

2019

Delir bei Demenz

Cornelia Späth

Gliederung

Einleitung

Fallbeispiel

Ursachen

Erscheinungsform und Unterscheidung zur Demenz

Diagnosestellung

Therapie

Prävention

Einleitung

Das Delir, oft auch als Verwirrtheitszustand oder Durchgangssyndrom bezeichnet, ist eine häufige Komplikation bei älteren Patienten. Hier stelle ich vor, welche Symptome typisch sind für das Delir, wie man es von einer Demenz abgrenzen kann, welche Ursachen vorliegen können und welche Therapiemöglichkeiten wir kennen.

Das Delir ist eine der häufigsten Komplikationen im Verlauf einer Demenzerkrankung. Bei stationären Patienten erhöht es die Verweildauer, den Pflegeaufwand und auch das Risiko einer Heimeinweisung. Der Begriff "Delir" ist in der ICD-10 definiert und umfasst alle akuten psychischen Störungen mit organischer Ursache, Bewusstseinstörung und kognitiven Einbußen.

Über alle Altersgruppen und Eingriffe gerechnet sind etwa die Hälfte der Patienten im Allgemeinkrankenhaus postoperativ verwirrt. Mit Vorliegen einer Demenz oder einer anderen Hirnschädigung steigt das Risiko für die Entstehung eines postoperativen Delirs drastisch an.

Man geht davon aus, dass bei 10 – 30 % der älteren Patienten (über 60 Jahre), die in ein Allgemeinkrankenhaus aufgenommen werden, bereits ein Delir vorliegt. Während einer Krankenhausbehandlung entwickeln etwa 30 % der über 70-Jährigen postoperativen Patienten einen solchen Zustand.

Das Delir bei Demenz ist eine häufig übersehene Diagnose in Praxis und Klinik, was weitreichende Folgen für den Patienten hat. Je länger das Delir dauert, desto schwerer sind die bleibenden geistigen Beeinträchtigungen.

Fallbeispiel:

Der Hausarzt wird zu einer 85-jährigen Patientin gerufen. Die Frau ist extrem unruhig und aggressiv und nicht ansprechbar. Erst nach Gabe von Diazepam und Haloperidol kommt es zur Beruhigung. Mit der Verdachtsdiagnose "akute Psychose" weist der Hausarzt die Patientin in die gerontopsychiatrische Abteilung eines Krankenhauses ein.

Am nächsten Morgen kann sich die Patientin an ihre nächtliche Verwirrtheit und Aggressivität nicht erinnern. Sie fühle sich aber in den letzten Monaten zunehmend unwohl, leide unter Schwindelattacken, könne ihre Versicherungsangelegenheiten nicht mehr erledigen, überschauere oft die Bankauszüge nicht mehr und sei allgemein vergesslich geworden. Bei der Untersuchung ist sie örtlich und zur Person orientiert, zeitlich zu Datum und Wochentag desorientiert.

Es zeigt sich eine Diarrhoe, die auf Clostridien zurückzuführen ist. Diese wird medikamentös behandelt. Im Laufe des Tages treten optische Halluzinationen und Wahnvorstellungen auf, die mit Wutausbrüchen und Schreien einhergehen.

Erst nach Abheilen der Diarrhoe stabilisieren sich die akuten psychischen Symptome. Bei der Entlassung fällt eine deutliche Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses auf.

Das ist ein Beispiel für einen typischen Verlauf eines Delirs, das in Zusammenhang mit einer beginnenden Einschränkung von kognitiven Fähigkeiten steht

Ursachen

Die Ursachen sind vielfältig.

Häufig liegen Infektionen oder Störungen des Elektrolythaushaltes zugrunde. Das bei alten Menschen oftmals verminderte Durstempfinden stellt eine Gefahr dar, da eine enge Verbindung zwischen Exsikkose und Delir besteht. Die für eine Exsikkose typischen Symptome wie trockene Haut sind bei einem alten Patienten weitaus schwerer zu erkennen als bei einem jungen. Eine wichtige Rolle bei der Entstehung eines Delirs können auch Medikamente spielen. Insbesondere *anticholinerg* (*nächste Folie*) wirksame Medikamente stellen eine besondere Gefahr dar.

Faktoren wie die Immobilisation, die Fehlernährung, die Polypharmazie, aber auch das Vorliegen eines Blasenkatheters und somatische Begleiterkrankungen, aber auch Stressoren (z.B. fremde Umgebung – Krankenhaus) sind bedeutend.

Anticholinerge Substanzen sind Stoffe, die die Wirkung des Botenstoffes Acetylcholin unterdrücken. Acetylcholin ist besonders wichtig im Parasympathikus. Parasympathikus ist der Teil des unbewussten Nervensystems, der insbesondere für die Regenerierung des Organismus zuständig ist.

