

Akuter Verwirrheitszustand erfordert rasches Handeln

Kausales Delirmanagement und medikamentenfreie Interventionen haben Vorrang

Akute Verwirrheitszustände (Delirien) sind bei älteren Patienten häufig. Besonders betroffen sind hochbetagte Menschen mit kognitiven Einbußen oder Demenzerkrankungen. Bei der frühzeitigen Diagnose eines Delirs spielen Hausärzte eine wichtige Rolle. Auf eine medikamentöse Therapie sollte man bei Delirpatienten möglichst verzichten.

Albert Diefenbacher, Dan Georgescu

Akute Verwirrheitszustände (Delirien nach ICD-10 F05) treten bei älteren Patienten häufig während einer Krankenhausbehandlung auf (Kasten 1). So kann man davon ausgehen, dass die Prävalenz – je nach untersuchtem Patientenkollektiv – zwischen 5,1 und 80 Prozent liegt und zum Beispiel zirka ein Drittel der über 70-jährigen internistischen Patienten ein Delir entwickelt (1).

Kasten 1: **Verwirrtheit nach Klinikaufnahme**

Bei einem 85-jährigen Patienten, der noch zu Hause lebt und dort nach Angaben der Angehörigen gut zurechtkommt, fällt nach der Krankenhausaufnahme wegen einer Prostataktomie auf, dass er Schwierigkeiten hat, die Toilette zu finden, und in eine Ecke des Zimmers uriniert.

Eine Massregelung des Patienten oder der Angehörigen («Bitte benehmen Sie sich anständig!», «Sorgen Sie dafür, dass Ihr Vater sich nicht danebenbenimmt!») ist hier nicht angezeigt. Stattdessen sollte spätestens jetzt mit einfachen Screeningfragen (Alter, Geburtsdatum und -ort, aktuelles Jahr) das Vorliegen kognitiver Einbußen beziehungsweise eines beginnenden Delirs gezielt evaluiert werden. Möglicherweise reicht bereits eine hellere Zimmerbeleuchtung aus, die, allerdings ohne den Schlaf zu stören, für eine bessere Orientierung in der unmittelbaren Umgebung des Patienten sorgt.

Aber auch in der eigenen Häuslichkeit oder in Seniorenheimen sind Delirien nicht selten (Prävalenz zwischen 1,4 und 70,3%) (2). In einer Studie mit insgesamt 1262 Allgemeinarztpraxen in Deutschland betrug die 5-Jahres-Prävalenz der Delirdiagnosen 0,08 Prozent, wobei nur in 851 der beteiligten Hausarztpraxen die Diagnose eines Delirs überhaupt gestellt worden war. Daraus schlossen die Autoren der Studie, dass das Krankheitsbild möglicherweise noch nicht ausreichend bekannt sei (2). Vor allem das hypoaktive Delir, das gewissermaßen weit weniger «störend» ins Auge fällt als ein Delir mit hyperaktiver Ausprägung, wird häufig übersehen. Im Vergleich mit nicht deliranten Kontrollpersonen (Fall-Kontroll-Studie) bestanden bei den Delirpatienten weit häufiger eine komorbide Demenz (40,4 vs. 10,1%) sowie unter anderem Niereninsuffizienz (18,2 vs. 9,0%) und die Verordnung von Benzodiazepinen (18,4 vs. 7,1%). Auch Polypharmazie (> 4 verordnete Medikamente) war bei den Delirpatienten häufiger (37,3 vs. 13,4 %). Nur bei 8,5 Prozent der deliranten Patienten war kein Arzneimittel verordnet worden. Ein Viertel der Delirpatienten (24,2%) lebte im Heim, was bei 10,3 Prozent der nicht deliranten Patienten der Fall war. Delirien gehen mit einer erhöhten Letalität und einer verlängerten stationären Verweildauer einher. Sie können zudem zu persistierenden kognitiven Funktionsstörungen und einer erhöhten Pflegebedürftigkeit führen (1, 3).

