



DELIR

Wenn man zeitweise verwirrt ist

Ein Delirium kann einen lebensbedrohlichen, akuten medizinischen Notfall zur Folge haben. Mögliche Ursachen sollten erkannt und behandelt werden. Vielfach sind ältere, demente Patienten betroffen.

Bei einem „Altersdelir“ kommt es zu einer akuten, häufig fluktuierenden Funktionsstörung des Gehirns. Kognitive Störungen, Störungen der Vigilanz, Halluzinationen und Wahnvorstellungen, aber auch psychomotorische Symptome wie erhebliche Unruhe oder ebenso Zustände mit deutlich reduzierter Motorik treten auf (Dtsch Arztebl Int 2012; 109[21]: 391–400). Besonders häufig findet man das Delir im Kontext einer Krankenhausbehandlung als Komorbidität vor. Die heute immer

noch gebräuchlichen Begriffe wie „Durchgangssyndrom“, „HOPS“ oder „Intensivstationspsychose“ verharmlosen das Krankheitsbild, da sie der hohen Komplikationsrate nicht gerecht werden.

Die Ursachen für ein Delir sind vielfältig

Die European Delirium Association versucht das Bewusstsein für das Syndrom, welches nach wie vor zu selten diagnostiziert wird, zu schärfen. Auf ihrer 7. Jahrestagung, die Ende letzten Jahres am Evange-

lischen Krankenhaus in Bielefeld (EvKB) stattfand, wurden sowohl Ergebnisse der Grundlagenforschung vorgestellt als auch neue Daten zur Prävention, Diagnostik und Therapie.

Die Ursachen für Delirien sind vielfältig: Infektionen können es ebenso auslösen wie Schmerzen, psychische und körperliche Belastungen, zum Beispiel bei Operationen. Besonders häufig sind Nebenwirkungen von Medikamenten die Ursache, insbesondere die Polypharmazie stellt in diesem Zusammenhang wegen kaum überschaubarer Interaktionen ein Risiko dar.

„Das Delir tritt heute häufiger auf als früher, da Menschen immer älter und auch immer intensiver behandelt werden“, sagte Dr. med. Stefan Kreisel (EvKB) als Kopräsident der Tagung. Nach den Daten einer deutschen Krankenhausprävalenzstudie leiden je nach Diagnosesystem zwischen fünf und 13,3 Prozent der nicht intensivpflichtigen Patienten ab 70 Jahren in den ersten Tagen nach Aufnahme an einem Delir; bei Schwerkranken ist die Prävalenz deutlich höher.

Allerdings werden Delirien von ungeschultem Personal häufig nicht als solche erkannt. Das gibt auch

Foto: Fotolia/freshidea

TABELLE

Abgrenzung Delir/Demenz

	Altersdelir	Demenz
Symptombeginn	subakut	schleichend
Kurzfristiger Symptomverlauf, folgende Symptome:	fluktuierend	stabil
- Bewusstsein	verändert	klar
- Aufmerksamkeitsstörung	häufig	anfänglich nicht
- Orientierungs-/Gedächtnisstörung	häufig	je nach Schweregrad
- Wahrnehmungsstörung/Halluzinationen	häufig	möglich
- Schlafstörung	häufig	möglich
- Störung der Psychomotorik	agiert oder hypoaktiv	möglich

der Epidemiologe Dr. Daniel Davis aus Cambridge, Großbritannien, zu bedenken: „Die Diagnose von Delirien gestaltet sich als schwierig, da die Symptome allzu leicht mit denen einer Demenz verwechselt werden (Tabelle). Umso schwieriger sei es, ein Delir bei einem demenzkranken Patienten zu diagnostizieren.“

Prof. Dr. Theodore Stern, Psychiater an der Harvard Medical School in Boston, sprach sich daher für die Entwicklung von klaren Strukturen und Routine in der Diagnostik aus: „Bei einem systematischen Vorgehen geben bereits kurze neuropsychiatrische Tests erste Hinweise, die weiterverfolgt werden müssen.“ Jedes Delirsymptom weist auf eine ernst zu nehmende Funktionsstörung des Gehirns hin. Ein Abwarten im Sinne eines „Durchgangs“ sei ein Kunstfehler.

Unterschiedliche Diagnosesysteme (wie zum Beispiel ICD-10 versus DSM-System) erschweren die Diagnose. „Zudem existiert eine Vielzahl von Screening-Instrumenten“, sagte Prof. Dr. med. Karen Neufeld, Baltimore/USA: „Durch entstehen häufig Unschärfen, die eher abschrecken anstatt Klarheit zu bringen.“ Sie appellierte an das Fachpublikum, sich auf einen klaren diagnostischen Algorithmus zu einigen.

