



## Positionspapier Notfallpflege Schweiz

### Ältere Patientinnen und Patienten auf Notfallstationen

#### Einleitung

In der Schweiz betrug der Anteil der über 65-jährigen Personen 2019 18,7 %. Bis 2040 wird aufgrund des demographischen Wandels der Anteil der über 65-jährigen auf 24,4 % geschätzt. Am stärksten wachsen wird dabei die Altersgruppe der über 80-jährigen Personen, welche sich in den nächsten 20 Jahren nahezu verdoppeln wird (+88,3 %) (1). Entsprechend wächst auch die Anzahl der älteren Patientinnen und Patienten, die eine Schweizer Notfallstation aufsuchen. Im Notfallzentrum des Universitätsspitals Basel betrug 2019 der Anteil der über 65-jährigen Personen 32 % (2).

Ältere Patientinnen und Patienten präsentieren sich häufig mit unspezifischen Symptomen, hinter denen oft akute und zeitkritische Erkrankungen wie z. B. eine Sepsis verborgen sind (1). Dadurch werden Hochrisiko-Situationen häufig verpasst. Die Vitalzeichen sind in diesen Situationen oft im Normbereich, wodurch es regelmässig zu Untertriage und Behandlungsverzögerungen in dieser Altersgruppe kommt (2). Oft präsentieren sich ältere Patientinnen und Patienten mit einem Delir, Stürzen und weiteren geriatrischen Syndromen wie Malnutrition oder neurokognitiven Störungen, wofür Notfallpflegefachpersonen, Notfallmedizinerinnen und Notfallmediziner nicht unbedingt das entsprechende Wissen und die Expertise haben (3).

Ältere Patientinnen und Patienten sind eine sehr heterogene Patientengruppe in Bezug auf ihre Vitalität bzw. Gebrechlichkeit, mit all ihren Dimensionen von kognitiven, sozialen und funktionellen Fähigkeiten und benötigen entsprechend unterschiedliche Behandlungsstrategien (3).

Das Ziel dieses Positionspapiers ist es, evidenzbasierte Empfehlungen für die Behandlung von älteren Patientinnen und Patienten auf Schweizer Notfallstationen abzugeben.

#### Methode

Am 29.12.2021 erfolgte eine Literaturrecherche in der Datenbank Pubmed mit den Schlagwörtern «Geriatric Emergency Medicine», «Guidelines», «Standard» sowie auf den Websites der internationalen notfallmedizinischen Fachgesellschaften International Federation for Emergency Medicine (IFEM), American College of Emergency Physicians (ACEP), European Society for Emergency Medicine (EUSEM), der European Task Force for Geriatric Emergency Medicine (geriEM), der Emergency Nurse Association (ENA), der Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) und der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)

#### Ergebnisse

In Zusammenarbeit zwischen dem ACEP, der American Geriatric Society (AGS), der ENA und der Society of Academic Emergency Medicine (SAEM) wurden die «Geriatric Emergency Department Guidelines» (GED guidelines) erstellt (4). Diese Guidelines heben sechs Bereiche zur Qualitätsverbesserung hervor:

Diese betreffen die Personalausstattung, die Schnittstellen der Versorgung, die Ausbildung des Notfallpersonals, Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung, Empfehlungen zu Material und Ausstattung sowie Richtlinien und Behandlungen, die spezifisch auf ältere Patientinnen und Patienten auf Notfallstation ausgerichtet sind.



NOTFALLPFLEGE SCHWEIZ  
www.notfallpflege.ch

SOINS D'URGENCE SUISSE  
www.soins-urgence.ch

Eine wichtige Komponente der GED Guidelines ist das Erkennen von altersbedingten Vulnerabilitäten. In der notfallmedizinischen Forschung wurde gezeigt, dass es sowohl Notfallpflegefachpersonen als auch Notfallärztinnen und -ärzten häufig nicht gelingt, proaktiv kognitive Einschränkungen, Delirien, Stürze, Malnutrition, Depressionen oder andere Vulnerabilitäten zu erkennen und zu dokumentieren. Gerade diese Probleme sind mit einem erhöhten Risiko für wiederholte Notfallbesuche, Spitalaufnahmen und Patientenunzufriedenheit verbunden (5). Eine Erklärung dafür, dass Notfallpersonal diese Vulnerabilitäten nicht erkennt, sehen Magidson and Carpenter (5) in der lange vernachlässigten Ausbildung von Notfallmedizinerinnen, Notfallmedizinern und Notfallpflegefachpersonen zu geriatricspezifischen Inhalten. Die Fort- und Weiterbildung von Notfallpflegefachpersonen in geriatrischer Notfallmedizin hat in den letzten Jahren deutliche Fortschritte gemacht. So bietet die ENA bereits seit 2004 den Geriatric Emergency Nurse Education Course an. Auch im Nachdiplomstudiengang in der Notfallpflege (NDS HF) wird vermehrt Wert auf geriatrische Notfallmedizin gelegt und unterrichtet.

