

17.04.2020

Praxisleitfaden für den Umgang mit dementen Patienten in Pflegeeinrichtungen zu Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie

Dr. med. Oliver Freitag, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Essen

Dr. med. Markus Küpper, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, Essen
Prof. Dr. rer. nat. Rolf R. Diehl, Klinischer Neuropsychologe, Essen

Redigiert von Prof. Dr. Peter Berlit in Abstimmung mit der Kommission Demenz der DGN

1. Einführung:

Die aktuelle Situation in Deutschland zu Zeiten der SARS-COV-2-Pandemie ist für alle bedrohlich. Eine Infektion mit dem Virus ist besonders für alte Menschen ein potentiell lebensbedrohliches Risiko, das es zu vermeiden gilt.

Die oft praktizierte Isolation („social distancing“) ist aber für Demenzpatienten eine besondere und auch gefährliche Situation. Die Gefahr eines Delirs ist erhöht und das Delir selbst ist, besonders für Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, eine lebensbedrohliche Situation.

In der „Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (CoronaSchVO)“ von Nordrhein-Westfalen ist in §2 Absatz 2 geregelt, dass Besuche in Pflegeeinrichtungen untersagt sind, „die nicht der medizinischen oder pflegerischen Versorgung dienen oder aus Rechtsgründen erforderlich sind. Die Einrichtungsleitung soll Ausnahmen unter Schutzmaßnahmen und nach Hygieneunterweisung zulassen, wenn es medizinisch oder ethisch-sozial geboten ist (z.B. auf Geburts- und Kinderstationen sowie bei Palliativpatienten).“ Ähnliche Verordnungen existieren in zahlreichen Bundesländern. Dabei stellt die Interpretation des medizinisch oder ethisch-sozial Gebotenen eine besondere Herausforderung dar. Insbesondere vor dem Hintergrund der unbekanntenen Dauer der aktuellen Situation, aber auch der zunehmenden Fälle von Infektionen in Pflegeeinrichtungen, muss diskutiert werden in welcher Situation eine solche Ausnahme des generellen Besuchsverbotes gerechtfertigt ist.

Mit dieser Handlungsempfehlung soll den Pflegeeinrichtungen eine Hilfestellung für solche Entscheidungen bei ihren demenzerkrankten Bewohnern geben.

2. Besondere Situation des Demenzkranken:

Demenz Erkrankte haben ein geringes Verständnis von den Gefahren einer Infektion und Erkrankung an COVID-19. Die in den Medien angebotenen Informationen sind in Umfang und Sprache nicht adäquat für Patienten mit Demenz.

Bereits bei der Normalbevölkerung ist eine hohe Zahl an Angst- und Schlafstörungen, Depression und somatoformen Beschwerden zu erwarten, besonders in Quarantäne. Das fehlende Verständnis für die Pandemie-Situation und die Gefahren kann bei Demenzerkrankten zu einer besonderen Stresssituation führen. Sie fühlen sich bedroht.

Auf der anderen Seite besteht in dieser Personengruppe eine besondere Infektionsgefahr, da die empfohlenen Verhaltensregeln, wie häufiges Händewaschen, nicht ins Gesicht fassen oder adäquates Husten- und Nies-Verhalten nicht verstanden oder nicht behalten werden können. Hierzu bedarf es einer besonderen, wiederholten Anleitung durch die Menschen im Umfeld.

Bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 gehören die meisten Demenzkranken aufgrund häufiger Begleiterkrankungen und dem im Durchschnitt höheren Lebensalter zur Hochrisikogruppe. Zusätzlich sind sie in besonderem Maße von einem Delir im Rahmen eines Infektes bedroht, sodass mit einer hier noch höheren Letalität von COVID-19 zu rechnen ist. Genaue Daten hierzu fehlen. Auch die begrenzten Behandlungsoptionen von COVID-19, insbesondere intensivmedizinische Maßnahme, sind oft bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Demenz nicht mehr anwendbar.

Isolation durch Besuchsverbote für Bewohner von Pflegeeinrichtungen erhöht durch die soziale Deprivation das Risiko für ein Delir und wird so auch zu einem akuten und potentiell lebensbedrohenden Risiko. Des Weiteren führt die Umstellung der Abläufe in der Pflegeeinrichtung durch Reduktion der einzel- und gruppentherapeutischen Angebote zu einem Verlust der Tagesstruktur und Alltagsroutine. Logo- und Physiotherapie sowie Ergotherapie, Gesangs- und Spielgruppen finden aktuell nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr statt.

