

Eine der häufigsten psychischen Erkrankungen

Delir beim älteren Patienten

Das Delir gehört zu den häufigsten Erkrankungen von alten Menschen. Aufgrund der weitreichenden Auswirkungen auf das Individuum und die Gesellschaft ist es wichtig, ein Delir rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Ältere Patienten haben ein besonders hohes Risiko, während eines Spitalaufenthaltes ein Delir zu entwickeln. Manchmal ist ein Delir das einzige Symptom einer akuten, schweren Erkrankung. Aus diesem Grunde ist es besonders wichtig, das Krankheitsbild Delir zu kennen, um entsprechende Untersuchungen gezielt durchzuführen und eine multimodale Therapie einzuleiten.

Ein Delir kann generell in jedem Alter auftreten, am häufigsten aber nach dem 60. Lebensjahr. Das Syndrom ist assoziiert mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität, längerer Hospitalisationsdauer, sowie mit Einbussen der Funktionalität, welche bis zum Verlust der Selbständigkeit führen können. Wissenschaftlich sind Inzidenz und Prävalenz bei akut Hospitalisierten sehr gut belegt (1, 2). Bei Bewohnern aus stationären Pflegeeinrichtungen gibt es dagegen nur wenige epidemiologische Daten.

Ein Delir belastet nicht nur den Patienten, sondern auch das Gesundheitssystem. In den Vereinigten Staaten verursacht ein wegen Delir hospitalisierter Patient etwa 2,5 Mal mehr Kosten als ein Patient ohne Delirentwicklung. Dies entspricht Mehrausgaben von ungefähr 60'000 bis 65'000 Dollar für einen deliranten Patienten pro Jahr (3).

Erscheinungsformen

Bei einem Delir werden drei Subtypen unterschieden: Erstens die hyperaktive Form, welche mit einer erhöhten Selbst- und Fremdgefährdung und einem erhöhten Sturzrisiko einhergeht. Zweitens das hypoaktive Delir mit reduzierter Motorik und Apathie, das bei zusätzlicher Malnutrition mit einem erhöhten Dekubitus-Risiko assoziiert ist. Drittens die gemischte Form mit wechselndem Verlauf mit hyperaktiven und hypoaktiven Anteilen (4).

Risikofaktoren

Die Risikofaktoren des Delirs können in auslösende Faktoren (Tab.1) und prädisponierende Faktoren (Tab. 2) aufgeteilt werden, auch wenn gewisse Überschneidungen bestehen. Nur die auslösenden Faktoren lassen sich teilweise beeinflussen. Für den Alltag bedeutet dies, dass ein Patient mit vielen prädisponierenden Faktoren ein hohes Risiko für die Entwicklung eines Delirs hat (5).

Diagnostik

Leider bleibt ein Delir während des Spitalaufenthaltes oft unerkannt. Das kann viele Gründe haben. Häufig halten die Betreuenden die Symptome für eine dementielle Entwicklung oder eine Depression. Manche sehen es nicht als Krankheit oder potenziellen Notfall, sondern nehmen es als Symptom hin, das „zum Alter gehört“.



Dr. med. Martina Hafner
Basel

Ein Delir ist gekennzeichnet durch 1. Störung des Bewusstseins, 2. Störung der kognitiven Funktionen, 3. plötzlichen Beginn und fluktuierenden Verlauf, 4. Hinweis auf organische Ätiologie. Im Prinzip ist es reversibel (6).

Über Jahre wurden für das Symptom Delir in der Literatur verschiedene Begriffe verwendet, wie „akute Verwirrtheit“, „akute organische Psychose“, „akuter exogener Reaktionstyp nach Bonhoeffer“, „Durchgangs“- oder „Übergangssyndrom“. Erst mit der Vereinheitlichung der Klassifikation mittels ICD-10 und DSM-IV kam es zum heute verwendeten Begriff. Um die Diagnose zu stellen, können sowohl die ICD-10 als auch die DSM-IV Klassifikation angewendet werden. Die beiden Klassifikationssysteme unterscheiden sich in wenigen Aspekten. Während die ICD-10

