

Der verwirrte (ältere) Patient in der Notaufnahme

Abteilung für Psychiatrie und
psychotherapeutische Medizin

Station für Alterspsychiatrie

OA Dr. Florian Ferstner

The logo for KABEG, consisting of the letters 'KABEG' in a bold, blue, sans-serif font. A vertical grey bar is positioned to the left of the logo.

KABEG

KLINIKUM KLAGENFURT
AM WÖRTHERSEE

Fallbeispiel:

Telefonische Vorankündigung Rettungsdienst

- 85-jährige verwirrte Patientin unklarer Ursache
- Nachbarin setzte Rettungskette in Gang, keine Angehörigen vor Ort
- Sturzgeschehen zuhause, Pat. liegend vorgefunden
- Transport ad ZAE
- Ankunft in ca. 45 Minuten





Hmmmm....typisch....
vermutlich demente
Patientin....wahrscheinlich
mit Versorgungsproblem

NIA-AA-Kriterien Allgemeine Demenz

Kognitive oder verhaltensbezogene Symptome liegen vor, die

1. Das Funktionieren bei Alltagsaktivitäten beeinträchtigen.
2. Eine Verschlechterung im Vergleich zu einem vorherigen Zustand darstellen.
3. Nicht durch ein Delir oder eine psychische Erkrankung erklärbar sind.
4. Die Kognitive Störung wird diagnostiziert durch die Kombination aus **Eigen- und einer Fremdanamnese** und objektiver Bewertung der kognitiven Leistung durch eine kognitive Testung oder eine klinisch-kognitive Untersuchung.

NIA-AA-Kriterien Allgemeine Demenz

5. Mindestens zwei der folgenden Bereiche müssen beeinträchtigt sein:
 - a. Gedächtnisfunktionen
 - b. Verstehen und Durchführen komplexer Aufgaben, Urteilsfähigkeit
 - c. Räumlich-visuelle Funktionen
 - d. Sprachfunktionen
 - e. Veränderungen im Verhalten („Persönlichkeitsveränderungen“)

6. Die Abgrenzung der Demenz zur leichten kognitiven Störung („mild cognitive impairment“, MCI) ist durch die Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen durch kognitive oder Verhaltensstörung definiert.

Delir-Definition nach DSM-5

1. Eine Störung der **Aufmerksamkeit** (d. h. verminderte Fähigkeit diese zu steuern, zu fokussieren, aufrechtzuerhalten und zu verlagern) und des **Bewusstseins** (verminderte Umgebungsorientierung).
2. Die Störung entwickelt sich über einen **kurzen Zeitraum** (üblicherweise Stunden bis wenige Tage), stellt eine Veränderung **zur Ausgangslage** von Aufmerksamkeit und Bewusstsein dar und neigt dazu, im Tagesverlauf in der **Schwere zu fluktuieren**.
3. Eine zusätzliche auftretende Störung der Kognition, z.B.:
 - a. Gedächtnisstörung
 - b. Desorientiertheit
 - c. Sprache
 - d. visuell-räumliche Fähigkeiten
 - e. Wahrnehmung

Delir-Definition nach DSM-5

4. Die unter 1. und 3. genannten Störungen sind nicht erklärbar durch eine vorbestehende manifeste oder sich entwickelnde neurokognitive Störung und treten nicht im Rahmen eines schwer reduzierten Wachheitszustandes wie eines Komas auf.
5. Es gibt Hinweise aus Anamnese, körperlicher Untersuchung und Laborergebnissen, dass die Störung direkte, physiologische Folge einer anderen Erkrankung, Substanzintoxikation/-entzug oder Toxinexposition ist oder eine multifaktorielle Ätiologie besteht.

Delir-Risikofaktoren

Prädisponierter Patient

- Hohes (biologisches) Alter
- Multimorbidität (> 3 Erkrankungen)
- Polypharmazie
- Eingeschränkte Leber- und/oder Nierenfunktion
- Malnutrition (Albuminmangel)
- Dehydratation
- Hör- und Sehbehinderung
- Delir in Vorgeschichte
- Demenz
- Schmerz
- ...

Delir-Risikofaktoren

Neuropsychiatrische Auslöser:

- Akutes neurologisches Geschehen (Insult, Blutung)
- Meningitits/Enzephalitis
- Parkinsonkrise
- Abhängigkeitserkrankungen, Entzugssyndrome + Intoxikationen (OH, Benzodiazepine)
- Angsterkrankungen, Depression
- Schlafstörungen
- Psychopharmaka (Antipsychotika, Antidepressiva)
- ...

Delir-Risikofaktoren

Internistische Auslöser:

- Exikkose (häufig assoziiert mit akutem prärenalem Nierenversagen)
- Myokard/Lungeninfarkte
- Akute Infektionen (HWI, bronchopulmonaler Infekt)
- Eisenmangel
- Anämie
- Lungenfunktionsstörungen (Hypoxie)
- Hyponatriämie, Hypokaliämie
- Hypo- oder Hyperglykämien
- Schilddrüsenfunktionsstörungen
- ...