Daher empfehlen wir für den Umgang mit Demenzerkrankten:

1. Sich Zeit nehmen und die Bewohner in einfacher und verständlicher Sprache über die Gefahr der Infektion informieren, ohne Panik zu machen.
2. Über Sorgen, Gefühle und Gedanken sprechen und Sicherheit vermitteln.
3. Konkret nicht die eigenen Sorgen und Ängste mit oder vor dem Bewohner diskutieren.
4. Reduktion und Kontrolle der angebotenen Medien: nicht durchgehend den Nachrichtensender im Fernsehen laufen lassen.
5. Besondere Hilfe bei Hygienemaßnahmen:
 - Erinnerungszettel, die zum Händewaschen auffordern
 - Prozess des Händewaschens überwachen/anleiten
 - Wenn Händewaschen nicht möglich ist, desinfizierende Tücher/ Desinfektionsmittel anbieten (hilft nur, wenn keine sichtbaren Verschmutzungen an den Händen sind)

3. Delirprophylaxe

Neben den nicht beeinflussbaren Faktoren wie Alter, neurologische Vorerkrankung gibt es zahlreiche beeinflussbare Faktoren, die ein Delir begünstigen. Da aktuell

aufgrund der Besuchsbeschränkungen oder -verbote in Pflegeeinrichtungen eine mehr oder weniger ausgeprägte Isolation bereits als Risikofaktor bei den Bewohnern vorliegt, muss nun ein besonderes Augenmerk auf die Optimierung der beeinflussbaren Risikofaktoren gelegt werden (4).

Die hier zu beachtenden Maßnahmen sind:

1. Schaffen von Vertrautheit
 - Betreuung, soweit möglich, durch die gleiche Pflegekraft
 - Große Bilder von Angehörigen aufstellen
2. Umweltfaktoren
 - Lärmreduktion
 - Licht anpassen (tagsüber Tageslicht und nachts abdunkeln)
3. Tagesstruktur und -routinen schaffen
 - Tagsüber beschäftigen, körperliche Aktivität
 - Kognitive Aktivierung, emotionale Entlastung
 - Sicherung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Mahlzeitenbegleitung
 - Schlaffördernde Maßnahmen
4. Orientierung erleichtern
 - Falls vorhanden, Hörgerät anlegen
 - Falls vorhanden, Brille aufsetzen
 - Uhr im Zimmer
 - Kalender im Zimmer
5. Kontakt mit Angehörigen halten
 - Telefonanrufe ermöglichen
 - Ggf. Videoanrufe unterstützen

4. Delir

Ein Delir bezeichnet eine akute Verwirrtheit aufgrund einer organischen Ursache. Im Vordergrund stehen akute und fluktuierende Störungen der Aufmerksamkeit. Oft kommt es zu Halluzinationen und auch zu einer Verknennung von Situationen, so dass sich die Patienten bedroht oder falsch verstanden fühlen. Dies führt dann zu wechselnden Phasen mit psychomotorischer Unruhe, verbunden mit Angst oder Reizbarkeit bis hin aggressivem Verhalten. Je nachdem, ob die Schläfrigkeit oder die Unruhe im Vordergrund steht, spricht man von einem hypoaktiven oder hyperaktiven Delir. Ein erlittenes Delir birgt die Gefahr einer dauerhaften Demenzverschlechterung und erhöht in den folgenden Monaten erheblich das Sterberisiko. Insbesondere ältere Personen mit einer Demenz sind besonders delirgefährdet.

Als delirauslösende Faktoren gelten akute körperliche Erkrankungen wie Infektionen oder eine und Exsikkose, eine rasche Änderung der medikamentösen Therapie sowie Polypharmazie, aber auch Veränderungen der gewohnten Umgebung (wie bei Krankenhausaufenthalten), des Tagesablaufes und vor allem in den gewohnten Sozialkontakten. Regelmäßige Angehörigenbesuche dementer Bewohner von Pflegeeinrichtungen bilden damit einen wichtigen Faktor der

allgemeinen Delir-Prophylaxe. Das aktuelle Besuchsverbot in Pflegeheimen lässt daher ein gesteigertes Delir-Risiko mit den genannten verheerenden Folgen bei vielen Bewohnern befürchten.

Diese Umstände erfordern daher eine erhöhte Wachsamkeit des Pflegepersonals in den Heimen für das Vorliegen eines Delirs der demenzerkrankten Bewohner. Wir schlagen vor, dass während der Kontakte zu den Bewohnern regelmäßig drei Fragen gestellt werden sollten:

1. Ist der Bewohner deutlich inaktiver oder deutlich unruhiger (ängstlich oder reizbar) als sonst (v. a. nachts oder in den Abendstunden)?
2. Wirkt der Bewohner im Gespräch oder während der Pflegehandlung deutlich verwirrt als sonst?
3. Ist der Tag-Nacht-Rhythmus durcheinandergebracht?