Durch Acetylcholin wird die Tätigkeit der Verdauungsdrüsen und die Darmtätigkeit angeregt. Kreislaufleistung, Herzfrequenz und Atmung nehmen dagegen ab, Blutgefäße werden weitgestellt und die Pupille verengt. Durch Anticholinergika werden also all diese Effekte unterdrückt oder ins Gegenteil verkehrt.

Daher beobachtet man als anticholinerge Wirkung unter anderem Mundtrockenheit, Verstopfung, verminderte Tränenproduktion, Störungen der Fähigkeit des Auges, scharf zu stellen, Pupillenerweiterung aber auch eine Steigerung der Herzfrequenz.

Erscheinungsform und Unterscheidung zur Demenz

Die Unterscheidung zwischen Delir und Demenz ist oftmals schwierig, da die Symptome sehr ähnlich sind. Das Delir kann die Symptomatik einer vorbestehenden Demenz verstärken. Oft sind Delir und Demenz zunächst nicht sicher zu unterscheiden und können erst im Krankheitsverlauf voneinander abgegrenzt werden.

Das Delir äußert sich in verschiedenen Formen. Die häufigste ist die hypoaktive Variante. Bewegungsarmut, Verlangsamung und Lethargie stehen im Vordergrund. Diese Form wird häufiger übersehen als die andere Variante, das hyperaktive Delir. Der Patient ist unruhig, oftmals aggressiv. Charakteristisch sind vegetative Reaktionen wie Tachykardie, Erhöhung der Körpertemperatur und ein wechselnder Blutdruck. Auch Mischformen sind möglich, bei denen sowohl Symptome der hypo- als auch der hyperaktiven Form zu beobachten sind.

Kriterien, die für ein Delir und gegen eine Demenz sprechen, sind ein akuter Krankheitsbeginn, eine Trübung des Bewusstseins, ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus und ein fluktuierender Verlauf.

Der Wechsel der Symptomatik kann innerhalb von Stunden, manchmal sogar von Minuten erfolgen. Das klassische hyperaktive Delir geht dabei mit psychomotorischer Unruhe, Erregung, Irritierbarkeit, Angst, Halluzinationen und ausgeprägten vegetativen Zeichen einher.

Doch lediglich 15 % der Delirien zeigen diese klinisch beeindruckende Verlaufsform. Etwa 25% der Delirien gehören stattdessen zum hypoaktiven Delir.

Dieses ist gekennzeichnet durch scheinbare Bewegungsarmut und wenig Kontaktaufnahme. Nur bei intensiver Beschäftigung mit dem Patienten zeigt sich, dass dieser unter Halluzinationen leidet. Auch die Abwesenheit von vegetativen Veränderungen (Blutdruck-, Pulserhöhung) macht die Diagnose des hypoaktiven Delirs schwer. Die häufigste Form bei Demenz ist das gemischte Delir.

In dessen Verlauf kommt es zu einem Wechsel von psychomotorischer Unruhe und Bewegungsarmut, sodass hyperaktive und hypoaktive Phasen der Erkrankung ineinander übergehen.

Es gibt keine akute Demenz! Der Symptomverlauf über den Tag ist bei einer Demenz stabil. Bei einem Delir dagegen wechseln die Symptome im Laufe des Tages ständig. Sehr häufig drückt sich das Delir in einer Art „Gefühlssturm“ aus, den die Betroffenen nicht mehr selbst regulieren können und der sehr beunruhigend ist und Ängste auslöst. Hier eine Tabelle, die die wesentlichen Unterschiede zwischen einem Delir und einer Demenz aufzeigt:

Erscheinungsbild	Demenz	Delir
Entwicklung	Schleichend über Monate und Jahre	akut, häufig nachts, in Stunden bis Tagen
Orientierungsfähigkeit	Häufig eingeschränkt, zunächst v. a. zeitlich, dann auf Orientierungsqualitäten übergehend;	v. a. zeitliche Desorientierung
Sprache	Verarmung, zunehmende Wortfindungsstörungen, im späteren Stadium Einwortsätze bis hin zum Verstummen	Häufig gesteigerter Redefluss (hyperaktives Delir) oder stark reduzierter Redefluss (stilles Delir), unzusammenhängend
Wahn / Halluzination / Illusion	eher selten	Visuelle und auditive Formen häufig
Psychomotorik	Meist unauffällig oder für die Person im üblichen Rahmen / anlassbezogen	Ruhelos bis gehetzt wirkend oder antriebsarm / hypoaktiv
Körperliche Symptome	Meist unauffällig	Vegetative Symptome (Schweißneigung, Herzklopfen, Zittern etc.)
Bewusstsein	Unauffällig	Eingeschränkt / getrübt
Schlafstörungen	Möglich	Sehr häufig