Delir-Risikofaktoren

Chirurgische und wichtige andere Auslöser:

- Trauma (Sturz, Fraktur)
- Operation/Anästhesie
- Postoperative Immobilität

- Umfeldveränderungen (Lärm, Licht, Stress)
- Fremde Umgebung, Intensivstation
- Soziale Veränderungen (Tod des Partners)
- Harnblasenkatheter
- ...

Diagnostik und Differentialdiagnostik

| Merkmal | Delir | Demenz | Depression |
|----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------|
| Beginn | akut | schleichend | meist langsam |
| Tageschwankungen | stark | kaum | morgendliches Pessimismus |
| Vigilanz | getrübt | Frühstadien klar | normal |
| Kognition | gestört | global gestört | meist ungestört |
| Aufmerksamkeit | eingeschränkt | wenig eingeschränkt | eingeschränkt |
| Gedächtnis | Defizit Sofort- und Kurzzeitgedächtnis | Defizit Kurz- und Langzeitgedächtnis | intakt |
| Schlaf-Wach-Rhythmus | Tag-Nacht-Umkehr | fragmentiert | gestört |
| Vegetative Zeichen | vorhanden | meist keine | meist keine |

Screening und weiterführende Diagnostik

Internistische-neurologische Abklärung

- Labor + ev. Medikamentenspiegel, Akut-CT, EKG etc.

Assessment – Instrumente

- Risikopatienten identifizieren! (30-40% der Delirien wären vermeidbar)
- CAM (Confusion Assessment Method)
CAM-ICU, 3D-CAM in Interviewform
- DOS (Delirium Observation Screening Scale)
- 4AT (4-Assessment Test for delirium)

Pflegerisch/therapeutischer Umgang mit delirgefährdeten Patienten

- Blickkontakt und langsames, deutliches Sprechen auf Augenhöhe
- Eindeutige, klare Berührungen
- Kurze einfache Sätze
- Auf Sprachniveau achten, auch Dialekt
- Maßnahmen erklären
- Re-Orientierung geben (öfters Uhrzeit und eigenen Namen nennen)
- Angehörige, wenn möglich, miteinbeziehen
- Seh- und Hörhilfen unbedingt verwenden
- Selbstwertgefühl des Pat. stärken, respektvoller Umgang
- Den Pat. nicht korrigieren oder bevormunden
- Milieugestaltung: Beleuchtung nach Tag/Nachtrhythmus, keine spiegelnden Flächen

Medikamentöse Therapie

| MEDIKAMENT | DOSIERUNG | UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNGEN | KOMMENTAR |
|---------------------------------|--|--|--|
| TYPISCHE ANTIPSYCHOTIKA | | | |
| HALOPERIDOL | 0,5–1,0mg per os 2x täglich <u>oder</u> alle 4–6 Stunden (max. Wirkung nach 4–6 Stunden) | – extrapyramidale Symptome, insb. wenn >3mg/Tag – im EKG QTc- Verlängerung | – Mittel der Wahl Wirksamkeit in RCTs bestätigt – keine i.v.-Gabe |
| ATYPISCHE ANTIPSYCHOTIKA | | | |
| RISPERIDON | 0,5mg –1,0mg/Tag | – extrapyramidale Symptome – im EKG QTc- Verlängerung | – nur kleine nicht kontrollierte Studien |
| QUETIAPIN | 25–50mg/Tag | – extrapyramidale Symptome etwas weniger ausgeprägt – im EKG QTc- Verlängerung | – nur kleine nicht kontrollierte Studien – mit niedriger Dosis (12,5mg) beginnen |
| BENZODIAZEPINE | | | |
| LORAZEPAM | 0,5–1,0mg per os, bei Bedarf alle 4 Stunden | – Übersedierung – paradoxe Erregung – Atemdepression | – Mittel der 2. Wahl, (außer beim „Entzugsdelir“), wenn rasche Symptomkontrolle nötig (Sedierung) – Verlängerung und Verschlechterung des Delirs, da selbst „delirogen“ |

Fallbeispiel: 85-jährige verwirrte Pat. mit Sturzgeschehen

- CT-cerebri: geringgradige globale Atrophiezeichen
- Labor: erhöhtes Kreatinin von 2,66, BUN 59, GFR 25
- Unfallchirurgisch o.B.

Angehörige konnten mittlerweile telefonisch erreicht werden.

Pat. sei vorbekannt beginnend dement, lebe gemeinsam mit Sohn, früher auch chronisch depressiv, Therapie mit Saroten 2x50 mg tgl. Sohn zuletzt mehrere Tage auf Urlaub, Tochter habe sie einmal besucht.

- **Trizyklikaspiegel deutlich erhöht!**



Aussichten

- Zunehmend ältere, multimorbide, polypharmazierte Bevölkerung
- Zunehmende Versorgungsschwierigkeiten (Angehörige, Pflege, Medizin)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

