

DELIR UND KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG

WARUM IST DIES WICHTIG?

Kognitive Probleme einschließlich Delir und Demenz sind bei älteren Notaufnahmepatienten häufig. Bis zu 20% der älteren Personen, die in einer Notaufnahme vorstellig werden, haben eine vorbestehende kognitive Beeinträchtigung. Etwa 10% der älteren Patienten in der Notaufnahme haben ein Delir, wobei verlängerte Aufenthalte in der Notaufnahme bei gefährdeten Personen mit der Entwicklung eines Delirs vergesellschaftet sind.

Ein Delir geht mit einer dreifach erhöhten Sterblichkeit einher und wird zudem mit einem beschleunigten Funktionsverlust, einem beschleunigten kognitiven Abbau und einer längeren Krankenhausaufenthaltsdauer in Verbindung gebracht.

Es hat sich gezeigt, dass über 50% der deliranten Patienten in der Notaufnahme nicht als solche erkannt werden.

WIE ERKENNT MAN ÄLTERE MENSCHEN MIT EINEM DELIR ODER KOGNITIVEN PROBLEMEN?

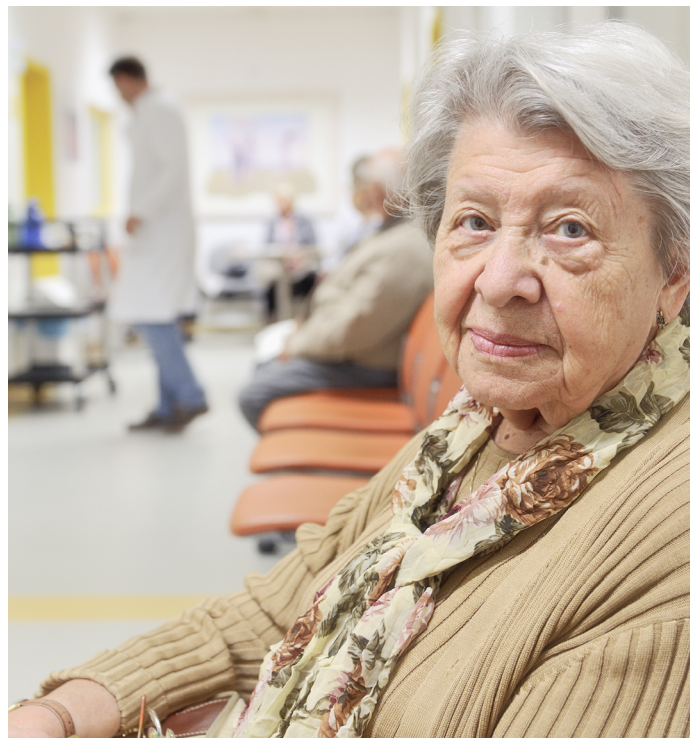
Verwenden Sie ein Screening-Instrument zur Identifizierung von Personen mit Delir, wie z.B. den 4AT, und verknüpfen Sie dieses mit Maßnahmen, wie z.B. einer frühzeitigen Überprüfung der Diagnose, einer Behandlung in ausgewiesenen Räumen, einer zielgerichteten weiterführenden Evaluierung und einem beschleunigten Aufnahmeverfahren.

WAS KÖNNEN WIR TUN?

1. Führen Sie bei Patienten, die ein Delir haben oder bei denen ein Delir-Risiko besteht multimodale Interventionen und regelmäßige re-orientierende Maßnahmen durch. Führen Sie ein strukturiertes Assessment durch, das eine Überprüfung der Medikation beinhaltet, die zum Ziel hat mögliche Ursachen eines Delirs zu identifizieren und zu beseitigen. Zur Unterstützung des Prozesses können Checklisten verwendet werden.
2. Verwenden Sie bei älteren Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung geeignete Hilfsmittel zur Schmerzerfassung, z.B. BESD, BISAD.
3. Versuchen Sie bei Patienten mit Verhaltensstörungen oder Unruhe in Zusammenhang mit einer kognitiven Beeinträchtigung nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden als Erstlinientherapie. Eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit sollte nicht erfolgen.
4. Wenden Sie sedierende Maßnahmen nur zurückhaltend an und setzen Sie diese erst ein, wenn nicht-pharmakologische Behandlungsansätze versagt haben. Verwenden Sie primär orale Medikamente, wobei die Wahl des Medikaments auf den individuellen Patienten abzustimmen ist. Die Entscheidung zu einer Eskalation mittels i.m.- oder i.v.-Sedierung, sollte von einem erfahrenen Arzt getroffen und in einem Bereich verabreicht werden, in dem gemäß geltenden Leitlinien/Verordnungen

gen der Patient ordnungsgemäß überwacht werden kann und Unterstützungsmöglichkeiten der Atemwege verfügbar sind.

5. Folgen Sie bei Patienten, bei denen eine kognitive Beeinträchtigung in der Notaufnahme festgestellt wurde, im Falle einer stationären Aufnahme implementierten Behandlungspfaden. Im Falle einer Entlassung leiten Sie die Patienten zur weiterführenden Abklärung an ihren Hausarzt weiter.
6. Passen Sie die diagnostische Abklärung eines Delirs an die individuelle Krankengeschichte und die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung an.