MERKSÄTZE

- ▶ Rasche, innerhalb von wenigen Tagen auftretende deutliche Verhaltensänderungen bei über 70-Jährigen sollten differenzialdiagnostisch an die Möglichkeit eines Delirs denken lassen.
- ▶ Hypoaktive Delirien (Patient zieht sich zurück, ist einsilbig) werden häufig übersehen.
- ▶ Grundsätzlich haben die kausale Therapie des Delirs und die nicht pharmakologischen Interventionen immer Vorrang.
- ▶ Nach der erfolgreichen Behandlung sollte eine vorbestehende Polypharmazie reevaluiert werden.

Symptome des Delirs

Symptome eines Delirs sind verminderte Aufmerksamkeit, kognitive Störungen mit Verwirrtheit und verworrenem Sprechen, meist optische Verkennungen und Wahnerleben, Schlafstörungen und begleitende affektive Symptome, gegebenenfalls mit Reizbarkeit und Affektlabilität. Diagnostisch wegweisend können ein akuter Beginn und ausgeprägte Veränderungen der Psychomotorik sein.

Hyperaktive Delirien, also solche mit expansivem, unruhigem oder aggressivem Bild, sind recht schnell zu erkennen (Häufigkeit ca. 5%). Gern übersehen werden dagegen die häufigeren sogenannten hypoaktiven Delirien (ca. 30 %), bei denen der Patient zunächst nur einen zurückgezogenen Eindruck macht und einsilbig erscheint.

Verwirrend kann für den Behandler, aber auch für die Angehörigen zudem sein, dass sich im Tagesverlauf, nach ausge-

Kasten 2:

«Wir haben keine Zeit!» – das 6-Sekunden-Rollenspiel

Dieses kurze Rollenspiel gibt Ihnen ein Gefühl dafür, wie man sich fühlen kann, wenn vermeintlich einfache Fragen (warum auch immer) nicht sofort beantwortet werden können.

Bitte Sie einige Ihrer Mitarbeiter, Ihnen eine einfache Frage zu stellen, wie zum Beispiel: «Bitte sagen Sie mir, welchen Wochentag wir heute haben?» Daraufhin schauen Sie Ihr Gegenüber freundlich an, lassen ab und zu den Blick abschweifen (und zählen in Gedanken langsam bis 6). Dann beantworten Sie die Frage.

Sie werden feststellen, dass einige Mitarbeiter diese kurze Frist von 6 Sekunden nicht abwarten können, sondern – vielleicht etwas verleugern oder auch drängend und unter Umständen mit lauterer Stimme – schon nach kürzerer Zeit die Frage wiederholen.

Wie reagieren Sie auf dieses Drängen? Haben Sie sich unwohl gefühlt, eine so simple Frage nicht wie aus der Pistole geschossen zu beantworten?

prägender nächtlicher Unruhe, wieder eine scheinbare Normalisierung einstellt. Solche Tagesschwankungen sind aber gerade bei deliranten Syndromen häufig (sog. Delir vom gemischten Aktivitätstyp, hyperaktiv-hypoaktives Delir, ca. 65%). Gerade bei eher ruhig erscheinenden Patienten, vor allem wenn sie im Gespräch wie abwesend erscheinen und überwiegend recht stereotyp auf Fragen nur floskelhaft antworten («Jaja», «Hm», «Ach ja»), sollte man Screeninginstrumente einsetzen, um kognitive Auffälligkeiten strukturiert zu erfassen. Einfach in der Handhabung sind zum Beispiel die Delirium Observation Screening Scale (DOS) oder die Confusion Assessment Method (CAM), die das Pflegepersonal gut einsetzen kann (4) und die im Kitteltaschenformat (mit Hinweisen zur Delirbehandlung) auf einer Delir-Pocketcard abgebildet sind, die von der Homepage des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH), eines akademischen Lehrkrankenhauses der Charité Berlin, heruntergeladen werden kann (*Linktipp*) (5).

Grundsätzlich sollte bei möglichst allen über 70-Jährigen, vor allem aber bei Patienten mit bekannten kognitiven Einbußen oder diagnostizierter Demenz schon bei stationärer Aufnahme eine kurze Evaluation der kognitiven Fähigkeiten erfolgen (6). Am einfachsten und auch bei der Notaufnahme schon gut zu erheben ist der sogenannte AMT-4-Score (Abbreviated Mental Test, ähnlich www.the4AT.com). Er besteht aus 4 Fragen:

- ▲ Wie alt sind Sie?
- ▲ Wann wurden Sie geboren?
- ▲ Wo wurden Sie geboren?
- ▲ Welches Jahr haben wir?

Kann ein Patient eine dieser 4 Fragen nicht beantworten, ist ein ausreichender Verdacht auf das Vorliegen einer kognitiven Einschränkung gegeben. Im Spital darf für solche Patienten ein Vermerk zur gegebenenfalls weiterführenden Diagnostik bei der Verlegung auf eine Station nicht fehlen. Schon zu diesem Zeitpunkt sind wesentliche Weichenstellungen möglich, falls im weiteren Verlauf der stationären Behandlung ein Delir mit all seinen erwähnten Konsequenzen auftritt.

Hochaltrige, nicht demente Menschen können manchmal etwas unsicher hinsichtlich des aktuellen Datums oder der Wochentags sein (einen Eindruck von dem Gefühl, das man dabei hat, vermittelt ein kurzes Rollenspiel; s. *Kasten 2*). Sie sind aber überwiegend zeitlich voll orientiert bezüglich des Monats und vor allem des aktuellen Jahres (7). Desorientiertheit bezüglich des aktuellen Jahres ist als «red flag» zu betrachten. Man sollte das nicht mit dem Hinweis auf «altersentsprechend normal» vorschnell abtun.

Ursachen und Risikofaktoren

Das Delir ist ein medizinischer Notfall und in der Regel multifaktorieller und überwiegend somatischer Genese. Es muss deshalb in einer multimodalen Perspektive evaluiert und behandelt werden. Zudem sollte man stets daran denken, dass kognitive Einbußen oder eine beginnende Demenz bereits vorliegen, aber in der gewohnten Routine der eigenen Häuslichkeit weder dem Patienten noch den Angehörigen aufgefallen sind. Ein wichtiger Risikofaktor für das Auftreten eines Delirs ist eine vorbestehende Demenz. Für die Einschätzung der Risikofaktoren des Delirs sowie die präventiven Massnahmen gibt es eine Checkliste (8, 9).

Häufige Ursachen eines Delirs sind Infekte (vor allem Harnwegsinfekt und Pneumonie) sowie Dehydratation und unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW). Grundsätzlich gilt aber, dass die somatischen Ursachen eines Delirs vielfältig sein können, sodass eine eingehende körperliche Untersuchung umgehend erfolgen muss. Auf dieser Grundlage können dann gezielt weitere laborchemische und/oder bildgebende diagnostische Massnahmen eingeleitet werden.

Eine nicht zu vernachlässigende Differenzialdiagnose des hypoaktiven Delirs ist ein nicht konvulsiver Status epilepticus, der sich gegebenenfalls durch ein bettseitig durchgeführtes EEG oder die intravenöse Gabe von beispielsweise Lorazepam ex juvantibus diagnostizieren lässt.

Nicht medikamentöse Behandlungsstrategien bevorzugen!

Ziel der Behandlung ist es, durch eine rasche Beseitigung des Delirs die Patienten wieder zu ihrem normalen Verhalten zurückzuführen. Das führt zur Entlastung der betreuenden Personen, ist aber auch mit einer «Entängstigung» der Patienten verbunden, die im Laufe des Delirs häufig sehr beängstigende, vor allem optische Wahrnehmungsstörungen haben («Albträume bei Tage»).

