

Delir

Prävention · Früherkennung · Behandlung

Ein Ratgeber für Ärzte, Pflegepersonal,
Patientenkoordinatoren und Einzelbetreuende

Autoren: Dr. Gabriele Brasse und Dr. Markus Windeck

Hintergrund: Das Delir ist ein klinisches Syndrom, welches eine häufige Komplikation während eines stationären Aufenthaltes darstellt.

Die Inzidenz für das Delir des älteren Menschen wird im stationären Rahmen auf 29-64 % geschätzt, auf Intensivstationen geht man von einem Prozentsatz von bis zu 90 % aus. Bis zu 85 % der Palliativpatienten entwickeln ein Delir.

Definition Delir

1) Diagnose-Kriterien (alle erforderlich) nach ICD 10

- Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit
- Störung der Wahrnehmung (Gedächtnis, Orientierung) und des Denkens
- Psychomotorische Störungen
- Störung Schlaf-Wach-Rhythmus
- Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf
[prolongierte Delirien sind (teils sogar über Monate) möglich]
- Nachweis einer organischen Grundlage

2) Unterformen

- Hypoaktiv – eher bei Menschen mit kognitiven Funktionseinschränkungen
- Hyperaktiv – häufiger im Kontext mit Intoxikation/Entzug
- Gemischt hyper-hypoaktiv

Im **Gegensatz zur Demenz** setzt das Delir plötzlich ein und dauert eine relativ kurze Zeit (Tage bis Wochen) an. Beim Delir gibt es außerdem eine schwerwiegendere Störung der Aufmerksamkeit und mehr Fluktuation im Bewusstseinsniveau als bei der Demenz.

Diese Broschüre

- stellt das Krankheitsbild vor
- umreißt den Risikopatienten
- erläutert präventive Maßnahmen
- stellt Diagnosekriterien und ein Instrument zur Erkennung und zum Monitoring vor (CAM ICU)
- nennt therapeutische Maßnahmen - medikamentöse und nicht-medikamentöse

Wer ist der Risikopatient im Krankenhaus?

Alter > 65 Jahre
Multimorbidität
Polypharmazie
Malnutrition
Vorbestehende kognitive Störung
Störung von Hören/Sehen
Vorherige körperliche Abhängigkeit/Funktionseinschränkung
Körperlich/seelisches Trauma im Vorfeld

Typische Auslöser

Umgebungswechsel/Umgebungsfaktoren allgemein
Fehlende Hilfsmittel (Brille/Hörgeräte)
Verlust engster Bezugspersonen/Pflege durch Fremde
Entzug von Alkohol oder Medikamenten (Schmerz-, Beruhigungs-, Schlafmittel)
Infekt
Dehydrierung, Elektrolytentgleisung
Hypotonie, Herzinsuffizienz
Schlafentzug
Anlage Blasenkatheter/Magensonde/Fixierung
Sturz (+/- Frakturfolge)
Schmerz
Prodelirogene Medikation
Hypoxie/OP/Narkose
Primäre ZNS-Erkrankung

Prodeliriogene Medikamente

Prinzipiell **alle anticholinerg** wirksamen Medikamente
Analgetika: zentral, aber auch peripher wirksame wie NSAR
Antihistaminika
Antihypertensiva: Clonidin, Hydralazin, Propranolol, Reserpin
Antibiotika: Gyrasehemmer, Chinolone, Gentamycin, Isoniazid
Parkinsonmedikation
Urologika, iW Medikamente gegen Inkontinenz
Digitalis, Diuretika, Katecholamine
Insulin, Sulfonylharnstoffe
Tranquilizer, Antidepressiva, Neuroleptika, Hypnotika
H2-Blocker
Steroide

Diagnostik

- 1) **Suche nach** o. g. Auslösern
- 2) **Labordiagnostik:** Regelmäßig Kontrolle von BB, Na, K, CRP, Krea, Harnstoff, Leberwerten, CK, TSH, fT3, fT4, Calcium, Phosphat, Vit B12 und Folsäure.
- 3) **Bildgebung:** CCT v. a. bei neu auftretenden Auffälligkeiten oder fokal-neurologischem Defizit natürlich auch wiederholt bzw. als weiterführende Diagnostik.
- 4) **Anamnestiche Informationen:**
Fremdanamnestiche Informationen sind erforderlich!
- 5) **Indikationsprüfung für o.g. Auslöser-Medikation**, ggf. Rücksprache mit behandelndem Arzt/zuständiger Fachabteilung

Screening Instrument: CAM – Confusion Assessment Method (Inouye, 1990)
(Formular siehe Anhang)

1. Akut veränderter geistiger Zustand und fluktuierender Verlauf
2. Störung der Aufmerksamkeit
3. Denkstörung (desorganisiertes Denken)
4. Bewusstseinsstörung (Vigilanzstörung)