TOOLBOX & REFERENZEN

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network Delirium Guideline (SIGN) 2019
- 4AT delirium Screening- Instrument for delirium detection
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
- HELP - Hospital Elder life programme
- Delirium Resources NIDUS – Network for Investigation of Delirium: Unifying Science



Alle Toolboxes, Referenzen und zusätzlichen Informationen sind über den abgebildeten QR-Code verfügbar.

Das Schulungsmaterial wurde von der Europäischen Task Force für Geriatrie Notfallmedizin entwickelt. Diese ist eine Kooperation zwischen der Europäischen Gesellschaft für Notfallmedizin (EUSEM) und der Europäischen Gesellschaft für Geriatrie Medizin (EuGMS). Weitere Informationen finden Sie unter: geriEMEurope.eu oder folgen Sie uns auf: [@geriEMEurope](https://twitter.com/geriEMEurope)
Übersetzung auf Deutsch: Prof. Dr. K. Singler, MME.
Sie können das Poster über den QR-Code herunterladen.



ERKENNEN VON KOGNITIVEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN UND/ODER DELIR IN DER ZNA

DELIR – denk dran!

- Alle älteren Patienten in der Notaufnahme benötigen ein routinemäßiges kurzes kognitives Screening.
- Falls eine kognitive Einschränkung vorliegt, erheben Sie fremdanamnestic Angaben über die kognitive Ausgangssituation.



Online-Version herunterladen

Ältere Erwachsene meldet sich in der ZNA

Führen Sie den 4AT durch*

grüner Kasten auf der rechten Seite

- ≥4 mögliches Delir +/- kognitive Beeinträchtigung
- 1-3 mögliche kognitive Beeinträchtigung
- 0 Delir oder ernsthafte kognitive Beeinträchtigung unwahrscheinlich

(Delir allerdings immer noch möglich, falls die Informationen unvollständig sind)

* oder ein anderes validiertes Screening-Instrument

Kein Hinweis auf ein Delir

Fahren Sie mit der Aufnahme-/Entlassungsplanung fort

ENTLASSUNG

Stellen Sie die Dokumentation des kognitiven Status im Entlassungsbrief sicher.

Falls Bedenken hinsichtlich einer kognitiven Beeinträchtigung bestehen, veranlassen sie eine Nachuntersuchung über eine Gedächtnissprechstunde, Geriatrie oder den Hausarzt.

AUFNAHME

Überprüfen Sie mögliche Risikofaktoren (gelber Kasten auf der rechten Seite)

Patienten mit Risikofaktoren sollten während ihres stationären Aufenthaltes hinsichtlich der Entwicklung eines Delirs überwacht werden.

Überlegen Sie, ob der Patient eine engmaschige Überwachung benötigt, wenn er auf Station verlegt wird (z.B. bei erhöhtem Sturzrisiko, Umherirren)

Delirverdacht AUFNAHME**

(Cave: Ein Delir ist ein medizinischer Notfall)

1. Besprechen Sie die Diagnose mit einem erfahrenen Notfallmediziner/ Notfallpflege.
2. Besprechen Sie die Diagnose mit einer Betreuungsperson/ Angehörigen
3. Beginnen Sie nach Ursachen zu suchen (Denken sie daran, dass häufig mehrere Ursachen bestehen, rosa Kasten auf der rechten Seite)

Stellen Sie sicher, dass das Notaufnahmeteam über den Delir-Verdacht informiert ist

** Die überwiegende Mehrheit der Patienten mit Delir benötigt eine stationäre Aufnahme. Es handelt sich um eine Diagnose mit hoher Sterblichkeit. In Ausnahmefällen und nur nach Rücksprache mit einer erfahrenen Kollegin/Kollegen kann ein Patient nach Hause entlassen werden.

Strategien zur Delir-Prävention in der ZNA und Aufnahme-/Überwachungsstationen

- Vermeiden Sie Fixierungen
- Vermeiden Sie sedierende Medikamente
- Stellen Sie eine angemessene Flüssigkeits-/ Nahrungszufuhr sicher (Dokumentieren Sie die Aufnahme und sorgen Sie für Getränke/Snacks in Reichweite)
- Fördern sie Entspannung und ausreichenden Schlaf
- Frühzeitige und regelmäßige Mobilisierung
- Orientierungshilfen durch die Bereitstellung von Seh- und Hörhilfen
- Vermeiden Sie Obstipation (Verlaufsdokumentation)
- Fördern Sie Unabhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Behandeln Sie Schmerzen (verwenden Sie entsprechende Schmerz-Scores z.B. BESD)
- Überprüfung der Medikation
- Vermeiden Sie die Verwendung von Harnblasenkatheter

Dokumentieren Sie bei Entlassung das Delir und den aktuellen kognitiven Status in den Entlassungsunterlagen!