TAB. 1 Delir auslösende Faktoren

- ▶ Akute Erkrankung:
 - Infektion (Harnwegsinfekt, Pneumonie, Sepsis)
 - Myokardinfarkt, kardiale Dekompensation
 - Obstipation
 - Anämie
 - Dehydratation
- ▶ Primär neurologische Erkrankungen
 - Zerebrovaskulärer Insult
 - Intrakranielle Blutung
 - Meningitis, Enzephalitis
 - Epilepsie
- ▶ Iatrogene Komplikationen
- ▶ Schmerzen
- ▶ Metabolische Entgleisung
 - Elektrolytentgleisung, Hypo-/Hyperglykämie
 - Säure-Base-Störungen
 - Hypo-/Hyperthyreose, Hypo-/Hyperthyreoidismus, Addison-Krise
- ▶ Medikamente
 - Alkohol-/Benzodiazepin-Entzug, paradoxe Wirkung von Sedativa
 - anticholinerge oder dopaminerge Medikation
 - Opiate
- ▶ Operationen
- ▶ Epileptisches Ereignis / nicht-convulsiver Status
- ▶ Umgebungsfaktoren
 - Blasenkatheter
 - Intensivstation
 - Stress, Fixierungsmassnahmen

TAB. 2 Prädisponierende Faktoren für ein Delir

- ▶ Kognitiver Status:
 - eingeschränkte Kognition
 - Demenz
 - Stattgehabtes Delir
 - Depression
- ▶ Alter >65 Jahre, männliches Geschlecht
- ▶ Malnutrition/Dehydratation
- ▶ Alkoholabhängigkeit
- ▶ Komorbiditäten:
 - Chronische Leber- oder Niereninsuffizienz
 - Stattgehabter zerebrovaskulärer Insult
 - Neurologische Vorerkrankung
 - Schwere Erkrankung, multiple Vorerkrankungen
 - Frakturen oder Trauma
 - Terminale Erkrankung
 - Metabolische Störung
- ▶ Medikamente:
 - Polymedikation
 - Psychopharmaka
- ▶ Funktioneller Status:
 - Obstipation
 - Immobilität, Abhängigkeit von Hilfe im täglichen Leben
 - Frailty, rezidivierende Stürze
 - Schmerzen
 - Seh-/Hörstörung
- ▶ Wenig soziale Kontakte
- ▶ Schlafentzug

Delirien nach ihrer Komplexität und dem Schweregrad erfasst und einteilt, beschränkt sich das DSM-IV auf die neuropsychologischen Hauptsymptome des Delirs. Dies kann zur Folge haben, dass mit der ICD-10 seltener ein Delir diagnostiziert wird.

Hat man bei einem Patienten aufgrund der Symptome den Verdacht auf ein Delir, sollte als weiterer diagnostischer Schritt die „Confusion Assessment Method“ (CAM) angewendet werden. Die CAM besitzt eine hohe Sensitivität (94–95%) und Spezifität (90–95%) (Tab. 3) (7).

Nachfolgend kann die Diagnose dann über die ICD-10 oder DSM-IV gesichert werden. Es ist nicht wissenschaftlich belegt, ob psychometrische Tests wie der Mini-Mental-State Examination (MMSE) und der Uhrentest bei der Diagnose eines Delirs nützen. Die Tests können aber helfen, kognitive Störungen zu erkennen und eignen sich als Verlaufsparemeter.

Ist die Diagnose Delir anhand der CAM gesichert, sollte der Auslöser gesucht werden. Neben Anamnese und klinischer Untersuchung ist eine Fremdanamnese unerlässlich. Der Schwerpunkt der Anamnese liegt bei Vorerkrankungen, vorbestehenden kognitiven Einbussen, Medikamenten, Alkoholkonsum, funktionellen und sensorischen Defiziten wie Seh- und/oder Hörstörung. Bei der klinischen Untersuchung muss besondere Beachtung auf neurologische Ausfälle, Bewusstseinsgrad, klinische Anhaltspunkte für einen Infekt (z.B. Lungenbefund, Meningismus, Integument, Rachen, Gelenke, neues Herzgeräusch) und die kardiopulmonale Kompensation gelegt werden.

Da das Delir häufig das einzige Symptom einer akuten Erkrankung ist, gehört eine erweiterte Diagnostik mit Labor (Blutbild,

CRP, Elektrolyte, inklusive Kalzium, Leberparameter, Kreatinin, Glukose, TSH), Urinstatus und EKG dazu. Die Zusatzdiagnostik sollte anhand der Verdachtsursache für das Delir gezielt eingesetzt werden. Eine Bildgebung des Gehirns (meist Computertomographie) ist beispielsweise indiziert bei Nachweis von fokal-neurologischen Ausfällen, Verwirrtheit nach Sturz, Schädelhirntrauma oder Hirndruckzeichen. Ein EEG sollte angeordnet werden bei Verdacht auf einen nicht-convulsiven Status epilepticus. Eine Lumbalpunktion sollte man durchführen bei Verdacht auf eine Meningitis oder Enzephalitis.