Die nachträgliche Unterstützung dieser GED Guidelines durch diverse notfallmedizinische Fachgesellschaften weltweit hat dazu geführt, dass vermehrt notfallgeriatrische Versorgungsmodelle entstanden sind und noch immer entstehen. So bietet inzwischen das ACEP ein formales Akkreditierungs-Programm für «seniorenfreundliche Notfallstationen» an.

Die Fachgesellschaften IFEM, CAEP und DGINA haben zwischenzeitlich Positionspapiere veröffentlicht, welche minimale Standards auf Notfallstationen für geriatrische Patientinnen und Patienten empfehlen (6, 7). Die Empfehlungen von IFEM und CAEP unterscheiden sich nur unwesentlich voneinander und auch die Empfehlungen der Arbeitsgruppe ÄIPaNo der DGINA (8) finden sich darin wieder:

Sie zielen darauf ab, anzuerkennen, dass ältere Patientinnen und Patienten inzwischen einen grossen Anteil der Aufnahmen in Notfallstationen ausmachen. Deshalb soll diesem Umstand in den folgenden Bereichen Rechnung getragen werden: in der Ausbildung des Personals, der räumlichen und apparativen altersgerechten Ausstattung, dem Einbezug von Angehörigen, dem Entwickeln von Prozessen und Standards, welche die komplexen Bedürfnisse der älteren Patientinnen und Patienten berücksichtigen und insbesondere Wert auf Verlegungs- und Entlass-Richtlinien legen. Zusätzlich sollen nach geriatrischen Syndromen wie Delir und Sturz standardisierte Screenings durchgeführt und regelmässig Qualitätsindikatoren, z. B. die Anzahl erkannter Delirs, dazu erhoben werden.

Zur Erkennung dieser Vulnerabilitäten und Risiken wurden eine Reihe von Screening-Instrumenten entwickelt (5). Eine Tabelle mit den gängigsten Screening-Instrumenten ist im Anhang A enthalten.



## Schlussfolgerungen

Notfallpflege Schweiz empfiehlt:

1. Notfallstationen richten sich gezielt auf die ältere Patientinnen- und Patientengruppe aus, da diese inzwischen und in Zukunft noch viel ausgeprägter die grösste Patient:innengruppe von Notfallstationen sind. Sie verfügen über ein Konzept, welches die optimale Behandlung der älteren Bevölkerung sicherstellt.
2. Notfallstationen arbeiten im interprofessionellen Team bzw. haben Zugang zu entsprechenden Dienstleistungen, damit die Assessments und Bedürfnisse der älteren Notfallpatientinnen und -patienten bestmöglich durchgeführt und abgedeckt werden. Hierzu gehören Fachpersonen aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Therapie und Pharmazie.
3. Notfallstationen unterstützen einen personenzentrierten Ansatz, in dem die älteren Patientinnen und Patienten auf allen Ebenen in den Entscheidungsfindungsprozess einbezogen werden. Notfallstationen binden Familienangehörige und pflegende Angehörige in die Behandlung ein.
4. a) Notfallstationen haben standardisierte Prozesse und nutzen entsprechende Screening- und Assessment-Instrumente für die gängigsten geriatrischen Probleme wie Sturz und Delir.  
b) Sie stellen sicher, dass Triage-Systeme auf die Besonderheiten der älteren Patientinnen und Patienten adaptiert sind. So ergänzen sie die etablierten Triage-Systeme durch Mobilitäts- und/oder Frailty-Scores (wie z. B. die CFS).  
c) Sie etablieren Instrumente zur Erkennung von Gebrechlichkeit, Missbrauch bzw. Vernachlässigung und Polypharmazie.  
d) Sie haben ein Konzept, das die Besonderheiten der Schmerzerkennung und Behandlung bei älteren Patientinnen und Patienten sicherstellt.
5. Notfallstationen legen Wert auf die Aus- und Weiterbildung ihres Personals in Bezug auf geriatrische Konzepte und nehmen geriatrische Notfallmedizin verbindlich in ihre ärztlichen und pflegerischen Curricula auf.
6. Notfallstationen passen ihre Räumlichkeiten an, um die Mobilität, Unabhängigkeit und Sicherheit der älteren Patientinnen und Patienten zu verbessern. Ausstattung, Material und Hilfsmittel werden an die Bedürfnisse der älteren Patientinnen und Patienten angepasst. So sind z. B. Hilfsmittel zur Mobilitätsförderung, Hör- und Sehhilfen vorhanden.
7. Notfallstationen legen Wert auf optimale Entlassungs- und Verlegungsprozesse und verfügen über ein Konzept, das den entsprechenden Informationsfluss zwischen den einzelnen Akteuren im Behandlungsprozess sicherstellt.
8. Notfallstationen erheben kontinuierlich Qualitätsindikatoren über die Behandlung älterer Patientinnen und Patienten.



## Literaturverzeichnis

1. Nemeč M, Koller MT, Nickel CH, Maile S, Winterhalder C, Karrer C, et al. Patients presenting to the emergency department with non-specific complaints: the Basel Non-specific Complaints (BANC) study. *Academic Emergency Medicine*. 2010;17(3):284-92 9p.
2. Grossmann FF, Zumbrunn T, Ciprian S, Stephan FP, Woy N, Bingisser R, et al. Undertriage in older emergency department patients--tilting against windmills? *Plos One*. 2014;9(8):e106203-e.
3. Mooijaart SP. Improving the care for older emergency department patients: the Acutely Presenting Older Patient study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2021;54(2):97-8.
4. Geriatric emergency department guidelines. *Ann Emerg Med*. 2014;63(5):e7-25.
5. Magidson PD, Carpenter CR. Trends in Geriatric Emergency Medicine. *Emerg Med Clin North Am*. 2021;39(2):243-55.
6. Ellis B, Brousseau A-A, Eagles D, Sinclair D, Melady D, Archambault PM, et al. Canadian Association of Emergency Physicians position statement on care of older people in Canadian Emergency Departments: executive summary. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2022.
7. Ellis B, Carpenter CR, Lowthian JA, Mooijaart SP, Nickel CH, Melady D. Statement on Minimum Standards for the Care of Older People in Emergency Departments by the Geriatric Emergency Medicine Special Interest Group of the International Federation for Emergency Medicine. *Cjem*. 2018;20(3):368-9.
8. Singler K, Dormann H, Dodt C, Heppner HJ, Püllen R, Burkhardt M, et al. Der geriatrische Patient in der Notaufnahme. *Notfall + Rettungsmedizin*. 2016;19(6):496-9.
9. Ellis B, Brousseau A, Eagles D, Sinclair D, Melady D. Position Statement: Care of Older People in Canadian Emergency Departments: Canadian Association of Emergency Physicians; 2022 [Available from: [https://caep.ca/wp-content/uploads/2022/04/CAEP\\_GED\\_PS\\_FINAL.pdf](https://caep.ca/wp-content/uploads/2022/04/CAEP_GED_PS_FINAL.pdf)].
10. Caterino JM, Karaman R, Arora V, Martin JL, Hiestand BC. Comparison of balance assessment modalities in emergency department elders: A pilot cross-sectional observational study. *BMC Emergency Medicine*. 2009;9:19.
11. Chow RB, Lee A, Kane BG, Jacoby JL, Barraco RD, Dusza SW, et al. Effectiveness of the "Timed Up and Go" (TUG) and the Chair test as screening tools for geriatric fall risk assessment in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2019;37(3):457-60.
12. Carpenter CR, Avidan MS, Wildes T, Stark S, Fowler SA, Lo AX. Predicting Geriatric Falls Following an Episode of Emergency Department Care: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*. 2014;21(10):1069-82.
13. Carpenter CR, Scheatzle MD, D'Antonio JA, Ricci PT, Coben JH. Identification of Fall Risk Factors in Older Adult Emergency Department Patients. *Academic Emergency Medicine*. 2009;16(3):211-9.
14. Bellelli G, Morandi A, Davis DHJ, Mazzola P, Turco R, Gentile S, et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age and Ageing*. 2014;43(4):496-502.
15. Gagné A-J, Voyer P, Boucher V, Nadeau A, Carmichael P-H, Pelletier M, et al. Performance of the French version of the 4AT for screening the elderly for delirium in the emergency department. *CJEM*. 2018;20(6):903-10.
16. Grossmann FF, Hasemann W, Graber A, Bingisser R, Kressig RW, Nickel CH. Screening, detection and management of delirium in the emergency department - a pilot



- study on the feasibility of a new algorithm for use in older emergency department patients: the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2014;22:19.
17. Hasemann W, Grossmann FF, Stadler R, Bingisser R, Breil D, Hafner M, et al. Screening and detection of delirium in older ED patients: performance of the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). A two-step tool. *Intern Emerg Med.* 2018;13(6):915-22.
  18. Han JH, Wilson A, Graves AJ, Shintani A, Schnelle JF, Ely EW. A quick and easy delirium assessment for nonphysician research personnel. *The American Journal of Emergency Medicine.* 2016;34(6):1031-6.
  19. Han JH, Wilson A, Vasilevskis EE, Shintani A, Schnelle JF, Dittus RS, et al. Diagnosing Delirium in Older Emergency Department Patients: Validity and Reliability of the Delirium Triage Screen and the Brief Confusion Assessment Method. *Annals of Emergency Medicine.* 2013;62(5):457-65.
  20. Mariz J, Costa Castanho T, Teixeira J, Sousa N, Correia Santos N. Delirium Diagnostic and Screening Instruments in the Emergency Department: An Up-to-Date Systematic Review. *Geriatrics.* 2016;1(3):22.
  21. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and Validation of a Tool to Improve Physician Identification of Elder Abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *Journal of Elder Abuse & Neglect.* 2008;20(3):276-300.
  22. Platts-Mills TF, Dayaa JA, Reeve BB, Krajick K, Mosqueda L, Haukoos JS, et al. Development of the Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) tool. *J Elder Abuse Negl.* 2018;30(4):247-70.
  23. Platts-Mills TF, Hurka-Richardson K, Shams RB, Aylward A, Dayaa JA, Manning M, et al. Multicenter Validation of an Emergency Department-Based Screening Tool to Identify Elder Abuse. *Ann Emerg Med.* 2020;76(3):280-90.
  24. Fulmer T, Paveza G, Abraham I, Fairchild S. Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing.* 2000;26(5):436-43.
  25. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in Development of the Index of ADL1. *The Gerontologist.* 1970;10(1\_Part\_1):20-30.
  26. Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, Suffoletto B, Platts-Mills TF, Rothman RE, et al. Risk Factors and Screening Instruments to Predict Adverse Outcomes for Undifferentiated Older Emergency Department Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic Emergency Medicine.* 2015;22(1):1-21.
  27. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of Older People at Increased Risk of Adverse Health Outcomes After an Emergency Visit: The ISAR Screening Tool. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1999;47(10):1229-37.
  28. Lewis ET, Dent E, Alkhouri H, Kellett J, Williamson M, Asha S, et al. Which frailty scale for patients admitted via Emergency Department? A cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2019;80:104-14.
  29. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal.* 2005;173(5):489-95.
  30. Kaeppeli T, Rueegg M, Dreher-Hummel T, Brabrand M, Kabell-Nissen S, Carpenter CR, et al. Validation of the Clinical Frailty Scale for Prediction of Thirty-Day Mortality in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine.* 2020;76(3):291-300.
  31. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and Ageing.* 2006;35(5):526-9.



NOTFALLPFLEGE SCHWEIZ  
[www.notfallpflege.ch](http://www.notfallpflege.ch)

SOINS D'URGENCE SUISSE  
[www.soins-urgence.ch](http://www.soins-urgence.ch)

32. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *The journal of nutrition, health & aging.* 2012;16(7):601-8.
33. Carpenter CR, Banerjee J, Keyes D, Eagles D, Schnitker L, Barbic D, et al. Accuracy of Dementia Screening Instruments in Emergency Medicine: A Diagnostic Meta-analysis. *Academic Emergency Medicine.* 2019;26(2):226-45.





## Anhang A

### Screening-Instrumente für geriatrische Syndrome auf Notfallstationen

Domäne	Studie im Notfallsetting durchgeführt	Bewertung
<b>Sturz</b>		
Timed «up and go»-Test abgestuftes Instrument für Sturzrisiko (10)	Ja	Dauer weniger als eine Minute (LR+ nur 0.99, LR- 1.04) (11)
Chair Test abgestuftes Instrument, um Kraft und Ausdauer zu messen	Ja	Dauer weniger als eine Minute, wenig akkurat (LR+ 1.02, LR- 0.92) (11)
Carpenter Tool (12, 13) Skala, um Sturzrisiko innerhalb von 6 Monaten zu identifizieren	Ja	erkennt niedriges Risiko, nicht hohes Risiko; noch keine externe Validierung (LR+ 2.38, LR- 0.11 bei Score >1)
<b>Delirium</b>		
4 AT (14) abgestuftes Instrument, um Delirium oder kognitive Einschränkung zu erkennen	Ja	sehr schnell durchführbar und einfach (LR+ 3.23, LR- 0.22) (15)
mCAM-ED (16) unterscheidet zwischen kein Delir, Delir wahrscheinlich, Delir sicher	Ja	zweistufig: Screening (30 s) plus Assessment (3 min) (LR+6.83, LR-0.06) (17)
bCAM (18) binäres Screening auf Delir	Ja	sehr schnell durchführbar (LR+ 20 und LR- 0.17) wenn gleichzeitig mit DTS durchgeführt: LR+ 19.52, LR- 0.19) (19)
DTS (20) binäres Screening auf Delir	Ja	sehr schnell durchführbar (LR+ 2.18, LR- 0.04) wenn gleichzeitig mit bCAM durchgeführt: (LR+ 19.52, LR- 0.19) (19)