Werden 2 Fragen mit ja beantwortet, so begründet dies den Verdacht auf ein Delir. Wenn möglich, sollte einer der bekannten und validierten Delir-Scores oder Screening-Tests aus dem deutschen Sprachraum (z.B. CAM, 4AT, NuDesc) eingesetzt werden. In der Altenpflege stellt der 4AT eines der kürzesten Screening-Instrumente dar, ist ohne weitere Schulung anwendbar und ermöglicht auch die Einschätzung sedierter oder bewusstseinsgetrübter Patienten.

Bei einem Delirverdacht sollte immer nach somatischen Delirauslösern gesucht werden.

1. Liegt eine Exsikkose vor?
2. Besteht Fieber?
3. Gibt es Auffälligkeiten im Blutdruck (systolischer Druck unter 100 oder über 180 mmHg) oder im Puls (deutlich unter 50 oder über 100 Schläge pro Minute)?
4. Liegt eine Stoffwechsellage vor (z.B. Hyper-/Hypoglykämie)?
5. Gibt es klinische Hinweise auf Herzinfarkt oder Schlaganfall?

Bei wenigstens einem festgestellten Symptom sollte eine hausärztliche Konsultation veranlasst werden. Stets sollte auch an eine Intoxikation bzw. einen Entzug (bei fehlerhafter Medikamenteneinnahme) gedacht werden. In der aktuellen Pandemie-Situation sollte bei Delir auch ein Covid-19 Screening erfolgen, da bei 2-15% der Patienten mit Covid-19 "confusion and delirium" beobachtet wurden, auch ohne dass Fieber vorlag (4). Bei hypoaktivem Delir sollte grundsätzlich der Hausarzt hinzugezogen werden.

Liegen keine somatischen Krankheitszeichen vor und bringen auch die oben genannten Maßnahmen zur Delirprophylaxe keine Besserung, sollte erwogen werden, ob dem Verwirrtheitszustand durch eine Lockerung des strikten Besuchsverbotes begegnet werden soll.

Empfehlungen zu Besuchen:

1. Besuch durch nur einen Angehörigen
2. Symptome einer akuten Atemwegserkrankung beim Angehörigen schließen einen Besuch aus
3. vor Betreten der Pflegeeinrichtung Hände desinfizieren oder waschen

4. Besuch und Bewohner tragen Mundschutz und halten Abstand voneinander
5. Bei mobilen Bewohnern kann z.B. für 60 Minuten der Kontakt zu einem engen Angehörigen außerhalb der Einrichtung ermöglicht werden
6. Bei nicht mobilen Bewohnern sollten 1-2 Besuche unter den entsprechenden Schutzbedingungen für jeweils 30 Minuten in deren Zimmer ermöglicht werden. Falls möglich, sollte sich kein weiterer Bewohner oder Pflegepersonal während des Besuchs im Zimmer aufhalten.
7. Die Pflegenden prüfen täglich mittels Delirscreening, ob diese Besuchsregelung weiterhin gerechtfertigt ist.
8. Bessert sich der Zustand des Bewohners nicht oder verschlechtert er sich, so muss eine (erneute) hausärztliche Vorstellung erwogen werden.
9. Hält sich der Besuch nicht an die Regeln, so ist der Therapieversuch des Angehörigenkontakt sofort zu beenden

5. Nutzen-Risiko-Abwägung von Besuchen in Pflegeeinrichtungen

Die Bedeutung einer vertrauten Umgebung und besonders von vertrauten Gesichtern in der Delirprophylaxe und -therapie ist in zahlreichen klinischen Studien gezeigt worden (z.B. 2,3,5).

Die genauen Übertragungswege von SARS-CoV-2 sind bis jetzt nicht ausreichend geklärt. Der wichtigste Infektionsweg scheint die Tröpfcheninfektion zu sein: Infizierte Menschen verursachen durch Sprechen, aber besonders durch Husten oder Niesen, ein Aerosol, das dann vom Kommunikationspartner inhaliert wird und zur Infektion führen kann. Andere Übertragungswege, über Nahrungsaufnahme, Schmierinfektion oder über verunreinigte Oberflächen, sind wahrscheinlich.