Diagnosestellung eines Delirs bei Erfüllung der Kriterien 1 + 2 (obligatorisch) sowie 3 und/oder 4

Therapie

Wir unterscheiden

- Prävention
- Behandlung der Grunderkrankung und auslösender Faktoren
- Symptomatische medikamentöse und nicht medikamentöse Therapie

Beispiele präventiver Interventionen

Kognitive Störung/ Desorientiertheit	Reorientierende Maßnahmen, Verzicht auf häufige Zimmerwechsel, Kalender, Uhr, Besuch, Einbeziehung von Angehörigen, Kommunikationshilfen
Dehydrierung	Trinkprotokoll, ggf. Infusionstherapie
Hypoxie	Ggf. Sauerstoffgabe
Immobilität	Regelmäßige Mobilisierung in den Stuhl, frühe Physiotherapie
Infektion	Behandlung Infekt, vermeiden Fremdmaterial, Blasenkatheter ziehen
Schmerz	Schmerzprotokoll, suffiziente Analgesie
Polypharmazie	Überprüfen der Medikation, Berücksichtigung der PRISCUS-Liste (http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf)
Malnutrition	Regelmäßige Ernährung sichern, ggf. Nahrung anreichern, ggf. NRS (= Nutritional Risk Scale) anwenden
Sensorische Deprivation	Brille, Hörgeräte, Prothesen auf- bzw. einsetzen
Schlafstörung	Stressreduktion, Sicherung der Nachtruhe, Vermeiden pflegerischer und medizinischer Maßnahmen nachts

Medikation

Keine standardisierte Empfehlung für die medikamentöse Therapie an dieser Stelle

Folgende **generelle Empfehlungen**:

Zunächst **Überprüfung Polypharmazie** und Absetzen prodelirogener Medikamente, sofern vertretbar

Geriatrischer Patient **„start low, go slow“**: mit niedriger Dosierung beginnen

Unruhige, **schlafgestörte Patienten**: Einsatz niedrig dosierter niedrigerpotenter Neuroleptika (z. B. Pipamperon)

Hyperaktive, „unruhige Patienten“, **Vollbild** hypermotorisches Delir: kurzzeitiger Einsatz atypischer, hochpotenter Neuroleptika (z. B. Risperidon, Quetiapin, bei notwendiger i. m.-Gabe: Haloperidol) vertretbar

Zurückhaltender Einsatz von Benzodiazepinen beim geriatrischen Patienten

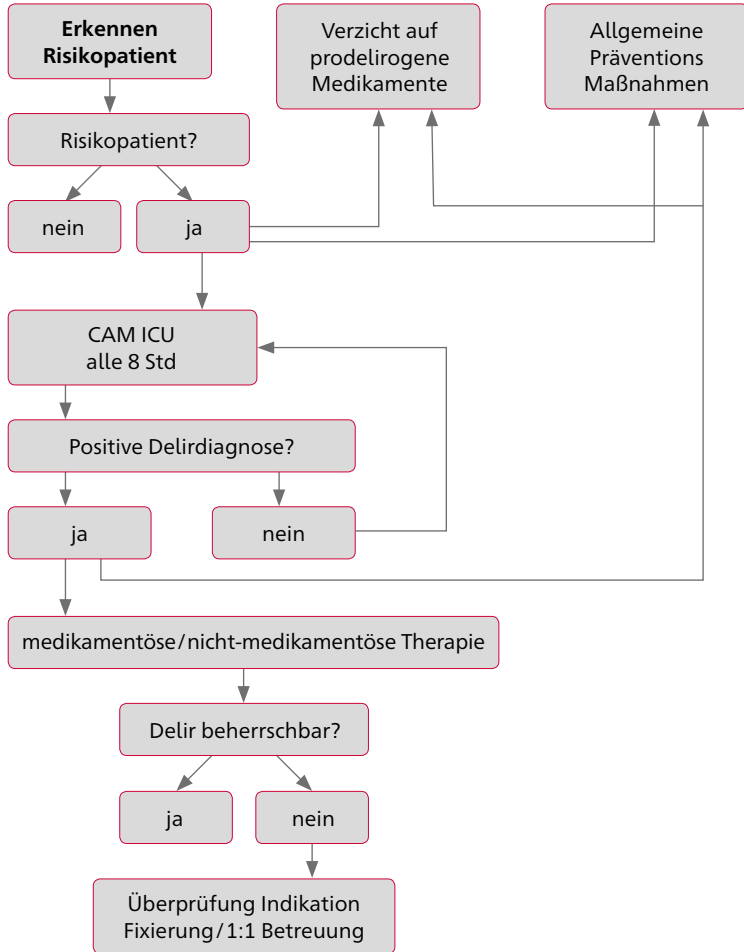
Sonderfall Entzugssyndrom: vordergründig Therapie mit Benzodiazepinen