Die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale

Diagnosestellung

Die Diagnosestellung setzt das intensive Gespräch mit dem Patienten voraus. Maßgebend ist die Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit. Dabei ist es bedeutsam, dass die Aufmerksamkeit in ihrer Aufrechterhaltung, in ihrer Fokussierung und in ihrer Umstellungsfähigkeit gestört ist. Auch die Fähigkeit zur Wahrnehmung von Umweltreizen oder das adäquate Reagieren darauf sind eingeschränkt. Zusätzlich bestehen Auffassungs- und Gedächtnisstörungen und eine Desorientierung, welche jedoch bei der Demenz im Vornherein bestehen. Wesentliches Merkmal des Delirs sind Wahrnehmungsstörungen. Diese können im Sinne einer Verkennung, aber auch als Halluzinationen auftreten. Letztere werden überwiegend im Rahmen des Delirs als optische Halluzinationen wahrgenommen. Inhaltliche Denkstörungen (z. B. Wahn) können hinzukommen.

Es liegt auch immer eine psychomotorische Störung vor, wobei sowohl hyper- als auch hypoaktive Zustände vorhanden sein können. Neben psychomotorischer Unruhe bestehen auch eine Schreckhaftigkeit und affektive Störungen (häufig Angst und Depression, seltener Aggression) sowie die Störung des Schlaf- Wach-Rhythmus.

Für die Diagnose des Delirs ist es wichtig, dass es durch einen akuten Beginn, eine fluktuierende Symptomatik und Tagesschwankungen gekennzeichnet ist. Insbesondere in der Nacht kommt es zu einer Verstärkung der deliranten Symptomatik.

Auch die peripheren Symptome sind wesentlich. Dazu zählen insbesondere trockene Haut und Schleimhäute, Fieber, Harnverhalt, Obstipation, Herzrhythmusstörungen oder Blutdruckabfall.

Verwirrheitszustände im Rahmen einer Demenz müssen rasch abgeklärt werden. Es sollte eine Fremdanamnese und eine ausführliche Medikamentenanamnese erfolgen.

Begleitende somatische Erkrankungen müssen erfasst werden. Im Wesentlichen handelt es sich bei den somatischen Begleiterkrankungen, die ein Delir bei Demenz befördern können, um einen Harnwegsinfekt, eine beginnende Pneumonie, eine Exsikkose oder eine Schilddrüsenstoffwechselstörung.

Neben der Erhebung des psychopathologischen Befundes kann eine psychometrische Untersuchung hilfreich sein (z. B. Mini-Mental-Status-Test). Wesentlich sind jedoch eine eingehende internistische und neurologische Kontrolle sowie die Erfassung des Blutbilds zur Abklärung einer Anämie oder einer Entzündung. Die Leberwerte (Ausschluss eines Leberversagens) und die Retentionswerte (Ausschluss eines Nierenversagens) werden erfasst. Zudem ist die Bestimmung des TSH zur Frage einer ursächlichen Schilddrüsenstoffwechselstörung bedeutsam. Die Erhebung des CRP (Ausschluss einer Entzündung) und eine Urinanalyse (Ausschluss von Harnwegsinfekten) sind im klinischen Alltag richtungsweisend.

Außerdem werden die Vitalparameter wie Blutdruck, Puls und Temperatur erfasst. Zum Ausschluss einer kardialen Diagnose ist ein EKG notwendig. Um eine beginnende Pneumonie zu erkennen, wird ggf. ein Röntgenthorax veranlasst. Zudem überprüft man Medikamentenspiegel, insbesondere von Digitoxin, Carbamazepin, Valproinsäure und Lithium im Serum.

Nun wieder die Unterscheidung: für eine Demenz sprechen ein schleichender chronischer Verlauf sowie eine ungestörte Bewusstseinslage, für ein Delir der akute Beginn und eine Bewusstseinsstörung. Bei einer Demenz ist die Psychomotorik oft ungestört, im Rahmen des Delirs liegt eine gesteigerte oder reduzierte Psychomotorik vor.

Therapie

medikamentös:

Bei der Behandlung eines Delirs ist besonders wichtig, rasch die organische Ursache zu eruieren, um eine entsprechende Behandlung zu beginnen. Scheinbar banale somatische Erkrankungen, wie ein Harnwegsinfekt oder eine beginnende Pneumonie, können bei Demenzkranken schwere Delirien auslösen.

