

Die vier Ebenen des Delirs

Akuter Verwirrheitszustand beim älteren Patienten

Jedes Delir ist ein lebensbedrohlicher Notfall und muss umgehend behandelt werden. So appellierte Dr. med. Peter Landendörfer an die hausärztlichen Kollegen. Typischerweise wird der Hausarzt wegen eines Delirs mitten in der Nacht von Angehörigen oder einer Schwester des Altersbeziehungsweise Pflegeheims aus dem Bett geklingelt. Doch ist es tatsächlich ein Delir oder die bereits bekannte Demenz? Wie man ein Delir schnell erkennen kann und welche Massnahmen dann erforderlich sind, war Thema des Seminars.

BEATE KLEIN

Anhand charakteristischer Fälle aus der Praxis analysierte Dr. med. Peter Landendörfer, Facharzt für Allgemeinmedizin und Geriatrie aus Heiligenstadt, auf der letzten «practica» die vier Symptomebenen akut verwirrter älterer Patienten mit Delir (Tabelle 1).

Die vier Symptomebenen

Die erste Ebene ist die globale kognitive Störung. Hinweise geben Schilderungen von Angehörigen wie «sie redet wirt durcheinander» (Fall 1), «er redet dummes Zeug» (Fall 2) oder «er redet ganz anders als sonst» (Fall 3). Die zweite Ebene umfasst psychomotorische Störungen wie zum Beispiel «läuft auf dem Gang umher» (Fall 1), «rast durchs ganze Haus» (Fall 2) oder «sitzt im Bett und weint» (Fall 3). Die ersten beiden Patienten sind hyperaktiv und hypermotorisch, der dritte Patient ist dagegen hypomotorisch. Beide Extreme kommen auf dieser Ebene vor, so Landendörfer. Fast

immer treten beim akuten Verwirrheitszustand auch vegetative Symptome auf (dritte Ebene), die erkennbar sind durch Mitteilungen wie «sie ist schweissgebadet» (Fall 1), «er schwitzt und schaut so komisch» (Fall 2), «er zittert richtig» (Fall 3). Auf der vierten Ebene spielen sich Wahnsymptome und Halluzinationen ab: Äusserungen vonseiten des Patienten wie «mein Sohn braucht mich» (Fall 1), «du hast meinen Hund vergiftet» (Fall 2), «da kommt immer ein Mann ins Zimmer» (Fall 3) sind typisch. Szenen aus der Vergangenheit tauchen plötzlich auf, Anschuldigungen entbehren jeglicher Realität.

Fall 1: Der Ruf des toten Sohnes

Anruf aus dem Altersheim um 0.20 Uhr: «Frau S., 72 Jahre, ein Neuzugang in der Kurzzeitpflege vor zwei Tagen, läuft seit drei Stunden aufgeregt auf dem Gang umher, redet wirt durcheinander und lässt sich durch nichts beruhigen. Sie weiss gar nicht, wo sie ist. Bitte kommen Sie vorbei!»

Sofort nach der Begrüssung erzählt mir die Patientin hastig in teilweise kaum verständlichen Sätzen: «Ich will heim, mein Sohn braucht mich.» Sie ist schweissgebadet. Bei der Fremdanamnese erfahre ich, dass sie bei der Tochter lebt, die sie wegen eines plötzlichen Krankenhausaufenthalts zur Kurzzeitpflege gebracht hat. Der Sohn ist schon seit zehn Jahren verstorben.

Fall 2: Der vergiftete Hund

Anruf von der Tochter eines 68-Jährigen: «Der Vater redet seit heute Morgen dummes Zeug, rast durchs ganze Haus und sucht nach seinem Hund. Der ist aber im letzten Jahr eingeschlüpfert worden. Jetzt schreit er die ganze Zeit im Haus herum «Du hast meinen Hund vergiftet!» Er schwitzt und schaut so komisch. Bitte kommen Sie vorbei!»

Fall 3: Der Mann im Zimmer

Anruf von der Tochter eines 75-Jährigen um 23 Uhr während des Sonntagsdienstes. «Bitte kommen Sie sofort vorbei, ich

..... Merksätze

- Symptome fluktuieren – daher: Beobachtung ist alles!
- Jedes Delir hat einen Auslöser, und der muss gefunden werden!
- Jedes Delir ist ein lebensbedrohlicher Notfall, und dieser muss umgehend behandelt werden!

weiss mir nicht mehr zu helfen! Mein Vater sitzt im Bett, weint und lässt sich gar nicht beruhigen. Vorgestern hat er das auch schon gehabt, am Tag war es dann aber immer wieder besser. Wenn ich mit ihm rede, antwortet er kaum und wenn, dann ganz anders als sonst: langsam und leise. Er zittert richtig. Er sagt: «Da kommt ein Mann ins Zimmer.» Das stimmt aber gar nicht.»

