattention and a fluctuating course.¹ With occurrence rates of up to half of older patients postoperatively, and even higher in elderly patients admitted to intensive care units, delirium is the most common complication in hospitalized older people.²⁻⁴ Delirium causes distress to patients and caregivers, has been associated with increased morbidity and mortality, and is a major burden to health care services in terms of expenditures.⁵

Numerous studies have addressed the long-term prognosis of older individuals who experienced delirium during hospitalization. The evidence that these studies provide is not entirely consistent (eg, older patients with delirium experienced increased long-term mortality in one study,⁶ but not in another⁷). Elements of study design, such as delirium and outcome ascertainment and time to follow-up, may affect conclusions. Whether delirium independently contributes to poor outcome or merely represents a marker of underlying disease is especially relevant. The long-term detrimental

Context Delirium is a common and serious complication in elderly patients. Evidence suggests that delirium is associated with long-term poor outcome but delirium often occurs in individuals with more severe underlying disease.

Objective To assess the association between delirium in elderly patients and long-term poor outcome, defined as mortality, institutionalization, or dementia, while controlling for important confounders.

Data Sources A systematic search of studies published between January 1981 and April 2010 was conducted using the databases of MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, and CINAHL.

Study Selection Observational studies of elderly patients with delirium as a study variable and data on mortality, institutionalization, or dementia after a minimum follow-up of 3 months, and published in the English or Dutch language. Titles, abstracts, and articles were reviewed independently by 2 of the authors. Of 2939 references in the original search, 51 relevant articles were identified.

Data Extraction Information on study design, characteristics of the study population, and outcome were extracted. Quality of studies was assessed based on elements of the Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) checklist for cohort studies.

Data Synthesis The primary analyses included only high-quality studies with statistical control for age, sex, comorbid illness or illness severity, and baseline dementia. Pooled-effect estimates were calculated with random-effects models. The primary analysis with adjusted hazard ratios (HRs) showed that delirium is associated with an increased risk of death compared with controls after an average follow-up of 22.7 months (7 studies; 271/714 patients [38.0%] with delirium, 616/2243 controls [27.5%]; HR, 1.95 [95% confidence interval (CI), 1.51-2.52]; *P*, .44.0%). Moreover, patients who had experienced delirium were also at increased risk of institutionalization (7 studies; average follow-up, 14.6 months; 176/527 patients [33.4%] with delirium and 219/2052 controls [10.7%]; odds ratio [OR], 2.41 [95% CI, 1.77-3.29]; *P*, .0%) and dementia (2 studies; average follow-up, 4.1 years; 35/566 patients [6.2%] with delirium and 15/1185 controls [1.3%]; OR, 12.52 [95% CI, 1.86-84.21]; *P*, .52.4%). The sensitivity, trim-and-fill, and secondary analyses with unadjusted high-quality risk estimates stratified according to the study characteristics confirmed the robustness of these results.

Conclusion This meta-analysis provides evidence that delirium in elderly patients is associated with poor outcome independent of important confounders, such as age, sex, comorbid illness or illness severity, and baseline dementia.

JAMA. 2010;304(4):443-451

www.jama.com

Author Affiliations: Department of Geriatric Medicine, Medical Center Alkmaar, Alkmaar, the Netherlands (Dr Witlox and Dr de Jonghe); Department of Neurology, Academic Medical Center, Amsterdam, the Netherlands (Dr Eurelings and Dr Eikelenboom and van Gool); Department of Geriatric Medicine, Kennemer Gasthuis, Haarlem, the Netherlands (Dr Kalisvaart) and GGZ inGeest, Amsterdam, the Netherlands (Dr Eikelenboom).
Corresponding Author: Willem A. van Gool, MD, PhD, Department of Neurology, Academic Medical Center, PO Box 22700, 1100 DE Amsterdam, the Netherlands (w.a.vanGool@amc.uva.nl).

