

# Der verwirrte Patient

## Ein medizinischer Notfall

**Akute Verwirrheitszustände sind Psychosen, die auf eine körperliche Ursache zurückzuführen sind wie zum Beispiel Intoxikationen oder Meningoenzephalitiden. Als Synonyme werden Delir oder delirantes Syndrom verwendet.**

.....  
**CARSTEN HOBOHM UND DOMINIK MICHALSKI**  
 .....

Das Delir ist eine unspezifische psychische Störung, die einen potenziell lebensbedrohlichen Zustand darstellt (2). Entsprechend der ICD-10 umfasst das Delir eine gleichzeitige Störung

1. des Bewusstseins
2. der Kognition
3. der Wahrnehmung
4. der Psychomotorik
5. des Schlaf-Wach-Rhythmus
6. der Emotionalität (4).

Es entwickelt sich innerhalb weniger Stunden oder Tage und ist bei Behandlung der Ursache reversibel. Bei gleichzeitig bestehender Demenz können die Symptome mehrere Wochen andauern.

Die Datenlage zur Häufigkeit des Delirs ausserhalb der Klinik ist generell unzureichend. Unter der Annahme, dass 3 Prozent der Bevölkerung alkoholkrank sind und 5 Prozent der Betroffenen ein Alkoholdelir entwickeln (11), besitzt diese Form des Delirs im ambulanten Bereich eine grosse Bedeutung. Kommt es zur stationären Aufnahme, so liegt unabhängig vom Einweisungsgrund bei älteren Patienten in 14 bis 24 Prozent der Fälle bei Aufnahme ein Delir vor (8). In geriatrischen Abteilungen beträgt die Häufigkeit des Delirs während des stationären Aufenthaltes 6 bis 56 Prozent (8). Besonders gefährdet sind Patienten auf Intensivstationen (3, 15).

## Merksätze .....

- ❖ Bei älteren Patienten, die stationär eingewiesen werden, liegt in bis zu 24 Prozent der Fälle bei Aufnahme ein Delir vor.
  - ❖ Beim Alkoholentzugsdelir ist Clomethiazol Mittel der Wahl, bei Delirien anderer Genese Haloperidol.
- .....

## Symptomatik

In Abhängigkeit von der Psychomotorik werden eine hyperaktive, hypoaktive und eine gemischte Form des Delirs unterschieden (6, 9, 14, 16). Dabei stellt das hypoaktive Delir die weitaus grössere diagnostische Herausforderung dar. Das hyperaktive Delir ist gekennzeichnet durch einen gesteigerten Wachheitsgrad (Vigilanz), psychomotorische Unruhe, schnelle und laute Artikulationen, aggressives oder euphorisierendes Verhalten, inkohärentes Lachen, leichte Ablenkbarkeit, Suggestibilität, Halluzinationen und erhöhten Sympathikotonus. Das hypoaktive Delir – am häufigsten im höheren Lebensalter – ist charakterisiert durch eine Aufmerksamkeitsstörung, rarefizierte Sprachproduktion, Denkhemmung, psychomotorische Verlangsamung, Apathie und verminderte Kontaktfähigkeit. Vegetative Begleitsymptome fehlen in der Regel. Eine sichere Zuordnung gelingt oft nicht, da häufig Mischformen des Delirs mit abwechselnder oder paralleler Symptomatik vorkommen.

Im Folgenden sollen charakteristische Symptome des klinischen Erscheinungsbilds des Delirs genauer beschrieben werden.

- ❖ *Störungen des Bewusstseins.* Leitsymptom des Delirs ist die Bewusstseinsbeeinträchtigung. Die Patienten sind in ihrem Wachheitsgrad eingeschränkt und können Symptome der Benommenheit und vermehrten Schläfrigkeit bis hin zu komatösen Zuständen zeigen. Fluktuationen der Vigilanz mit schnell wechselnden Phasen von gesteigerter Wachheit bis hin zum Koma sind typisch.
- ❖ *Störungen kognitiver Funktionen.* Am häufigsten treten Aufmerksamkeitsstörungen auf. Delirante Patienten kommen einfachen Aufforderungen nicht nach, selbst wiederholte Anweisungen werden nicht befolgt oder können nicht reproduziert werden. Darüber hinaus treten Störungen des Kurzzeit- und Ultrakurzzeitgedächtnisses auf. Das situative Verständnis ist deutlich eingeschränkt. Häufig sind Orientierungsstörungen bezüglich Ort, Zeit und Person. Diese können durch illusionäre Verkennungen, Wahrnehmungsstörungen oder auch wahnhaftige Gedankeninhalte überlagert sein. Nicht selten treten Störungen der Realitätsprüfung auf, die sich in akustischen oder optischen Halluzinationen widerspiegeln. Häufig besteht eine vermehrte Suggestibilität: Der Patient nimmt den ihm angebotenen imaginären Faden auf oder kämmt sich nach Aufforderung mit dem nicht vorhandenen Kamm die Haare.
- ❖ *Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus.* Schlafstörungen und damit verbundene tageszeitliche Schwankungen der Vigilanz sind ein häufiges Symptom des Delirs. Gerade bei älteren Patienten ist eine Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus

Tabelle 1:

## ICD-10-Kriterien des Delirs nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt

Störungen des Bewusstseins	Quantitative Änderung der Bewusstseinselligkeit (Koma, Dämmerzustand), qualitative Änderung des Bewusstseins (Einengung des Bewusstseins im Affekt)
Störung kognitiver Funktionen	Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses, Wahrnehmungsstörungen (Illusionen, Halluzinationen), Störung des formalen Denkens (Denkverlangsamung und -hemmung, umständliches oder eingeeengtes Denken, Perseverationen, Grübeln, Gedankenabreissen, Neologismen), beeinträchtigte Fähigkeit zur Objektbenennung (Dysnomie), beeinträchtigte Fähigkeit, zu schreiben (Dysgrafie), inhaltsarme und zerfahrene Sprache, örtliche und zeitliche Desorientiertheit, Fehlinterpretationen, Sinnestäuschungen (Illusionen, visuelle, akustische oder sensible Halluzinationen), Suggestibilität
Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	Fluktuationen im Tagesverlauf mit nächtlicher Verschlechterung der Symptomatik, Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus, Schlaflosigkeit, unangenehmes Traumerleben (Alpträume)
Störung der Psychomotorik	Hyper- oder hypoaktive Zustände bis hin zum Stupor, vermehrte Schreckhaftigkeit, verlängertes Reaktionsvermögen
Affektive Störungen	Angststörungen, depressive Symptome, Reizbarkeit, Euphorie

zu beobachten. Darüber hinaus werden unangenehme Traumerlebnisse (z.B. Alpträume) berichtet.

- ❖ *Störung der Psychomotorik.* Die beschriebenen Störungen der Kognition und der Orientierung führen zu Verunsicherung und münden nicht selten in ein agitiertes oder gar aggressives Verhalten. Die Patienten wännen sich in vertrauter Umgebung, zum Beispiel der eigenen Wohnung, fallen jedoch durch erhöhte, reizinadäquate Schreckhaftigkeit auf und zeigen ein deutlich verzögertes Reaktionsvermögen auf wechselnde Umweltreize.
- ❖ *Affektive Störungen.* Begleitet wird das Delir von affektiver Labilität. Häufig bestehen Angstsymptome bis hin zu Todesängsten. Zusätzlich können depressive Symptome wie Apathie, vermehrte Traurigkeit, aber auch euphorische Symptome auftreten (Tabelle 1).

#### Mögliche Ursachen des Delirs

Die für das Delir charakteristische komplexe Störung von Hirnfunktionen ist unterschiedlichen ätiologischen Entitäten zuzuordnen. Zu nennen sind Intoxikationen, Medikamentennebenwirkungen, Entzugssyndrome, primäre Erkrankungen des Zentralnervensystems und sekundäre Hirnfunktionsstörungen durch metabolische, endokrinologische Erkrankungen sowie Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts (Tabelle 2). Das Risiko, ein Delir zu entwickeln, ist erhöht bei höherem Lebensalter, bei einer vorbestehenden kognitiven Störung, einer begleitenden Suchterkrankung oder bei Multimorbidität (8, 10, 16).

Da dem Delir in aller Regel eine therapiebedürftige Erkrankung zugrunde liegt, muss es als medizinischer Notfall angesehen und dementsprechend einer sofortigen diagnostischen Abklärung zugeführt werden (Tabelle 2).

#### Diagnostik

Die Diagnose Delir wird primär klinisch gestellt (8, 10). Richtungweisend ist darüber hinaus eine ausführliche Ana-

mnese beziehungsweise Fremdanamnese. Dabei spielt die Kenntnis der Vorerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Epilepsie, psychiatrische Erkrankungen, medikamentöse Therapie) eine ebenso entscheidende Rolle wie die Beurteilung der Lebenssituation (verwahrloste Wohnung, Pflege im Alterheim).

Neben der klinischen Untersuchung stehen mehrere Tests zur Verfügung (1, 5, 9). Mithilfe der Delirium Rating Scale (DRS [17]) können mit hoher Spezifität und Sensitivität valide Aussagen über das Vorhandensein eines Delirs getroffen werden (9). Dabei werden insgesamt zehn Items, die klinischen Symptomen des Delirs zugeordnet sind, entsprechend ihres Schweregrads beurteilt. Im prähospitalen klinischen Alltag sind derartige Instrumente eher weniger geeignet – hier hat die klinische Beurteilung Priorität.

#### Therapie

Neben einer symptomatischen Therapie steht die Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung im Vordergrund. Unterschieden werden allgemeine therapeutische Massnahmen und die spezifische Pharmakotherapie.

Zu achten ist zunächst auf ein optimales Behandlungsumfeld, das heisst gute Raumbelichtung, klare, ruhige Sprache, wiederholtes Ansprechen, Bezugskontinuität sowie die Anwesenheit persönlicher Dinge. Externe Reizüberflutung sollte ebenso wie ein hoher Lautstärkepegel vermieden werden. Eine Fixierung ist ausschliesslich bei eigen- und fremd-aggressivem Verhalten gerechtfertigt (9).

