



Delir – akute Verwirrtheit

Mit dem Begriff Delir verbinden viele Personen automatisch eine Alkoholproblematik. In der Palliative Care kann es aber auch zu Delirien anderer Genese kommen. Diese richtig zu erkennen und zu behandeln, dient der Lebensqualität der betroffenen Menschen.

VON WOLFGANG HASEMANN

Akute Verwirrheitszustände, genauer gesagt Delirien, sind immer noch ein häufig unterschätztes und übersehenes Phänomen schwerkranker und sterbender Patienten. Mit Delir (englisch: delirium) werden heute verschiedene Bezeichnungen verbunden, wie z. B.

- ▶ Durchgangssyndrom
- ▶ Enzephalopathie
- ▶ akutes hirnorganisches Psycho-Syndrom (Morandi et al., 2008).

Während vielfach nur das Vollbild des Alkoholentzugsdelirs (delirium tremens) mit dem Begriff des Delirs verbunden wird, benennen andere Quellen weitere Formen. So unterscheiden Sass et al. (2003)

- ▶ Delir aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- ▶ substanzinduziertes Delir, zu dem auch das Alkoholentzugsdelir gerechnet wird
- ▶ Delir aufgrund multipler Krankheitsursachen (Ätiologien)
- ▶ nicht näher bezeichnete Delirien.

Symptome

Allen Delirien ist gemein, dass sich geistige Fähigkeiten eines Menschen innerhalb eines kurzen Zeitraums, der sich

von wenigen Stunden bis über mehreren Tagen erstrecken kann, dramatisch verändern. Typisch sind Veränderungen in

- ▶ der Orientierung
- ▶ des Gedächtnisses
- ▶ des Schlaf-Wach-Rhythmus
- ▶ der Denkfähigkeit
- ▶ des Wachheitsgrades und Bewusstseins
- ▶ der Aufmerksamkeit
- ▶ der Wahrnehmung
- ▶ der räumlich-konstruktiven Fähigkeiten
- ▶ des psychomotorischen Verhaltens
- ▶ der Sprache
- ▶ des Auftretens von Wahnvorstellungen (Trzepacz & Meagher, 2008).

Die Symptome sind jedoch nicht konstant, sondern können innerhalb des Tages stärker und schwächer werden, kommen und gehen, was als Fluktuation bezeichnet wird.

Hyper- und hypoaktive Symptomatik

Während der *hyperaktiv delirante* Patient eher unruhig, bettflüchtig, nestelnd, aggressiv und emotional verändert ist und sofort ins Auge springt, werden die stillen Delirien, welche auch als *hypoaktive Delirien* bezeichnet werden, meist verkannt (Lindesay et al., 2009). Sie werden häufig als Fatigue bei onkologischen Patienten oder als Demenz fehlinterpretiert. Fatigue unterscheidet sich von Delirien aber dadurch, dass der vermeintlich erschöpfte Patient neben seinem Erschöpfungszustand deutliche kognitive Einbußen wie Gedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen oder psychotische Symptome aufweist.

Diagnostik

Verschiedene Screening- (systematische Testverfahren) und Assessmentinstrumente wurden für die Erkennung von Delirien entwickelt. Zu den Screeninginstrumenten auf Beobachtungsbasis zählen:

- ▶ **Delirium Observation Scale (DOS)** (Schuurmans et al., 2003)
- ▶ **Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)** (Bergeron et al., 2001).

Das von Inouye et al. (1990) entwickelte Assessmentinstrument **Confusion Assessment Method (CAM)** ist der Goldstandard und zählt zu den am weitesten verbreiteten Deliriskalen. Dieses erfordert ein strukturiertes Interview, z. B. den **Mental Status Questionnaire** (Kahn et al., 1960) oder den **Mini-Mental-Status** (Folstein et al., 1975).