Multimodales Therapiekonzept des Delir

Bei nachweislichem Delir sollte nun das entsprechende multimodale Therapiekonzept eingeleitet werden.

Zunächst sollte der delirauslösende Faktor behandelt werden. Das heisst zum Beispiel Optimierung der Schmerztherapie, Ausbau der Herzinsuffizienztherapie oder Antibiotika bei Harnwegsinfekt.

An zweiter Stelle steht die nichtpharmakologische Therapie, die auch in der Prävention einen hohen Stellenwert hat (5, 8). Etwa 30–40% aller Delirien können damit vermieden werden (6).

Hierbei sind pflegerische Massnahmen besonders wichtig: Klare Erklärungen und Anweisungen, Korrektur von Fehlsichtigkeit und Hörschwäche, strukturierter Tagesablauf und möglichst wenige Wechsel des Personals, korrekte Hydratation und Ernährung. All das kann Delirien verhindern oder zumindest deren Verlauf mildern. Sobald als möglich sollte der Patient mobilisiert und von Drainagen, Kathetern oder ähnlichem befreit werden. Auf Zwangsmassnahmen wie Fixierung oder Bettgitter sollte wenn möglich verzichtet werden, da dies zu Komplikationen führen kann: Verletzungen, Stürze oder sogar Komplikationen, die zum Tode führen können.

Pharmakologische Massnahmen

Zur pharmakologischen Therapie des Delirs gibt es leider wenige Daten (Tab. 4) (5, 9, 10).

Neuroleptika

Haloperidol ist mit seiner antidopaminergen Wirkung ein wirksames und für die Diagnose Delir zugelassenes Medikament. Die Indikation für Haloperidol vor allem bei Dosierungen über 1,5 mg/Tag wird durch das Auftreten von extrapyramidalen Störungen eingeschränkt. Atypische Neuroleptika wie Risperidon, Olanzapin oder Quetiapin zeigen diese unerwünschte Wirkung weniger oder nicht. Sie besitzen in der Schweiz offiziell keine Indikation für die Therapie des Delirs und es handelt sich, wenn diese angewendet werden, somit um ein off-label use. Atypische Neuroleptika und parenterales Haloperidol führen zu einer Verlängerung der QT-Zeit und es besteht ein erhöhtes Risiko für einen zerebralen Insult bei dementen Patienten (6). Aus diesem Grunde sollten Neuroleptika zeitlich begrenzt eingesetzt werden.

Benzodiazepine

Die Gabe von Benzodiazepinen wie Lorazepam, Diazepam oder Midazolam muss kritisch abgewogen werden, da diese Substanzen selbst Delirien auslösen können. Bei Patienten mit psychiatrischer Vorgeschichte und bei Alkoholentzug sind sie jedoch zu erwägen.

Prophylaxe

Patienten über 65 Jahre sollten, falls sie elektiv oder notfallmässig hospitalisiert werden, auf ihr Risiko für die Entwicklung eines Delirs untersucht werden. Hierfür ermittelt man, welche Risikofaktoren der Patient hat und führt MMSE und Uhrentest durch. Ist einer der beiden Tests auffällig oder besitzt der Patient viele Risikofaktoren, sollten zunächst die nicht-pharmakologischen Massnahmen der Delirtherapie umgesetzt werden. Eine medikamentöse Prophylaxe mit Haloperidol über 3–5 Tage kann versucht werden. Es konnte nachgewiesen werden, dass Patienten unter medikamentöser Prophylaxe kürzere und weniger schwere Delirien hatten. Die Inzidenz liess sich aber nicht beeinflussen (9).