Bei der spezifischen Pharmakotherapie müssen Entzugsdelirien von Delirien anderer Genese abgegrenzt werden. Bei der Behandlung des Alkoholentzugsdelirs ist Clomethiazol Mittel der ersten Wahl. Die Dosierung ist abhängig vom klinischen Schweregrad; die tägliche Maximaldosis beträgt 12 Kapseln à 192 mg (11), teilweise werden Maximaldosen bis 24 Kapseln pro Tag angegeben (2). Alternativ oder in Ergänzung können Benzodiazepine (7, 11), zum Beispiel

Tabelle 2:

## Ursachen des Delirs (16)

<b>Intoxikationen</b>	Alkohol, Drogen, Schwermetalle, E605 (Parathion)
<b>Medikamentennebenwirkungen</b>	Analgetika (Morphin, Indometacin), Anticholinergika (Scopolamine, Atropin, Biperiden, Trihexyphenidyl, Cimetidin, Ranitidin), Antibiotika (Gyrasehemmer, Chloroquin, Isoniazid), Benzodiazepine, trizyklische Antidepressiva, Neuroleptika (Promethazin, Lithium), Antiepileptika (Carbamazepin), Antihistaminika (Diphenhydramin), Antiparkinsonika (L-Dopa, Biperiden, Selegilin, Amantadin), Digitoxin, Glukokortikoide, Sedativa
<b>Entzugssyndrome</b>	Alkohol, Drogen- und Medikamentenentzug
<b>Primäre Hirnerkrankungen</b>	Virale und bakterielle Meningoenzephalitiden, ischämischer Schlaganfall, intrakranielle Blutungen, hydrozephalische Erweiterungen der inneren Liquorräume, Sinusvenenthrombose, intrakranielle Tumoren, Epilepsien
<b>Sekundäre Hirnschädigungen</b>	Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts (Hyponatriämie, Exsikkose), metabolische Erkrankungen (Hypo- oder Hyperthyreose, Hypo- oder Hyperglykämie, Urämie)

Diazepam (maximal 60 mg pro Tag p.o.) oder Lorazepam (6 mg pro Tag p.o.) gegeben werden. Bei starker psychomotorischer Unruhe beziehungsweise begleitender psychotischer Symptomatik ist eine zusätzliche Therapie mit Antipsychotika, zum Beispiel Haloperidol (maximal 60 mg pro Tag p.o.), sinnvoll. Bei lebensbedrohlichen Formen sowie bei unzureichender oraler Therapie wird eine intravenöse Therapie mit Diazepam (maximal 240 mg pro Tag) und Haloperidol (maximal 30 mg pro Tag) empfohlen (11). Bei starker sympathikotoner Begleitsymptomatik kann fakultativ Clonidin (initial 0,025 mg i.v.; cave! Bradykardie, Hypotonie) eingesetzt werden.

Bei Delirien anderer Genese, speziell hyperaktiven und gemischten Formen, sind Antipsychotika Therapeutika der ersten Wahl, wobei aufgrund der klinischen Erfahrung und der existierenden Studienlage Haloperidol weiterhin hohe Präferenz genießt (10). Auch hier erfolgt die Dosierung abhängig vom klinischen Schweregrad (1–2 mg alle 2–4 h). Bei älteren Patienten ist eine Dosisreduktion (0,25–0,5 mg alle 4 h) zu berücksichtigen.

Zum Einsatz atypischer Neuroleptika bei deliranten Syndromen gibt es bis jetzt wenige Daten, jedoch Hinweise auf eine mit Haloperidol vergleichbare Wirksamkeit. Zum Einsatz kommen Risperidon (2-mal 0,5 mg pro Tag p.o.) und Olanzapin (1-mal 2,5–5 mg pro Tag p.o.). Auf den Einsatz von Benzodiazepinen sollte bei älteren Patienten aufgrund einer potenziell paradoxen Wirkung möglichst verzichtet werden.

### Zusammenfassung

Das Delir ist mit zunehmendem Alter der Patienten ein häufiges Syndrom. Die Diagnose wird ausschliesslich klinisch gestellt. Die Prognose ist abhängig von einer frühzeitigen Diagnosestellung und Einleitung therapeutischer Massnahmen. Der Behandlungserfolg ist immer gekoppelt an die kausale Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung. Bei ausbleibender oder zu verzögerter Therapie können dauerhafte kognitive Störungen resultieren (12, 13, 15). Jedes

delirante Syndrom ist daher als medizinischer Notfall zu betrachten und einer sofortigen stationären Diagnostik und Therapie zuzuführen. ❖

### Korrespondenzadresse:

**Dr. med. Carsten Hobohm**  
 Klinik und Poliklinik für Neurologie  
 Department für Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie  
 Universitätsklinikum Leipzig AöR  
 D-04103 Leipzig

Interessenkonflikte: keine deklariert

Literatur unter [www.allgemeinarzt-online.de/downloads](http://www.allgemeinarzt-online.de/downloads)

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 16/2010.  
 Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.