Abgesehen von der gezielten Behandlung möglicher Ursachen, sollten allgemeine Massnahmen wie Fiebersenkung,

Tabelle 1:

Auswahl nicht medikamentöser Therapieoptionen zur Delirprävention und -behandlung

- Vermeidung von Polypharmazie
- genügende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr
- Frühmobilisation
- Hilfe bei der Orientierung (eigene Brille und Hörgeräte)
- Zimmerwechsel vermeiden
- Konstanz des Pflegepersonals
- ausreichende Schmerztherapie

nach (1, 11)

Tabelle 2:

Medikamentöse Optionen bei Delir

Substanz (Handelsname)	Dosierung	Spezielle Indikationen
Haloperidol* (Haldol®)	0,5–1 mg, 2–4x tgl.	
Risperidon* (Risperdal® und Generika)	0,25–1 mg, 2x tgl.	
Quetiapin (Seroquel® und Generika)	25–75 mg, 2x tgl.	bei M. Parkinson und Lewy-Body-Demenz
Oxazepam (Anxiolit®, Seresta®)	2,5–5 mg, 1–4x tgl.	nur bei starker Agitation, Unruhe oder Angst
Lorazepam (Temesta®)	0,5–1 mg, max. 3x tgl.	nur bei stärkster Agitation, Unruhe oder Angst
Pipamperon* (Dipiperon®)	fraktioniert bis 120 mg/tgl.	bei Unruhe, zum Schlafanstoß

*kontraindiziert b. M. Parkinson oder Lewy-Body-Demenz

Nach: Delir-Pocketcard, Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH), Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité Berlin

Flüssigkeitszufuhr und die Behandlung metabolischer Entgleisungen erfolgen. Möglichst genau sollten die eingenommenen Medikamente über die Angehörigen oder andere betreuende Personen erhoben werden. Die konsumierten Arzneimittel – auch nicht verschreibungspflichtige – sollten auf ihre anticholinerge Potenz hin überprüft werden, um ein anticholinerges Delir auszuschliessen (10). Hilfreich kann hier der Gebrauch der PRISCUS- oder der FORTA-Liste sein. Da bei multimorbiden Patienten eine Polypharmazie aber nicht selten medizinisch indiziert ist, sollte man – unter Verwendung der beispielhaft genannten Übersichtslisten – gegebenenfalls eine Optimierung hinsichtlich der «altersgerechten» Medikation versuchen (10). Falls möglich, sollte man Delirien allerdings nicht medikamentös behandeln (Tabelle 1) (1, 12, 13). Laut der Datenbank «Geriatric in Bayern» (14) bekamen zirka 75 Prozent aller in geriatrischen Abteilungen hospitalisierten Patienten ein anticholinerg wirksames Medikament, der Rest erhielt sogar zwei oder mehr. Das sollte man als Risikofaktor in der Genese von Delirien berücksichtigen.

In einer eigenen Studie konnten wir zeigen, dass multimodale, nicht medikamentöse Interventionen, die eine speziell geschulte Pflegekraft auf einer chirurgischen Station implementierte, die postoperative Delirrate auf der Interventionsstation auf 4,9 Prozent (vs. 20,8% ohne Intervention) reduzieren konnten (1, 11, 13).

Pharmakotherapie

Grundsätzlich haben die kausale Therapie des Delirs und die nicht pharmakologischen Interventionen immer Vorrang (13). Eine medikamentöse Therapie ist am ehesten bei hyperaktiven Delirien mit Agitation und produktiv-psychotischer Symptomatik nicht zu umgehen. Hier kann man möglichst niedrig dosiert Neuroleptika wie Haloperidol, Risperidon oder Quetiapin einsetzen (15) (Tabelle 2). Die Dosis muss dem Symptomverlauf angepasst werden und der Einsatz zeitlich limitiert erfolgen (13). Die prophylaktische Gabe von Neuroleptika zur Delirprophylaxe kann aufgrund der Studienlage derzeit noch nicht empfohlen werden.

Was kann man in der Hausarztpraxis tun?