Nichtererkennung mindert Lebensqualität

Die Verkennung deliranter Zustandsbilder kann dramatische Folgen haben; angefangen von einer längeren Verweildauer in der Klinik (O'Keefe & Lavan, 1997), über vermehrte Komplikationen in der Klinik (Marcantonio et al., 2005) bis hin zu erhöhten Behandlungskosten (Inouye, 2006). Davon

sind hauptsächlich Patienten mit über einen längeren Zeitraum anhaltenden (hypoaktiven) Delirien betroffen.

In der Palliative Care geht es vor allem darum, dass die Nichterkennung deliranter Zustandsbilder für den Patienten mit Einbußen in der Lebensqualität einhergehen kann. Nichterkannte Halluzinationen, welche der hypoaktiv delirante Patient von sich aus nicht äußert, aber auch weitere psychotische Symptome wie Denkstörungen und Wahnvorstellung, können von dem Betroffenen als bedrohlich empfunden werden und enorme Angstzustände auslösen. Delirien können von einem Tag bis hin zu mehreren Wochen und Monate andauern (→ **PRAXISBEISPIEL**, S. 6). Langandauernde Delirien gelten als gehirntoxisch und können im Palliative-Care-Bereich Patienten die Grundlage nehmen, strukturierte und zielgerechte Entscheidungen zu treffen – für die Zeit nach dem Abklingen eines Delirs und vor dem Lebensende.

Nicht erkannte Delirien verringern die Lebensqualität

Im Palliative-Care-Setting wird das Auftreten von Delirien mit einer Häufigkeit von 28–88 Prozent beschrieben. Lawlor et al. (2000) berichteten, dass sich bei 49 Prozent der deliranten palliativ behandelten Patienten das Delir wieder auflöste. Damit widerlegten die Autoren, dass ein terminales Delir gleichbedeutend sein muss mit dem nahtlosen Übergang in den Tod. Die hohe Zahl verdeutlicht, dass auch in der Palliativbehandlung Delirien behandelbar und reversibel sein können.

Pathophysiologie

Neuropathologisch werden drei auslösende Mechanismen unterschieden: **Delirien aufgrund ...**

... eines Verlustes des Botenstoffs Acetylcholin

Dabei führen periphere Prozesse im Körper zu einem zentralen Verlust des Neurotransmitter (Botenstoffs) Acetylcholin, und infolgedessen zu einer Störung weiterer Transmittersysteme des Gehirns, wie Dopamin und Serotonin (Trzepacz, 2000). Hierzu kann es durch die Nebenwirkungen von Medikamenten, wie Atropin, Opiaten oder Diazepam kommen (→ Beitrag Perrar, S. 13). Aber auch ein Sauerstoffmangel im Gehirn, ein erniedrigter oder erhöhter Blutzuckerspiegel (Hypo- oder Hyperglykämien) oder Elektrolytverschiebungen können solche auslösenden anticholinergen Mechanismen sein.

... unnatürlicher Stressreaktion des Gehirns

Hierbei handelt es sich um eine Reaktion auf systemische Entzündungsprozesse oder psychischen oder krankheitsbedingten Stress (MacLulich et al., 2008). In diesem Zusammenhang kommt es zu unnatürlichen Reaktionen der

Gehirn versorgenden Immuneffektorzellen des zentralen Nervensystems (Mikroglia), welche zu Funktionsbeeinträchtigungen der Nervenzellen bis hin zu deren Absterben führen können. Betroffen sind sowohl ältere Menschen, als auch Menschen mit einer demenziellen Entwicklung.

Postoperative Delirien oder infolge von Infektionen oder nicht ausreichend behandelter Schmerzen fallen ebenso unter diesen Mechanismus. Organversagen, wie sie auch in der terminalen Lebensphase auftreten können, sind ebenso mit deliranten Zustandsbildern verbunden.