Sonderfall M. Parkinson: möglichst kein Neuroleptikaeinsatz, Ausnahme: Quetiapin, Clozapin

Bei **hypoaktivem Delir** ist die Behandlung mit Neuroleptika i.d.R. nicht indiziert

Cave: **QTc-Zeit-Verlängerung durch Neuroleptika-Gabe**

Delir – Früherkennung und Behandlung



CAM ICU – Arbeitsblatt

Die Confusional Assessment Method (CAM) ist ein validiertes und standardisiertes Instrument zur Früherkennung und Verlaufsbeurteilung des Delirs. (Copyright © 2002, E. Wesley Ely, MD, MPH und Vanderbilt University, all rights reserved)

I Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf a) Gibt es Hinweise auf eine akute psychische Veränderung gegenüber dem Ausgangsbefund	positiv	negativ
II Aufmerksamkeitsstörungen Hat der Patient Mühe sich zu konzentrieren? Ist er z. B. leicht ablenkbar oder hat er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen? → Positiv wenn Score (ANANASBAUM) < 8 Test: ANANASBAUM ASE Buchstaben Anleitung: Sagen Sie dem Patienten: „ich lese ihnen jetzt hintereinander einige Buchstaben vor. Wenn Sie ein „A“ hören, drücken Sie meine Hand.“ Dann nacheinander die folgenden Buchstaben in normaler Lautstärke vorlesen A N A N A S B A U M Einstufung: als Fehler wird gewertet, wenn Pat bei einem A die Hand nicht drückt und wenn Pat die Hand bei einem anderen Buchstaben als dem „A“ drückt. Score (von 10) ____	positiv	negativ
	Score < 8	Score ≥ 8
Box 1		

III Denkstörungen Ist das Denken des Patienten desorganisiert oder inkohärent? → Positiv wenn Summe aus Score IIIa und IIIb < 4 IIIa Test: Logikfragen (entweder Set 1 oder 2 anwenden, 1 Pkt für jede richtige der 4 Antworten, maximal 4) 1. Schwimmt der Stein auf dem Wasser? 1. Schwimmt eine Ente auf dem Wasser? 2. Gibt es Fische im Meer? 2. Leben Elefanten im Meer? 3. Wiegt ein Kilo mehr als zwei Kilo? 3. Wiegen zwei Kilo mehr als ein Kilo? 4. Kann man mit einem Hammer Nägel in die Wand schlagen? 4. Kann man mit einem Hammer Holz sägen? Summe ____ (max 4)		
IIIb Test Aufforderung Sagen Sie dem Pat.: „Halten Sie so viele Finger hoch“, (Untersucher hält 2 Finger hoch), „jetzt machen Sie dasselbe mit der anderen Hand“ (ohne dass erneut die Anzahl der gewünschten Finger genannt wird). Falls Pat. nicht beide Arme bewegen kann, wird für den 2. Teil der Frage die Anleitung „fügen Sie einen Finger hinzu“ gegeben. Summe ____ (max. nur 1 Punkt, wenn Pat. alle Anleitungen vollständig ausführen kann) Summe IIIa und IIIb ____ (von 5)	positiv	negativ
	Score < 4	Score ≥ 4

VI Veränderter Bewusstseinszustand → Positiv wenn der aktuelle RASS von Null verschieden ist Die „Richmond Agitation and Sedation Scale“ RASS +4 sehr streitlustig gewalttätig, unmittelbare Gefahr für das Personal +3 sehr agitiert Aggressiv, zieht Drainagen und Katheter heraus +2 agitiert häufige ungezielte Bewegungen, kämpft gegen das Beatmungsgerät +1 unruhig ängstlich, aber Bewegungen nicht aggressiv oder heftig 0 aufmerksam, ruhig -1 schläfrig nicht ganz aufmerksam, aber erweckbar auf Ansprache (Augenöffnen und Augenkontakt ≥ 10 sec) -2 leichte Sedierung kurzes Erwachen, Augenkontakt auf Ansprache < 10 sec. -3 mäßige Sedierung Bewegung oder Augenöffnen auf Ansprache, aber kein Augenkontakt -4 tiefe Sedierung Keine Reaktion auf Ansprache, aber Bewegung oder Augenöffnen durch Berührung -5 nicht erweckbar Keine Reaktion auf Ansprache oder Berührung	positiv	negativ
	RASS ≠ 0	RASS = 0
Box 2		

Diagnosekriterien für Delir sind erfüllt wenn a) in Box 1 beide Antworten positiv sind und b) in Box 2 mindestens ein positiv angekreuzt ist		
Beurteilung Delir	positiv	negativ