Aufgrund der weitreichenden Auswirkungen der geschilderten Delirsymptomatik auf das Individuum und die Gesellschaft ist es wichtig, ein Delir rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Dr. med. Martina Hafner

Akut Geriatrische Universitätsklinik/Memory Clinic
Petersgraben 4, 4031 Basel
hafnerma@uhbs.ch

Literatur:

1. Gillick MR, Serrell NA, Gillick SL. Adverse consequences of hospitalization in the elderly. Soc Sci Med 1982; 16: 1033-38.
2. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients. Clin Geriatr Med 1998;14:745-64.
3. Leslie DL, Marcatonio ER, Zhang Y, et al. One-Year Health Care Cost associated with delirium in the elderly population. Arch Intern Med. 2008;168:27-32.
4. O'Keefe ST. Clinical subtypes of delirium in elderly. Dement Geriatr Cogn Disord 1999;10:380-385.
5. Inouye SK. Delirium in older person. N Engl J Med 2006;354: 1157-65.
6. Fong T.G., S.R. Tulebaev, and S.K. Inouye, Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Nat Rev Neurol, 2009;5: 210-20.
7. Inouye SK, van Dyck CH, et al.: Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method, a new method für detection of delirium. Ann Intern Med;113:941-948.
8. Hasemann W, Kressig RW, Ermini-Fünfschilling D, Pretto M, Spirig R. Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien. Pflege. 2007;20:191-204.
9. Kalisvaart KJ, de Jonghe JF, et al.: Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. J Am Geriatr Soc 2005;53:1658-66.
10. Devlin JW, Roberts RJ, Fong JJ, Skrobik Y, Riker RR, Hill NS, et al. Efficacy and safety of quetiapine in critically ill patients with delirium: a prospective, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. Crit Care Med. 2010;38(2):419–27.

Take-Home Message

- ◆ Oft ist das Delir das einzige Symptom einer akuten, schweren Erkrankung
- ◆ Das Delir bei älteren Patienten ist assoziiert mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität
- ◆ Bei einem Delir sollte ein multimodales Therapiekonzept eingesetzt werden
- ◆ Um die Inzidenz des Delir zu senken sollten bei älteren Patientinnen und Patienten die Risikofaktoren für ein Delir erhoben werden, um die prophylaktischen Massnahmen auszuschöpfen.

ABB. 1 3 CAM

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KURZVERSION ARBEITSBLATT

MITARBEITER: _____ DATUM: _____

I. AKUTER BEGINN UND FLUKTUIERENDER VERLAUF **BOX 1**

a) Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung im Grundzustand des mentalen Status des Patienten? Nein _____ Ja _____

b) Fluktuierte das (veränderte) Verhalten während des Tages, d.h. hatte es die Tendenz aufzutreten und wieder zu verschwinden oder wurde es stärker und schwächer? Nein _____ Ja _____

II. AUFMERKSAMKEITSTÖRUNG **Nein _____ Ja _____**

Hadte der Patient Schwierigkeiten seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, z.B. war er leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen?

III. FORMALE DENKSTÖRUNG **Nein _____ Ja _____**

War der Gedankenablauf des Patient desorganisiert oder zusammenhanglos, wie Gefasel oder belanglose Konversation, unklarer oder unlogischer Gedankenfluss, oder unerwartete Gedankensprünge?

IV. VERÄNDERTE BEWUSSTSEINSLAGE **Nein _____ Ja _____**

Wie würden Sie die Bewusstseinslage des Patienten allgemein beschreiben?

– Wach - Alert (normal)

– Hyperalert (Überspannt)

– Somnolent - (schläfrig, leicht erweckbar)

– Soporös - Stuporös (erschwert erweckbar)

– Koma - (nicht erweckbar)

Wurden Kriterien in dieser Box angekreuzt? Nein _____ Ja _____

Werden alle Kriterien in Box 1 und zumindest ein Kriterium in Box 2 angekreuzt, kann auf die Diagnose eines Delirs geschlossen werden

Inouye SK et al, Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. A New Method for Detection of Delirium. Ann Intern Med. 1990; 113:941-8.

TAB. 3 Medikamente

Medikament	Dosierung	Kommentar
Akuttherapie		
Haloperidol	0,5–1 mg p.o./i.m. (alle 4 h p.o. oder alle 4 h i.m.)	Max. Wirkung nach 4–6h, UAW: extrapyramidale Symptome, QT-Zeit-Verlängerung
Atypische Neuroleptika1 (off-label use in CH) ▶ Risperidon ▶ Olanzapin ▶ Quetiapin	0,5–1 mg/d 2,5–5 mg/d 25–50 mg/d	UAW: QT-Zeit-Verlängerung, geringe extrapyramidale Symptome
Benzodiazepine ▶ Lorazepam	0,5–1 mg p.o. (alle 4 h)	Psychiatrische Patienten und Alkoholentzugsdelir, kann Delir auslösen
Prophylaxe		
▶ Haloperidol	Wie in Akuttherapie	Evtl. zur Vermeidung von postoperativen Delirien