... von Alkoholentzug

Beim Alkoholentzugsdelir wird die Neurotransmission GABA und NMDA-Rezeptoren verändert (Bleich et al., 2003; Hasemann et al., 2010). Diese Delirform ist prädestiniert für die Prävention und Behandlung mit Benzodiazepinen – im Gegensatz zu den beiden erstgenannten Delirformen.

Risikofaktoren

Mehr als 100 verschiedene Risikofaktoren und Auslöser von Delirien liegen den genannten Mechanismen zugrunde oder beeinflussen diese (Trzepacz & Meagher, 2008). Delirien können in jedem Alter auftreten, je nach Stärke des Auslösers und der Kompensationsfähigkeit des Individuums. Wesentliche Aspekte sind:

Alter

Ältere Menschen haben ein erhöhtes Delirrisiko, weil das Gehirn durch den natürlichen Rückgang seiner Neurotransmittervorräte anfälliger wird auf anticholinerge Mechanismen. So kann ein und derselbe Patient im Alter von 50 Jahren problemlos mit Lorazepam gegen Angstzustände oder Pethidin gegen stärkste Schmerzen behandelt werden.

Durch den altersbedingten Rückgang der Neurotransmitter können 30 Jahre später jedoch genau dieselben Medikamente ein Delir auslösen.

Demenz

Zur Hauptrisikogruppe für ein Delir zählen Menschen mit einer demenziellen Entwicklung. Insbesondere Patienten mit einer Alzheimererkrankung verlieren bis zur Entwicklung des Vollbildes ihrer Erkrankung 75 Prozent ihrer Aetylcholinreserven. Da diese neurodegenerative Erkrankung bereits unmerklich im Alter von etwa 40 Jahren mit dem Untergang von Nervenzellen beginnt, können Patienten bereits im Alter von 60 Jahren, selbst wenn sie noch längst nicht das Vollbild einer Alzheimerdemenz entwickelt haben, auf anticholinerge Medikamente mit einem Delir reagieren.

Auch kann ein Harnverhalt bei einem Patienten mit Demenz Delirien auslösen. Da viele Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz körperliche Signale, wie eine volle Blase, als solche nicht mehr ohne Weiteres wahrnehmen und benennen können, bleibt ihnen möglicherweise nur die Flucht aus der unangenehmen Situation übrig: Sie reagieren mit Unruhe und Bettflucht. Eine sedierende Therapie wäre hier der verkehrte Ansatz. Der problemorientierte Ansatz, nämlich die Entleerung der Blase mittels Einmalkatheterisierung, schafft Abhilfe.

Ernährung

Weitere Risikofaktoren sind Mangel- oder Unterernährung (Malnutrition), weil durch diesen Zustand auch eine Beeinträchtigung der Neurotransmission zu erwarten ist.

Weitere Faktoren

Aber auch Umgebungsfaktoren und Kommunikationsbarrieren, wie Seh- und Hörschwäche, können für ein erhöhtes Delirrisiko verantwortlich sein (Inouye et al., 1996).

PRAXISBEISPIEL

Eine 48-jährige, hochintelligente Frau wird, aufgrund einer septischen Entgleisung einer Pneumonie, intensivpflichtig und als Folge eines Lungenversagens (ARDS) beatmet. Während der sechsmonatigen Behandlungsphase erlitt die Patientin schwerste Delirien, von denen sie sich an zehn verschiedene Episoden im Nachhinein erinnern konnte. In einer dieser Situationen halluzinierte sie derart, dass sie den Raum voller Menschen wähnte, obwohl die betreuenden Pflegenden und Ärzte ihr versicherten, dass keine weiteren Personen anwesend waren.