Umgang mit einer deliranten Person, die verzweifelt und/oder aggressiv ist und eine Bedrohung für sich selbst oder für andere darstellt

1. Die Identifizierung und Behandlung der zugrunde liegenden Ursache sollte das erste Ziel sein. Versuchen Sie **IMMER** zuerst, die Situation zu deeskalieren, indem Sie nicht-medikamentöse Maßnahmen einsetzen:
 - Erklären Sie behutsam, was passiert ist. Re-orientieren Sie den Patienten und lenken ihn mit Aktivitäten ab.
 - Laden Sie die Familie/Betreuungsperson ein, beim Patienten zu bleiben (Rooming-in).
 - Versuchen Sie die Pflege in einem ruhigen Bereich durchzuführen. Erwägen Sie die Notwendigkeit einer Eins-zu-eins-Betreuung.
2. Falls eine medikamentöse Ruhigstellung erforderlich ist, verwenden Sie geringe Dosen und erhöhen Sie diese schrittweise. Verwenden Sie immer nur ein Medikament auf einmal. Prüfen Sie vor Applikation das Körpergewicht des Patienten.
 - Versuchen Sie zunächst eine **ORALE** Therapie, z. B. Quetiapin (12,5 - 25 mg), Melperon (25 mg), Haloperidol (0,5 - 1 mg).
 - bei Personen mit Lewy-Body-Demenz oder Parkinson-Krankheit ausschließliche Verwendung von Quetiapin.
 - Führen Sie vor Applikation der Antipsychotika ein EKG durch und überprüfen Sie die QT-Zeit.
 - Benzodiazepine nur verwenden, wenn Antipsychotika kontraindiziert sind, z.B. Lorazepam 0,25 - 0,5 mg.
3. Wenn orale Therapien versagen, sollte eine IM- oder IV-Sedierung in Betracht gezogen werden:
 - Diese Entscheidung muss von einem **erfahrenen Arzt** getroffen werden.
 - Wie bei jeder Sedierung sollte dies in einem Bereich erfolgen, in dem der Patient angemessen überwacht werden kann und Unterstützungsmöglichkeiten der Atemwege zur Verfügung stehen.
 - Dies sollte unter Verwendung eines Behandlungspfades (SOP) erfolgen.
 - Bei Verwendung von Lorazepam sollte Flumazenil verfügbar sein.

4AT

1. Wachheit	
• Normale Reaktion (komplett aufmerksam, nicht agitiert)	0
• Weniger als 10 Sekunden schläfrig, dann normale Reaktion	0
• Deutlich unnormale Reaktion	4
2. Orientierung (AMT4)	
Alter, Geburtsdatum, aktueller Ort (Name der Klinik/ des Gebäudes), aktuelles Kalenderjahr	
• Fehlerfrei	0
• 1 Fehler	1
• mehrere Fehler, nicht erhebbar	2
3. Aufmerksamkeit	
Nennung der Monate eines Jahres rückwärts	
• Nennt 7 oder mehr Monate in der korrekten Reihenfolge	0
• Beginnt, erreicht aber < 7 Monate, verweigert zu beginnen	1
• Nicht durchführbar (sediert/fehlende Wachheit, Unwohlsein)	2
4. Akut	
Akute oder fluktuierende Symptomatik?	
• Nein	0
• Ja	4
Summe:	—

Risikofaktoren für ein Delir

- D** Dehydratation
- E** Eyes and ears (Augen und Ohren): Stellen Sie sicher, dass benötigte Sehhilfen und Hörgeräte zur Verfügung stehen
- L** Limitierte Mobilität: Veränderungen oder Einschränkungen der Mobilität z.B. Bettlägerigkeit, Anwendung von Urinkathetern
- I** Infektion: (oder schwere Erkrankung (EWS≥6))
- R** Reduktion von Schmerzen: besonders akute Schmerzen z.B. Femurfraktur. Konzentrieren Sie sich auf die Schmerzkontrolle.
- I** Impaired cognition (kognitive Beeinträchtigung): vorbestehende kognitive Einschränkungen oder vorangegangenes Delir
- U** Up at night (wach während der Nacht): Schlafmangel erhöht das Delirrisiko
- M** Medikation: ≥3 neue Medikamente, Einnahme von Benzodiazepinen, Polypharmazie, Absetzen von z.B. Benzodiazepinen, Opiaten? Alkoholentzug?

Potenzielle Delirursachen 'PINCH ME'

- P** Pain (Schmerz): Ist der Patient aufgrund von Schmerzen agitiert? Wurde ein Harnverhalt ausgeschlossen?
- IN** Infektion: Liegt eine Infektion vor – z.B. Harnwegsinfekt, Infekt der unteren Atemwege?
- C** Constipation (Obstipation): Ist der Patient verstopft?
- H** Hydrierung: Liegt eine Elektrolytentgleisung vor? Wurde eine Hypoxie/ Hypotonie/ Hypoglykämie ausgeschlossen?
- M** Medikation: Weglassen der regulären Medikation
- E** Environmental (Umgebungsfaktoren): Umgebungswechsel, hoher Lautstärkepegel oder Aktivitätslevel