Schwierig abzugrenzen ist der Morbus Parkinson

Differenzialdiagnostisch kommen unter anderem immunologisch ausgelöste Hirnfunktionsstörungen in Betracht, die zeitweise Delir-ähnliche Symptome aufweisen können. Besonders schwierig abzugrenzen sind der Morbus Parkinson und die Lewykörperchen-Demenz, da beide Erkrankungen einen Risikofaktor für ein Delir darstellen.

Ein Problem der Verknennung eines Delirs sieht Prof. Dr. med. Walter Hoyer, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, in den Klinikstrukturen: „Viele Delirpatienten werden in die Gerontopsychiatrie überwiesen. Diese Teilung zwischen somatischem und psychiatrischem Patient funktioniert hier jedoch nicht.“ Als Lösung

dieses Problems empfiehlt er die Bildung interdisziplinärer altersmedizinischer Zentren.

Die Therapie des Delirs verläuft mehrgleisig. Allem voran sollten die auslösenden Ursachen – häufig eine neurologische oder internistische Grunderkrankung – beseitigt oder minimiert werden. Dazu gehört auch, die verordneten Medikamente auf deren Verträglichkeit zu überprüfen, die Dosis anzupassen oder mit der Einnahme zu pausieren. Unterstützend können eine symptomatische Arzneimitteltherapie erfolgen (zum Beispiel mit niedrigdosierten Neuroleptika) sowie nicht medikamentöse Interventionen eingeleitet werden.

Letztere zielen darauf ab, dem Patienten die Orientierung im Alltag zu erleichtern. Dazu gehören an erster Stelle die persönliche Zuwendung sowie Orientierungs- und Selbsthilfetraining. Der Tagesablauf der Betroffenen sollte nach Möglichkeit gut strukturiert werden, um Kontinuität zu erreichen, das Einführen von Ritualen kann hilfreich sein. Kommunikationsbarrieren sollten verringert werden – Helligkeit und Lautstärke den Einschränkungen des Patienten anpassen.

Wie schwierig die Therapie dieses multifaktoriellen Krankheitsbildes bleibt, zeigten die Ergebnisse einer Studie aus dem englischen Nottingham: Nicht chirurgische Patienten älter als 65 und mit der Diagnose Delir bei der Krankenhausaufnahme wurden entweder einer Spezialstation (delirium ward) oder einer Standardstation zugewiesen (n = 345). Erstaunlicherweise wurden hinsichtlich der Delirdauer oder der 90-Tage-Mortalität zwischen diesen Versorgungstypen keine Unterschiede festgestellt, betonte Studienleiter Prof. Dr. Rowan Harwood. Allerdings zeigte sich eine signifikant höhere Patienten- und Therapeutenzufriedenheit im spezialisierten Arm.

Mit Spannung erwartet wurden die Ergebnisse einer placebokontrollierten, randomisierten medikamentösen Präventionsstudie, die an den bekannten Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus von Delir-

patienten ansetzte. Teilgenommen hatten 435 Patienten mit operativpflichtigen Hüftgelenksfrakturen. Doch so hoch die Spannung, so ernüchternd die Ergebnisse: Die niederländischen Wissenschaftler konnten keinen nennenswerten präventiven Effekt des Schlafhormons Melatonin (3 mg/die) auf die Entstehung von Delirien in ihrer Kohorte nachweisen.

Das HELP-Programm wird auch in Bielefeld eingesetzt

Demgegenüber zeigen sich nicht medikamentöse Strategien zur Verhinderung des Delirs als hilfreich. Anne Pizzacalla aus dem kanadischen Hamilton arbeitet mit ihrem Team seit 2004 auf Basis des HELP-Programms (Hospital Elder Life Program), welches an der Yale Medical School zur Delirprävention von älteren Menschen im Krankenhaus konzipiert worden ist. „Um Delirien zu verhindern, ist der Pflegeprozess immanant wichtig. Dazu gehörten auch vermeintliche Banalitäten wie darauf achten, dass Patienten genügend Flüssigkeit zu sich nehmen, respektive die Brille oder das Hörgerät tragen, betont Pizzacalla. Das HELP-Programm wird in Kanada, den USA und – für Europa erstmalig – in Bielefeld eingesetzt.“

Manuel Bünemann
Dipl.-Päd. Maren Baumeister
Dr. med. Christine Thomas

ERRATUM

Im Artikel „Neue Meldepflichten: Was Ärzte beachten sollten“

in Heft 18 (Dtsch Arztebl 2013; 110[18]: A 879) ist der Redaktion leider ein Fehler unterlaufen. Unter dem Abschnitt „Pertussis“ heißt es: „Bis zu zwölf Monate nach Impfung ist die serologische Diagnostik nicht aussagekräftig, daher sollte ein Virusnachweis (PCR) erfolgen.“

Richtig ist vielmehr: „... sollte ein Nachweis der Erbsubstanz (PCR) des Bakteriums Bordetella pertussis erfolgen.“ Wir bitten um Entschuldigung.

DÄ