Vor ihrem Ereignis hatte diese Patientin einen Intelligenzquotienten (IQ) von 145, sechs Monate später noch einen IQ von 110. Die MRT-Aufnahme (Magnetresonanztomographie) ihres Gehirns wies nach der Intensivbehandlung deutliche Zeichen einer Hirnatrophie (Verlust der Hirnsubstanz) auf, wie sie typisch für die einer 80-jährigen Patientin mit einer ausgeprägten Demenz ist. (W001)



Delirien können aufgrund krankheitsbedingter Stressreaktionen des Gehirns auftreten

Therapie

Im Vordergrund der Delirtherapie steht die Behandlung des Auslösers (Kausaltherapie), wie z. B. die Antibiotikatherapie einer Infektion oder die effektive Schmerzbehandlung bei schmerzbedingtem Delirien. Nicht immer gelingt es, die Ursache eines Delirs, wie z. B. eine erforderliche Operation, zu eliminieren. In diesen Situationen ist es umso bedeutungsvoller, dass gleichzeitig vorhandene Risikofaktoren – wie z. B. Sauerstoffmangel durch die Gabe von Sauerstoff oder das niedrige Hämoglobin durch die Gabe von Erythrozytenkonzentraten – minimiert werden. Diesen Weg gingen Marcantonio et al. (2001) bei Patienten mit frischer Hüftfraktur und senkten dabei die Delirersterbungsrate um ein Drittel bei leichten und um die Hälfte bei schweren Delirien. Inouye et al. (1999) konnten zeigen, dass rein pflegerische Maßnahmen – wie die strukturierte Orientierung von kognitiv eingeschränkten Patienten, sowie die Umgebungsgestaltung und die Verbesserung der Kommunikation durch Hör- und Sehhilfen – die Delirersterbungsrate und -dauer um ein Drittel senken. Befinden sich Patienten im Delir, so können das Fehlen von Orientierungshilfen, freiheitsentziehende Maßnahmen und der häufige Zimmerwechsel Delirien sogar verstärken (McCusker et al., 2001). Daher sind auch bei Patienten im Delir weiterhin präventive pflegerische, risikominimierende Maßnahmen von großer Bedeutung.

Als psychotische Begleittherapie kommen zusätzlich Neuroleptika oder atypische Neuroleptika bei allen drei Delirformen in Frage. Da auch nach neustem Erkenntnisstand nur ein Drittel bis zur Hälfte der Delirien verhindert werden können, sind eine fachgerechte Kausaltherapie und eine adäquate antipsychotische Begleittherapie unumgänglich. Soweit es sich nicht um Entzugsdelirien handelt, sollte auf die Gabe von Benzodiazepinen zugunsten von Neuroleptika/atypischen Neuroleptika verzichtet werden. ■

Weiterführende Links zu Publikationen und Delirinstrumenten finden Sie unter: www.delir.info

Literatur

- Bergeron, N., Dubois, M. J., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001): *Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool*. *Intensive Care Med*, 27(5), 859–864
- DIMDI. (2004): *Internationale Klassifikation der Krankheiten – ICD-10-GM (German Modification)*. 2004
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975): *Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. *J Psychiatr Res*, 12, 189–198.
- Inouye, S. K. (2006): *Delirium in older persons*. *N Engl J Med*, 354(11), 1157–1165.
- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960): *Brief objective measures for the determination of mental status in the aged*. *Am J Psychiatry*, 117, 326–328.
- Lindesay, J., MacDonald, A., Rockwood, K., & Hasemann, W. (2009): *Akute Verwirrtheit – Delir im Alter*. Bern: Huber.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuurmans, M. J., Shorridge-Baggett, L. M., & Duursma, S. A. (2003): *The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium*. *Res Theory Nurs Pract*, 17(1), 31–50.
- W001 www.icudelirium.org : Interview: Dr. Wes Ely

Die komplette Literaturliste kann bei der Redaktion angefordert werden



WOLFGANG HASEMANN, MNS

Leiter Basler Demenz-Delir-Programm,
Vorstandsmitglied European Delirium Association,
Universitätsspital Basel, Abteilung Praxisentwicklung
Pflege/MTT, Schweiz
WHasemann@uhbs.ch