- Infekt
- cardiale Dekompensation
- ACS
- zerebrovasculäres Ereignis
- Schmerzen
- Dehydratation
- metabolische Entgleisung
- Malignom
- Epilepsie
- Medikation
- Urinkatheter



Stempel der Einrichtung

Datum:

Patientendaten

Name, Vorname		Geburtsdatum		Wohnbereich / Etage / Zimmer	
Grund des Notrufes ○ AZ Verschlechterung ○ Wesensveränderung ○ Mobilitätseinschränkungen ○ Orientierungsstörungen ○ Sprachstörungen ○ Sehstörungen Seit <u>wann?</u> Kriterien für den Notruf 112 • akute Atemnot • Herzschmerzen • Bewusstlosigkeit • Apoplex • starker Schmerz • Sturz		Akutes Notfallgeschehen / Diagnosen und letzte Epikrise bereithalten! 		vorheriger Arztkontakt ○ Hausarzt ○ KV Arzt <u>Wann?</u> 	
Infektionskrankheiten		MRSA / VRE / 3-MRGN / 4-MRGN, wenn ja: Wo? Norovirus? Clostridien?			
Sturzgeschehen		☐ beobachtet ☐ nicht beobachtet		War der Bewohner Bewusstlos? o JA o NEIN o <u>Nicht</u> bekannt	
aktuelle Medikation		Medikamentenblatt bereithalten / aushändigen			
Allergien Bekannt?		Falls ja, welche?			
Vitalparameter durch PK erhoben? ☐ JA ☐ NEIN		Falls ja: Was wurde gemessen und wann?			
Patientenverfügung o Vorhanden / o Nicht vorhanden Falls ja: Kopie					
☐ Schrittmacherpatient		☐ Dialysepatient (Port, wo?)		☐ Diabetiker	
☐ Epileptiker		☐ diagnostizierte Demenz			
Tetanusimmunisierung		Letzte wann?			
Kontaktadressen Angehörige / Betreuer Falls Betreuer vorhanden: Welche Bereiche werden durch den Betreuer vertreten? (Kopie Betreuerausweis/gerichtlicher Beschluss)					



VERSORGUNG ÄLTERER NOTFALLPATIENTEN

Hightouch statt Hightech

Erfahrungen mit einer Interdisziplinären Notfall- und
Kurzlieger-Aufnahmestation zur besseren Versorgung
insbesondere älterer Notfallpatienten

Michael Groening, Tobias Schwarz, Guntram Lock





Dr. med. Petra Wilke

Die Anzahl der in deutschen Notaufnahmen (NA) behandelten Patienten nimmt stetig zu. Neben einer Umstrukturierung der Krankenhaushaushalts und der ambulanten Patientenversorgung, besonders in ländlichen Regionen, spielt auch der demografische Wandel eine wichtige Rolle (1). Valide Daten zur Altersverteilung von Patienten in deutschen Notaufnahmen sind bislang Mangelware. Epidemiologische Angaben zu älteren Notfallpatienten stammen meist aus dem angloamerikanischen Raum. Hier wird der Anteil von Patienten die älter als 65 Jahre sind, mit bis zu 20 Prozent aller Notaufnahmepatienten beschrieben (2). Zwei neuere Untersuchungen aus den USA und der Schweiz berichten von einem starken Anstieg der über 85-Jährigen in den Notaufnahmen (3, 4). In einzelnen Veröffentlichungen aus Deutschland und Österreich sind ältere Patienten ebenfalls überproportional am hohen Fallzahlenanstieg beteiligt (5, 6). Um flächendeckend Informationen zur Versorgung älterer Notfallpatienten und um demografische Daten in deutschen Notaufnahmen zu erheben, hat die Arbeitsgruppe (AG) „Der ältere Patient in der Notfallmedizin“ (ÄlPaNo) der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGNA) 2014 eine bundesweite Onlineumfrage durchgeführt. Die Mitglieder der DGNA sollten acht geschlossene Fragen beantworten. Sechs davon bezogen sich auf die Zusammenarbeit mit geriatrischen Abteilungen, die Anwendung von Assessmenttools und die Einschätzung des notwendigen Schulungsbedarfs. Zwei Fragen bezogen sich auf die Altersstruktur der NA-Patienten, unter anderem deren Entwicklung zwischen 2010 und 2013.