Die Letalität scheint dabei bei den über 70-Jährigen bei etwa 8%, bei den über 80-Jährigen bereits bei fast 15% zu liegen. Die Lebensgefahr bei einer Infektion von Patienten mit Demenz, die typischerweise in diesen Altersgruppen liegen, ist hoch. Die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung steigt mit der face-to-face-Kontaktzeit.

In jedem Fall bedarf es einer sorgfältigen Abwägung, ob bei gelockertem Besuchsverbot der delirprophylaktische oder -therapeutische Nutzen durch die Anwesenheit eines bekannten Gesichtes das damit verbundene erhöhte Infektionsrisiko rechtfertigt.

Wo immer möglich, muss versucht werden, eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden, da sich hierdurch ein Delir in der Regel verschlechtert.

Aufgrund dieser Überlegungen schlagen wir folgendes Vorgehen vor:

1. Bewohner einer Pflegeeinrichtung mit Demenz ohne Zeichen eines Delirs:
 - Strenge Delir-Prophylaxe durch Beachtung der beeinflussbaren Faktoren (Absatz 3)
 - Kontakt mit der Familie/ Angehörigen via Telefon oder Videoanruf
 - Besuche durch Angehörige möglichst vermeiden
 - Die Pflege sollte mindestens einmal im Früh- und Spätdienst das empfohlene Screening durchführen (Absatz 4)
2. Bewohner einer Pflegeeinrichtung mit Delir oder Verdacht auf Delir:

- Unabhängig von der Tageszeit Ursachenabklärung nach Absatz 4, dabei wo immer möglich eine Krankenhauseinweisung vermeiden (kassenärztlicher Notdienst dem Rettungsdienst vorziehen)
- Wenn eine somatische Ursache nicht in Frage kommt oder eine somatische Behandlung nicht zielführend ist, Besuch durch Angehörige nach dem Protokoll in Absatz 4

6. Abschließende Bemerkungen:

Der Nutzen des Hinzuziehens von Angehörigen zur Prophylaxe oder Therapie eines Delirs ist allerdings auch abhängig von der Persönlichkeit und der psychischen Verfassung des Angehörigen selbst. Unruhe und Angst bei Angehörigen sollte sich nicht auf den Bewohner projizieren. Somit ist die Aufklärung der Angehörigen über ein Delir und ihre Rolle bei der Behandlung unabdingbar. In einer aktuellen Studie wurde ein multifaktorielles Programm inkl. Angehörigenschulung positiv evaluiert (6).

Wie schon erwähnt, sind sowohl das Delir als auch die COVID-19-Erkrankung eine potentiell lebensbedrohliche Situation für den Bewohner. Falls noch nicht geschehen, so ist spätestens jetzt, in der Zeit einer großen Epidemie, der Zeitpunkt gekommen, sich mit dem vermeintlichen Willen des Demenzerkrankten im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung zu beschäftigen. Hilfreich ist hier eine Patientenverfügung. Sollte keine Patientenverfügung vorliegen, so ist durch die Pflegeeinrichtung bei jedem Bewohner zu klären, wie im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung gehandelt werden soll. Da viele Demenzerkrankte zu so einem Gespräch nicht in der Lage sind, sollte dringend von der Pflegeeinrichtung aktiv auf die Betreuer zugegangen und dieses Thema geklärt werden.

7. Literatur

1. Eghbali-Babadi, M., Shokrollahi, N., & Mehrabi, T. (2017). Effect of Family-Patient Communication on the Incidence of Delirium in Hospitalized Patients in Cardiovascular Surgery ICU. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(4), 327–331. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.212985>
2. Gani, H., Naço, M., Janko, A., Hoxha, B., Dredha, H., Beqiri, F., Shpata, V. (2018). The presence of the patients' family after the surgery and its role in the postoperative delirium incidence. *Journal of Anesthesia and Critical Care open access* 10(2), 60-62
3. Hasegawa, N., Hashimoto, M., Yuuki, S., Honda, K., Yatabe, Y., Araki, K., & Ikeda, M. (2013). Prevalence of delirium among outpatients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(11), 1877-1883. doi:10.1017/S1041610213001191

4. Mao L, Jin H, Wang M, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol.* Published online April 10, 2020. doi:10.1001/jamaneurol.2020.1127
5. Tammy T. Hshieh, Sharon K. Inouye, Esther S. Oh, (2020) Delirium in the Elderly, *Clinics in Geriatric Medicine* 36, Issue 2, 183-199
6. Wang Y, Yue J, Xie D, et al. Effect of the Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program on Postoperative Delirium and Function in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2020;180(1):17–25. doi:10.1001/jamainternmed.2019.4446