Es geht also darum, die auslösende somatische Grunderkrankung zu behandeln. Dies kann medikamentös erfolgen (z. B. mit einem Antibiotikum bei vorliegendem Harnwegsinfekt) und/oder mit nicht-medikamentösen Verfahren. Nur zur symptomatischen Begleitbehandlung wird ggf. ob ein Neuroleptikum oder ein Benzodiazepin eingesetzt- Diese beiden Wirkstoffe sind jedoch nur als symptomatische Therapie zu verstehen und werden nur so lange verabreicht bis die Therapie der Grunderkrankung (z. B. Antibiotikum bei Harnwegsinfekt) ausreichend wirkt.

Bei Auftreten von starker Erregung und Unruhe werden ggf. Benzodiazepine eingesetzt, wie z.B. Lorazepam. Bei allen Benzodiazepinen ist zu beachten, dass bei Überdosierung eine Atemdepression auftreten kann. Entscheidend ist, dass es eine Risikozunahme der Sedierung und damit der Sturzgefahr gibt.

Häufig wird in der Literatur der Einsatz von dem hochpotenten Neuroleptikum Haloperidol empfohlen. Der Wirkstoff hat sich durch seine gute Wirkung auf produktiv psychotische Symptome oder psychomotorische Erregungszustände bewährt. Ein großer Nachteil ist jedoch das hohe Risiko von extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen (EPMS).

Daher erfolgt eine symptomatische neuroleptische Behandlung eher mit dem atypischen Risperidon. Es ist zur Behandlung psychotischer Symptome und Verhaltensstörungen bei Demenz zugelassen und im Vergleich zu Haloperidol treten weniger EPMS auf.

Weiterhin: Sind zum Beispiel Störungen im Wasser- und Elektrolythaushalt gegebene Auslöser, müssen diese behoben werden (mittels Infusionen).

Nicht-medikamentöse Therapie, Pflegemaßnahmen:

Für Delirium-Patienten ist es wichtig, Personen um sich zu haben, die sie wiederholt an die aktuelle Situation, die Zeit und den Ort erinnern und ihnen somit bei der Orientierung helfen.

Orientierungshilfen sind bspw. Uhren, Kalender, vertraute Gegenstände, Fotos.. Außerdem sollte ein fester Tag-/Nachtrhythmus gewährleistet sein. Auch regelmäßige Berührungen fördern den Heilungsprozess, genauso wie eine möglichst ruhige Umgebung, die weder zu dunkel noch zu hell ist. Auch die Reizabschirmung spielt eine große Rolle. Wenn möglich sollte ein Zimmerwechsel vermieden werden.

Sinnvoll ist es, die Angehörigen mit einzubeziehen. Der Verlust des Realitätsbezuges im Delir erzeugt Angst. Diese Angst kann durch eine konstante Bezugsperson gemildert werden.

Weitere Pflegemaßnahmen:

- Nahrungskontrolle

Patienten engmaschig zu begleiten, damit sie nicht stürzen oder sich und Dritte anderweitig in Gefahr bringen.

Fixierungen und andere Zwangsmaßnahmen sollten das letzte Mittel der Wahl sein, da die Betroffenen bereits aufgewühlt und ängstlich sind.

Lärm und andere Reize auf ein Minimum zu reduzieren – zum Beispiel sollten sich nicht zwei delirante Menschen mit Demenz ein Zimmer teilen müssen.

Im Kontakt mit den Betroffenen auf eine langsame, ruhige und klare Sprache zu achten, geduldig Dinge immer wieder zu erklären und ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln.

Präventionsmaßnahmen

Wichtig ist, einen sich anbahnenden deliranten Zustand frühzeitig zu erkennen und präventive Maßnahmen zu ergreifen. Es gilt, Risikopatienten zu erkennen und beispielsweise auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu achten oder die medikamentöse Therapie zu optimieren.

Bislang gibt es keine Strategien, um das Auftreten deliranter Zustände sicher zu verhindern. Aber der Verlauf lässt sich positiv beeinflussen, wenn Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal bereits im Vorfeld dafür sorgen, dass demenzkranke Patienten beweglich bleiben, sich ausgewogen und ausreichend ernähren und genug trinken. Es gilt darauf zu achten, dass Hilfsmittel wie Brillen und Hörgeräte auch im Krankenhaus benutzt werden. Eine Sicherheit vermittelnde Sprache, Orientierungshilfen sowie eine angemessene Beleuchtung und Geräuschkulisse sind ebenfalls wichtig. Auch Maßnahmen, die einen normalen Schlaf- Wachrhythmus zu erhalten helfen, können vorbeugend wirken.

Quellenangabe

<https://www.allgemeinarzt-online.de/a/symptome-ursachen-therapie-1804233>

<https://www.allgemeinarzt-online.de/a/fehldiagnose-schwaecht-das-gehirn-1631442>

<https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/informationen-fuer-fachkraefte/krankenhaus/erkennen-und-umgang-mit-problemen/demenz-und-delir.html>

<https://www.netdokter.de/symptome/delirium>

2019

**Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit**

—