30 Notaufnahmen aus 11 Bundesländern beantworteten den Fragebogen. 25 NA konnten Angaben zu ihren Patientenzahlen machen, womit 960 263 Patienten (2013) in die Auswertung einfließen. Die Bettenzahl der teilnehmenden Häuser variierte von 295 bis 1 500 (Mittelwert 794, Median 703 Bet-

Thema ÄLTERE NOTFALLPATIENTEN

Blickschärfung notwendig

Ältere Notfallpatienten rücken mehr in den Fokus. Die Gesundheitsberufe in den Notaufnahmen müssen sich künftig darauf einstellen.



ten). 12 Kliniken, darunter 2 Universitätskliniken, machten Angaben zur demografischen Entwicklung zwischen 2010 und 2013. In 2013 lag die Gesamtpatientenzahl dieser Kliniken bei 581 795 Patienten. 8 dieser 12 Kliniken lagen Ballungszentren, jeweils 2 in Groß- beziehungsweise Mittelsstädten.

20 Kliniken konnten Angaben über die Gesamtpatientenzahl im Verlauf machen. Die Angaben von 3 Kliniken mussten wegen zwischenzeitlicher Strukturveränderungen verworfen werden. Von 2010 bis 2013 betrug die mittlere Fallzahlsteigerung in den verbleibenden NA 15,25 Prozent.

19 Kliniken machten Angaben zur Altersstruktur. 11 Kliniken konnten einen zeitlichen Verlauf darstellen. Der Anteil der über 70-Jährigen nahm stetig zu und lag im Median bei 30,04 Prozent. Allerdings zeigten sich erhebliche Unterschiede sowohl im prozentualen Anteil älterer Patienten als auch in der Entwicklung ihres Anteils über den Beobachtungszeitraum. Die Gruppe der über 70-Jährigen wuchs



AG DER ÄLTERE PATIENT IN DER NOTFALLMEDIZIN (ÄLPANO)

Die Arbeitsgemeinschaft ÄlPaNo wurde 2013 gegründet und befasst sich mit den Belangen älterer Patienten im Rahmen der Notfallmedizin. Knapp ein Drittel aller Notfallpatienten ist 70 Jahre und älter. Diese Entwicklung stellt insbesondere auch Notaufnahmen vor große Herausforderungen. So ist es nicht verwunderlich, dass das notfallmedizinische Management älterer Patienten in den letzten Jahren im angloamerikanischen Raum einen festen Platz unter den notfallmedizinischen Interessenschwerpunkten eingenommen hat.

Die AG ÄlPaNo befasst sich mit diesem in Deutschland noch wenig etablierten Teilbereich. Die Mitglieder stammen hauptsächlich aus der ZNA, ärztliche und pflegerische Teilnehmer sind gleichermaßen vertreten.

Die AG hat es sich zur Aufgabe gemacht, auf der Grundlage valider Daten verschiedene, die Versorgung älterer Notfallpatienten betreffende, Themen zu bearbeiten und sinnvolle Versorgungsstrategien zu entwickeln.

Prozent). Die am zweitstärksten wachsende Gruppe der 30- bis 39-Jährigen war – bezogen auf die Patientenzahl – allerdings bedeutsamer als die der Patienten über 90 Jahre. Den in absoluten Zahlen stärksten Anstieg verzeichneten die 70- bis 79-Jährigen. Aufgrund der nur geringen Zunahme der 80- bis 89-Jährigen ist der Zuwachs in der Gruppe der jungen Erwachsenen



Dr. med. Michael Groening, Florian Grossmann, MSc, Dr. med. Thomas Hilmer, Priv.-Doz. Dr. med. Katrin Singler, Prof. Dr. med. Rajan Somasundaram, Dr. med. Petra Wilke



Seien Sie mutig –
öffnen Sie sich dem
Menschen mit Demenz.



Normal ist relativ!
Rock über Hose – Karneval
fänden Sie es passend.



Eine offene und positive
Art kann Türen öffnen.



Persönliche Betroffen-
heit?
Mehr Wissen und Beratung
kann viel Last nehmen.



Quergedacht –
brechen Sie mit Ihren
Routinen.



Reagieren Sie,
wenn Ihnen jemand
verloren erscheint.



Schenken
Sie Zeit.



Tag für Tag das Leben neu
entdecken –
eine Demenz kann auch
positive Seiten haben.



Urteilen Sie nicht so
schnell –
niemand wird absichtlich
krank.



Verantwortung teilen –
Nachbarn/Freunde/Ehren-
amtliche helfen gerne.



Wachsam hinhören –
vielleicht steckt ein Hilferuf
zwischen den Zeilen.



Zusammen ist man
weniger allein –
auch mit
einer Demenz.