Tabelle 1: Delir: Diagnosekriterien

Kernsymptome

Beeinträchtigung von:

- Orientierung: meistens zur Zeit, zum Ort
- Gedächtnis: durch die Verknennung der Situation
- Denken: nicht mehr kohärent
- Sprache: oft schnelles Sprechen

Begleitsymptome

Störung von:

- Affekt
- Psychomotorik
- Schlaf-Wach-Rhythmus

Tabelle 2: Risikofaktoren

- höheres Alter
- Milieuänderung
- Multipharmakotherapie
- Demenz
- Ernährung/Flüssigkeit/Infekte

Ein Delir beginnt immer akut

Entscheidend ist, dass all diese Störungen akut einsetzen. Erschwerend in der Praxis ist die Tatsache, dass die Symptome fluktuieren, sodass sich das Puzzle oft erst später zusammensetzen lässt: Am Tag kann es besser sein, doch das kann sich von einer Sekunde auf die andere ändern. Daher ist es für den Hausarzt notwendig, den Patienten sowie das Geschehen gut zu beobachten und stets parat zu sein.

Immer den Auslöser aufspüren

Jedes Delir hat einen Auslöser, und den müssen Sie finden. So appellierte der Allgemeinmediziner an die Zuhörer. Der Auslöser beim ersten Fall war beispielsweise die plötzliche Einweisung ins Altersheim. Nicht immer wird dieser bereits am Telefon genannt.

Mögliche Auslöser sollten Sie kennen (Tabelle 2), damit Sie dann entsprechend therapeutisch eingreifen können, so Landendörfer.

Hauptrisikofaktor für das Delir im Alter ist das erhöhte Alter selbst. Auch plötzliche Milieuänderungen oder eine Änderung des gewohnten sozialen Umfelds wirken sich oft negativ aus. Häufig zu sehen ist das bei einer Einweisung ins Pflegeheim oder ins Krankenhaus wegen einer plötzlich anstehenden stationären Behandlung oder Operation. So liegt das postoperative Risiko für akutes Delir bei Schenkelhalsfrakturen und Hüftoperationen bei älteren Patienten bei rund 50 Prozent. Das Risiko ist abhängig von der Operationsdauer. Auch intensivmedizinische Vorfälle, körperliche Inaktivität und Fixation zählen im weitesten Sinn zu Milieuänderungen und können eine akute Verwirrtheit auslösen.

Vorsicht bei anticholinergen Medikamenten und Tranquilizern

Gerade ältere Patienten brauchen oft eine Multipharmakotherapie – laut Landendörfer ein weiterer Risikofaktor für akute Verwirrtheit (Tabelle 3): «Es ist wichtig, dass Sie kurz wirksame Psychopharmaka geben und keine anticholinerg wirksamen Medikamente.» Er warnte insbesondere vor dem Einsatz trizyklischer Antidepressiva bei Älteren: «Vor allem das häufig eingesetzte Amitriptylin ist für ältere Patienten wegen seiner hohen anticholinergen Potenz ungeeignet.» Auch Benzodiazepine, vor allem lang wirksame, sollte man meiden. Als Ausnahme für den Notfall nannte er Lorazepam. Lorazepam ist relativ kurz und bei Panikattacken sehr gut wirksam.

«Was soll man tun, wenn die älteren Patienten dringend ein Schlafmittel für abends wollen?», fragte ein Zuhörer.

Denen würde Landendörfer allenfalls ein kurz wirksames Mittel geben.

Das Alter birgt ein hohes Risiko für Neben- und Wechselwirkungen. «Wenn Sie ein Medikament bei alten Leuten einsetzen, dann bitte in niedriger Dosierung mit langer Aufdosierungszeit!», legte er den Hausärzten ans Herz.

Delir oder Demenz?

Leidet ein Patient bereits an Demenz, so begünstigt diese das Auftreten eines Delirs. Wichtig ist, den Unterschied zwischen Delir und Demenz gut zu kennen (Tabelle 4): Ein Delir beginnt akut und häufig nachts, eine Demenz hat dagegen einen schleichenden Beginn. Die Symptome dauern beim Delir Stunden bis Tage, bei der Demenz dagegen Jahre. Vorsicht: Der demente Patient neigt leichter und sehr viel schneller zum Delir.

Tabelle 3: Risikofaktor für Delir: Multipharmakotherapie

- **Anticholinerge Medikamente:** Atropin, trizyklische Antidepressiva, einige Neuroleptika, Anti-Parkinson-Mittel
- **Tranquilizer, Hypnotika:** Benzodiazepine, Barbiturate
- **Kardiaka, Antihypertonika:** Digitalis, Diuretika, Betablocker etc.
- **Antikonvulsiva:** Phenytoin, Carbamazepin, Valproinsäure
- **Antibiotika:** Penicillin, Zephalosporine
- **Sonstige:** Lithium, Antidiabetika, Kortikoide, NSAR etc.

Weitere Risikofaktoren, die überprüft werden müssen und die bei älteren Patienten häufig vorliegen, sind Kachexie, Volumenstörung (Exsikkose, Elektrolytstörungen), Infekte (Harnwegsinfekt, Pneumonie, Sepsis) und gastrointestinale Erkrankungen (Diarrhö, Obstipation).