<b>Missbrauch und Vernachlässigung im Alter</b>		
Elder Abuse Suspicion Index binäres Screening, um Verdacht zu erkennen	Nein	kurz (weniger als 2 min), 6 Fragen (LR+ 1.88, LR- 0.71) (21)
ED Senior AID (22) binäres Assessment, um Verdacht zu erkennen (ja/nein)	Ja	mehrstufig, 1. kognitives Assessment, 6 Screening-Fragen, ggf. körperliche Untersuchung, durchführbar in 1 bis 3 min (sens. 94.1, spez 84.3, PPV 48.5 %, NPV 98.9 %) (23)
Elder Assessment Instrument Befragung ohne Bewertung	Ja	sehr lang, 41 Fragen, Befragung wurde in Notfallsettings angewendet (24)
<b>Funktionalität</b>		
Katz Index of Independence in Activities of Daily Living abgestufter Score für die Unabhängigkeit der Patienten	Nein	weit verbreitetes Instrument zur Identifikation von Patientinnen und Patienten mit Risiko, zu Hause ihre Aktivitäten des Lebens nicht ausführen zu können; keine formelle Validierung in Notfallsettings (25)
<b>Vulnerabilität</b>		
Triage Risk Assessment Tool binäres Instrument, um zukünftige Risiken für negative Outcomes vorherzusagen	Ja	5-Fragen-Instrument zur Abschätzung multipler Outcomes, inkl. 30d (LR+ 1.3, LR- 0.67) (26)
ISAR (27) binäres Instrument, um negative Outcomes vorherzusagen	Ja	6-Fragen-Instrument, entwickelt für Notfallsettings, prognostische Akkuratesscheint nicht gut für Wiedereintritte, funktionelle Verschlechterung oder andere neg. Outcomes (LR+ 1.3, LR- 0.56 für alle 30-Tages-adverse-Outcomes) (26)
<b>Frailty</b>		
CFS (28, 29) 9-stufiger Score, der die Fitness bzw. Gebrechlichkeit abbildet	Ja	im Notfallsetting anwendbar, Vorhersage für 30d-Mortalität und Hospitalisation entsprechend Area under the curve 0.81 und 0.72. Reliabilität CFS im Notfallsetting > 0.86 (30)
Edmonton Frail Scale mehrstufige Skala, um gebrechliche ältere Erwachsene zu identifizieren	Nein	validiertes Instrument für nicht geriatrisches Personal, kann in unterschiedlichsten Settings angewendet werden; bisher nicht im Notfallsetting validiert (31)





Frail Scale mehrstufige Skala zur Identifikation von gebrechlichen älteren Erwachsenen	Nein	validiertes Instrument, das Risikopatientinnen und -patienten für eine lange Zeitspanne ausserhalb des Notfallsettings identifiziert (32)
<b>Demenz</b>		
AMT-4 binäre Evaluation für auffällige Kognition	Ja	validiert im Notfallsetting, 4 Fragen (LR+ 7.7, LR- 0.31) (33)
Caregiver AD8 binäres Assessment für kognitive Einschränkungen	Ja	weniger genau, aber das einzige Instrument, das keine direkte Patientenbeteiligung benötigt; sehr sensitiv bei gebildeten Befragten (LR+ 2.5, LR- 0.39) (33)
Ottawa 3DY binäres Assessment für kognitive Einschränkungen	Ja	weniger genau als der AMT-4 (LR+ 2.3, LR- 0.17) (33)

**Autor**

Thomas Dreher-Hummel,  
RN, MScN, Pflegeexperte APN-CH  
Notfallzentrum, Universitätsspital Basel  
[thomas.dreher@usb.ch](mailto:thomas.dreher@usb.ch)

Basel, 19.1.2023