Die Evaluation hochbetagter Menschen kann dadurch erschwert sein, dass sie in ihrer Wahrnehmungsfähigkeit eingeschränkt sind, schlechter sehen und hören, aber beispielsweise ihre Hörgeräte oder Brillen in der Aufregung nicht bei sich haben oder finden. All das führt bei den Patienten zu einem Gefühl starker Verunsicherung und kann manche von ihnen sprichwörtlich «sprachlos» machen. Hier sollten sich Ärzte und Pflegepersonal, aber auch die Angehörigen nicht von der in solchen Situationen spürbaren ängstlichen Unruhe des Patienten anstecken lassen. Langsames und deutliches Sprechen, zugewandte Haltung, freundlicher Blickkontakt und das Vermeiden komplizierter Satzkonstruktionen können solche Situationen erstaunlich schnell deeskalieren (16). ▲

LINKTIPPS

Delir-Pocketcard

Die Karte im Kitteltaschenformat fasst die wichtigsten Punkte zur Erkennung eines Delirs und zum Delirmanagement zusammen.

www.rosenfluh.ch/qr/pocketcard



Kommunikation im medizinischen Alltag
Leitfaden für die Praxis

www.rosenfluh.ch/qr/kommunikation



Dr. med. Dan Georgescu
Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie
Psychiatrische Dienste Aargau AG
Königsfelderstrasse 1, 5210 Windisch
E-Mail: dan.georgescu@pdag.ch

Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher ist Gastwissenschaftler an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin – Campus Benjamin Franklin.

Interessenlage: Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel bestehen.

Dieser Beitrag erschien zuerst in der Zeitschrift «doctors|today» 1/2020. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgte mit freundlicher Genehmigung der Autoren und des Kirchheim-Verlags.

Literatur:

1. Zoremba N, Coburn M: Delir im Krankenhaus. Deutsches Ärzteblatt Int. 2019;116:101-106.
2. Bohlken J, Kostev K: Prevalence and risk factors for delirium diagnosis in patients followed in general practices in Germany. Int Psychogeriatr. 2018;30(4):511-518.
3. Kratz T, Diefenbacher A: Kognitive Akut- und Langzeitfolgen intensivmedizinischer Behandlung. Nervenarzt. 2016;87:246-252.
4. Klöppel S et al.: Erkennung psychiatrischer Symptome in der stationären Langzeitpflege. Praxis. 2020;109(4):301-308.
5. Kratz T, Diefenbacher A: Delir nach OP – das lässt sich managen. kma. 2017;1:34-36.
6. Kirchen-Peters S, Krupp E: Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser. Robert Bosch Stiftung Stuttgart 2019; www.bosch-stiftung.de; Zugriff am 22.4.2020.
7. Reischies F, Diefenbacher A: Demenz-Screening bei älteren psychiatrischen Konsiliarpatienten im Allgemeinkrankenhaus. Medizinische Klinik. 2000;95:300-304.
8. Savaskan E et al.: Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Praxis 2016;105(16):941-952.
9. Von Gunten A et al.: Etat confusionnel aigu de la personne âgée. Swiss Med Forum. 2018;18(12):277-284.
10. Kratz T, Diefenbacher A: Psychopharmakotherapie im Alter. Deutsches Ärzteblatt. 2019;116:508-517.
11. Kratz T et al.: Prävention des postoperativen Delirs. Deutsches Ärzteblatt. 2015;112:289-296.
12. Kratz T, Diefenbacher A: Delirprävention und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge. In: Löhr M et al. (Hrsg.): Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Kohlhammer Stuttgart 2019;148-162.
13. Savaskan E, Hasemann W: Leitlinie Delir – Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Hogrefe Bern, 2017.
14. Franz P: Neurologische Kasuistik – Wirkfluktuationen und Fieber bei Parkinson. Neurotransmitter. 2018;29:29-35.
15. Spies M et al.: Delir – ein evidenzbasierter Überblick. Wiener klinische Wochenschrift Education. 2019;14:1-17.
16. Ärztekammer Nordrhein: Kommunikation im medizinischen Alltag – Ein Leitfaden für die Praxis. 2015. www.aekno.de/Leitfaden-Kommunikation; Zugriff am 22.4.2020.