Zu den typischen Auslösern für ein Delir zählt auch die akute Harnwegsinfektion

Tabelle 4: Unterschiede zwischen Demenz und Delir

	Delir	Demenz
Störungsbeginn	akut, häufig nachts	schleichend
Symptombdauer	Stunden bis Tage	Jahre
Störung im Tagesverlauf	fluktuierend, nächtliche Exazerbationen	stabil
Orientierung	eher unauffällig, vor allem zeitliche Desorientierung	häufig
Sprache	inkohärent, Redefluss gesteigert oder reduziert	Verarmung, Wortfindungsstörungen usw.
Wahn/Halluzination	meist visuell und/oder auditiv	selten
Psychomotorik	ruhelos oder hypoaktiv	meist unauffällig
Schlaf-Wach-Rhythmus	Tagesschläfrigkeit, Albträume	eher nächtliche Unruhe
körperliche Symptome	vegetative Symptome	meist keine

mit Exsikkose (Fall 4). «Gerade in der Sommerzeit ruft oft eine Schwester nachts an, ein Patient sei den ganzen Tag in Ordnung gewesen und habe jetzt um 23 Uhr plötzlich hohes Fieber bekommen», berichtete Landendörfer.

Fall 4: Fieber und Exsikkose

Anruf der Nachtschwester aus dem Pflegeheim: «Frau N. (73 Jahre) ist ganz durcheinander und hat 39° C Fieber. Beim Abendessen war sie noch völlig normal. Bitte kommen Sie sofort vorbei!» Befund: völlig durchgeschwitzte Patientin mit 39° C Fieber. Zeichen einer Exsikkose. Cor, Pulmo, Abdomen kein auffälliger Befund. Urinstix: Nitrit +++, Leukos ++.

Stationäre Einweisung – Ja oder Nein?

Jedes Delir ist ein lebensbedrohlicher Notfall, und dieser muss umgehend behandelt werden. Doch was tut man in dieser Situation? Zu den Basismassnahmen gehört, dem Patienten Orientierung zu geben. Dazu dienen Bezugspersonen und vertraute Bilder. «Die Angehörigen müssen da sein», betonte Landendörfer – «eine vertraute Umgebung, vertraute Bilder beruhigen sehr gut.» Im Altersheim müssen Schwestern sich auch wirklich mit Geduld und Freundlichkeit um den Patienten kümmern können und auf ihn einwirken. Das Milieu sollte unbedingt durch Konstanz und Ruhe ge-

kennzeichnet sein. Möglichst sollten Personen, die der Patient kennt, um ihn sein. Gerade bei deliranten Wahnzuständen und bei psychomotorischer Agitiertheit ist das wichtig. Ebenso von Bedeutung ist, für eine ruhige Atmosphäre zu sorgen und den Patienten wieder selbst zur Ruhe kommen zu lassen. Was oft vergessen wird: Die Hör- und Sehhilfen einsetzen, denn Hör- und Sehprobleme können ein Delir verstärken. Meist ist eine stationäre Unterbringung notwendig. «Wenn Sie das Delir daheim nicht beenden können, müssen Sie den Patienten stationär einweisen», unterstrich der Referent. Ausnahme ist eine gute hausärztliche Betreuung. «Können Sie sicher sein, dass die Angehörigen mitspielen, dass sie die ganze Situation daheim bewerkstelligen, dann können Sie es durchaus wagen.» Dann besteht jedoch immer eine geteilte Verantwortung, der Arzt muss nach dem Patienten sehen und ihn kontrollieren. Gelegentlich sind Fixierungen notwendig, der Hausarzt sollte sich diesen Schritt aber gut überlegen. Denn dann besteht die noch grössere Verpflichtung, den Patienten stringent zu überwachen.

Akutmassnahmen im Notfall

Bei der Medikation riet Landendörfer, sehr zurückhaltend zu sein. Er selbst gibt nicht viele Medikamente. «Haloperidol ist eigentlich nur die Reissleine», erklärte er, «im Übrigen verordne ich sehr gern die alten Neuroleptika wie

Melperon (nicht im CH-Kompendium) oder Pipamperon (Dipiperon®), die immer noch ihre gute Berechtigung haben.» Auf Nachfrage eines Zuhörers riet der Referent: «Nehmen Sie nur, was Sie gut kennen!»

- Melperon (z.B. 3 x 25 mg/Tag)
- Pipamperon (z.B. 3 x 40 mg/Tag)
- Haloperidol (z.B. 0,5–1 mg; max. 10 mg/Tag).

Zudem ist die Überwachung von Basalfunktionen, Kreislauf, Temperatur und Umgebung wichtig. Weiter muss man für eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sorgen und die Medikation überprüfen, eventuell kann ein Medikament als Auslöser gefunden werden.

**Beate Klein
Hardt 21
D-93176 Beratzhausen
Tel. 0049 160 498 98 28
E-Mail: nachrichten.neu@arcor.de**

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 2/2010. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin.