

Verwirrung im Heim

# Wichtiges zum Delir

René Kuhn

Zentrum für Pflege und Betreuung Reusspark, Niederwil

Beim Delir handelt es sich um ein Multikomponenten-Problem. Dies macht die Diagnostik und eine korrekte Behandlung so schwierig.

## Definition

Eine akute Verwirrung wird Delir genannt. Delir kommt von *de lira*, was lateinisch *aus der Spur, Furche* bedeutet. Das Delir ist von anderen Verwirrungszuständen zu differenzieren. Eine akute situative Verwirrung ist ein normaler Vorgang und schnell, durch sofortige Orientierung, gelöst. Der chronische Verwirrheitszustand wird als Demenz definiert und muss mindestens sechs Monate bestehen, um so genannt werden zu können.

Definiert wird das Delir sowohl im DSM IV als auch im ICD 10:

DSM-IV

- Bewusstseinsstörung mit
  - Gestörter Aufmerksamkeit
  - Veränderung der kognitiven Fähigkeit
  - Wahrnehmungsstörung
- Entwicklung innerhalb von Stunden
  - Ausprägung fluktuiert im Tagesverlauf

ICD 10

- F05 Delir
- nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt.

Das Delir ist ein ätiologisch unspezifisches hirnganisches Syndrom, das charakterisiert ist durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Dauer ist sehr unterschiedlich und der Schweregrad reicht von leicht bis zu sehr schwer.

Sehr wichtig ist die Tatsache, dass wir drei verschiedene Subtypen [1] des Delirs unterscheiden (Tab. 1). Wobei zu beachten ist, dass das häufig auftretende, hypoktive Delir oft nicht erkannt oder gerne übersehen wird.

## Ursachen

Bei den Ursachen müssen wir die prädisponierenden und auslösenden Faktoren beachten. Zu den Risikofaktoren gehören die häufig vorkommenden Diagnosen der Polymorbidität, Polymedikation, Demenz, Alter über 65 Jahre, Stress und der Status nach Delir, um die häufigsten zu nennen. Die häufigsten Risikofaktoren und Auslöser sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Diese Liste kann noch mit vielen weiteren auslösenden Problemfaktoren ergänzt werden. Denn sehr viele Situationen, die für uns Berufstätige zum normalen Alltag gehören, können ein Delir hervorrufen.

Tabelle 1: Delir-Subtypen.

Hyperaktiv	Gemischt	Hypoaktiv
15–30%	40–50%	20–70%
Beste Prognose	Ungünstige Prognose	Ungünstige Prognose
Entzug		Metabolische Störungen
Intoxikation		Alter >80
Bei vorbestehender Demenz?		Halluzinationen

Tabelle 2: Risikofaktoren und Auslöser eines Delirs.

Risikofaktoren/Gebrechlichkeit	Auslöser/Verletzungen
Sehchwäche	Mechanische Fixierung
Komorbidität	Metabolische Entgleisung
Demenz/Depression/Status nach Delir	Hypoxämie
Dehydratation/Malnutrition	Medikamente
Alter über 65	Blasenkatheter
Schlafentzug/Stress	Jegliche Art von med. Eingriff
Medikamente	Schmerz
	Akute Krankheit (HWI/Anämie)
	Unscheinbare Veränderungen (Fehlen einer Brille oder einer Uhr)
	Unruhige Atmosphäre
Hohes Risiko 3–4	3 Hohe Gefährdung
Mittleres Risiko 1–2	1–2 Mittlere Gefährdung
Geringes Risiko 0	0 Geringe Gefährdung

Hohes Risiko und hohe Gefährdung lösen bei 67–99% der Patienten ein Delir aus. Die Reduktion der Auslöser auf eine mittlere Gefährdungstufe halbiert die Wahrscheinlichkeit eines Delirs (Modifiziert nach [20]).

## Folgen

Alle kennen das Delir, doch wird es nur selten als solches diagnostiziert und oft unterschätzt. In einer eigenen Erhebung von 2014 wurde bei 144 neu eintretenden Patienten nur gerade bei 3% das Delir diagnostiziert. Die Nichtdiagnose wird in der Literatur bis 70% beziffert. Auf einer medizinischen Abteilung im Spital liegt die Häufigkeit bei 14–56%. [2] In den Langzeiteinrichtungen liegt die Häufigkeit bei 20–30%. [3], postoperativ und auf Intensivstationen bei über 50% [4]. In der Palliativsituation wird das Auftreten sogar mit 85% beziffert [5].

Die Bedeutung einer korrekten Diagnosestellung wird aufgrund der schwerwiegenden Folgen ersichtlich. So liegt die Mortalität im Spital ohne Delir bei 1–8%, bei deliranten Patienten jedoch bei 14–37% [6]. Auch sechs Monate und ein Jahr danach war die Mortalität beim Delir doppelt so hoch wie bei nicht deliranten Patienten. Neben dieser markant erhöhten Mortalitätsrate war auch die nachfolgende Institutionalisierung in eine Langzeitpflege doppelt so hoch. Für negative Langzeitfolgen sorgt zudem, dass das Delir ein Risikofaktor für die Demenz darstellt, ja oft in eine Demenz übergeht [7]. Kurzfristig wird durch das Delir die Hospitalisationszeit verdoppelt, und die ganze Situation ist für die Pflegenden und insbesondere auch für die Angehörigen sehr belastend. In den USA beliefen sich die Folgekosten für das Delir auf 152 Milliarden Dollar [8] und in der Schweiz im Jahr 2017 auf 926 Million Franken [9] (Tab. 3).

**Tabelle 3:** Auswirkungen eines Delirs.

<b>Kurzfristig</b>
Belastung für
– Patienten
– Pflegende
– Angehörige
Verlängerung Hospitalisation
<b>Langfristig</b>
– Demenz
– Institutionalisierung
– Mortalität
<b>Kosten</b>
– USA 2004: US\$ 2'500 pro Patient

## Diagnose

Das Erkennen eines Delirs ist eine grosse Herausforderung. Dies zeigt sich auch darin, dass seit 1997 in der Literatur 61 Skalen beschrieben wurden. Die Bandbreite und Unsicherheit in den Assessments ist gross und führt zu keiner klaren Handlungsweise. In zwei gros-

sen Übersichtsarbeiten konnten keine eindeutigen Empfehlungen gegeben werden [10, 11]. Aus meiner Sicht hat sich Folgendes bewährt:

### Daran denken ist das Wichtigste

In der Akutklinik gelangen oft die Assessments DOS (*Delirium Observation Screening Scale*) und CAM (*Confusion Assessment Method*) zur Anwendung. In den Langzeiteinrichtungen sollen die vorhandenen Instrumente berücksichtigt werden. So gibt uns RAI-RUG (*Resident Assessment Instrument-Resource Utilization Groups*) in der Auswertung klare Hinweise. Aber auch Monate oder Wochentage rückwärts aufzagen gibt einen guten Hinweis auf ein Delir. Zudem finde ich das Basler Schema [12] einfach und gut anzuwenden. Für die Langzeiteinrichtung hat mich bis anhin kein Assessmentinstrument überzeugt, da bei den dementen Bewohnern durch deren chronische Verwirrtheit häufig falsch positive Resultate das Instrument nicht alltags-tauglich erscheinen lassen. Aus ärztlicher Sicht wenden viele Fachpersonen zur Diagnosestellung das CAM an. Dieses Assessments hat eine Sensitivität von 94–100% und Spezifität von 90–95% für ein wahrscheinliches Delir [13].

## Therapie

Die Prävention ist die effektivste Strategie zur Behandlung des Delirs. In der Literatur zeigen viele Studien die Evidenz der Multikomponenten-Massnahme zur Prävention und Behandlung vom Delir [14–16]. Durch eine Multikomponenten-Strategie lässt sich eine Reduktion der Delirhäufigkeit von bis zu 30% erreichen [17].

Die Massnahmen zielen vorwiegend darauf ab, die oben erwähnten auslösenden Faktoren unter Kontrolle zu bringen oder, wenn möglich, zu vermeiden.

Aufgrund dieser Vielzahl von Faktoren und der Multi-professionalität stellt das Delir in Langzeiteinrichtungen und in der Akutmedizin oft eine Herausforderung dar, die gezielt angegangen werden muss.

Die nicht-medikamentösen Therapien stehen an erster Stelle. Damit sind orientierende Massnahmen, Mobilisation, Kommunikation und angenehme Umgebungsgestaltung, Management der Aggressionszustände sowie tragen der Seh- und Hörhilfen gemeint. Die pharmakologische Therapie deckt nur einen kleinen Bereich der Behandlung des Delirs ab. Pharmakologische Interventionen als symptomatische Therapie sind Patienten mit Agitation und psychotischen Symptomen mit Selbst- und Fremdgefährdung vorbehalten. Haloperidol in Dosen von 4–5 mg pro Tag ist am besten untersucht. Aber auch neuere atypische Neuroleptika in tiefen Dosen werden oft gegeben, wobei es sich

um eine Off-Label-Anwendung handelt und dazu nur wenige Studien existieren. Bei allen medikamentösen Therapien ist der Merksatz *start low – go slow* sehr wichtig. Und nicht zu vergessen ist: den Einsatz zeitlich zu limitieren. Für eine medikamentöse Prophylaxe gibt es bis heute keine genügende Evidenz [18, 19]. Mit Haloperidol wird Schweregrad und Dauer günstig beeinflusst, aber die Inzidenz wird nicht reduziert.

Zu all diesen Massnahmen sollten die Angehörigen nicht vergessen werden, da diese Situation ohne Erklärungen und entsprechende Begleitung für sie sehr schwierig ist.

Wie der Leser feststellen wird, handelt es sich beim Delir um ein Multikomponenten-Problem. Dies macht die Diagnostik und eine korrekte Behandlung so schwierig. Es ist wichtig, bei jeglicher Veränderung des Bewohners an ein Delir zu denken. So werden sicher schon über 50% der vielen deliranten Patienten erfasst und entsprechend behandelt.

#### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter [www.primary-hospital-care.ch](http://www.primary-hospital-care.ch).

---

Korrespondenz:  
René Kuhn  
Zentrum für Pflege und  
Betreuung Reusspark  
CH-5524 Niederwil  
[rene.kuhn\[at\]reusspark.ch](mailto:rene.kuhn[at]reusspark.ch)