

Delir bei älteren Menschen

Dr. med. Johannes Trabert

Fallbeispiel

Der 83-jährige Klaus T. wird notfällig nach einem Sturz ins Krankenhaus eingewiesen, wo eine Schenkelhalsfraktur festgestellt wird. Bei Aufnahme wird eine intakte Orientierung dokumentiert. Die Tage nach der Operation ist der Patient überwiegend schläfrig und desorientiert. Dies wird zunächst als Demenzerkrankung eingeschätzt. Als der Sohn zu Besuch kommt, gibt er auf Nachfrage an, dass der Vater deutlich verwirrter sei als vor dem Krankenhausaufenthalt. Tatsächlich habe es bislang diesbezüglich keine Auffälligkeiten gegeben. Der Sohn betont, dass sein Vater hör- und sehgemindert sei. Hörgeräte und Brille wurden bislang nicht getragen.

Es wird ein strukturiertes Delir-Konzept erarbeitet: Das Team wird auf die Wichtigkeit des Tragens der Brille und des Hörgerätes hingewiesen. Der perioperativ gelegte Blasenkathe- ter wird entfernt, auch um Mobilisierung zu ermuntern. Der Sohn wird ermuntert, länger zu Besuch zu kommen und dabei darauf zu achten, dass sein Vater häufiger an die Bettkante kommt

und ausreichend isst und trinkt. Zudem wird er informiert, dass er orientierende Informationen in die Gespräche einfließen lassen kann und vertraute Gegenstände wie beispielsweise ein Bild von zu Hause mitbringen darf. Unter diesen Maßnahmen bessert sich der kognitive Zustand des Patienten zunehmend, begleitend bessert sich auch die Mobilität. Der Patient wird schließlich mit dem Pflegedienst nach Hause entlassen.

Was ist ein Delir?

Ein Delir ist eine schwere neuropsychiatrische Erkrankung, die gekennzeichnet ist durch akut auftretende kognitive Auffälligkeiten mit Störung der Orientierung und der Aufmerksamkeit sowie einer Antriebsarmut oder -steigerung [1]. Tab. 1 zeigt die Definition nach DSM-5-Kriterien [2].

Ein Delir wird verursacht durch Akuterkrankungen oder sonstige Stressoren, welche in Tab. 2 dargestellt sind. Im Fallbeispiel tritt das Delir zum Beispiel im Rahmen der Operation auf in Verbindung mit anderen delirbegünstigenden Fakto-



ren wie Umgebungswechsel, dem Blasenkathe- ter und nicht getragener Brille bzw. Hörgerät.

Es tritt gerade bei älteren Menschen im Krankenhaus häufig auf, so sind auf internistischen bzw. geriatrischen Stationen 18–35 % und auf Intensivstationen bis zu 80 % der Patienten betroffen [1]. Außerhalb des Krankenhauses ist ein Delir zwar sehr selten, bei älteren Menschen aber häufig das führende Symptom einer schweren Erkrankung [1].

Wie im Fallbeispiel dargestellt, kann ein Delir häufig rein hypoaktiv sein, also allein mit einer Antriebsarmut einhergehen. Ähnlich häufig ist die gemischte Verlaufsform mit Wechsel zwischen Antriebsarmut und gesteigertem Antrieb. Die rein hyperaktive Form mit durchgehender Antriebssteigerung wird zwar im klinischen Alltag viel beachtet, da die Patienten sich durch Unruhe bemerkbar machen, macht jedoch nur einen kleinen Teil aus [3, 4]. Leider wird gerade die häufige hypoaktive Verlaufsform häufig übersehen [3].

Die Tatsache, dass das Delir im Fallbeispiel erst im Verlauf und mit Hilfe des Sohnes diagnostiziert wurde, ist leider ein häufiges Problem. Gerade bei antriebsgeminderten Patienten wird ein Delir zu oft übersehen bzw. als vorbestehende Demenz eingeordnet. Insbesondere bei Menschen mit Demenz fällt die Einschätzung schwer, ohne den vorherigen Zustand zu kennen [5].

Im Alltag finden sich unterschiedliche Begrifflichkeiten wie z. B. „Durchgangssyndrom“, „hirnorganisches Psychosyndrom“, „akute cerebrale Dysfunktion“ und viele weitere. Diese sollten zu Gunsten des Begriffs Delir vermieden werden, auch um Verwirrungen im allgemeinen Verständnis

Tab. 1: Definition Delir nach DSM V Kriterien (European Delirium Association/ American Delirium Society)

- A. Störung des Bewusstseins (d. h. verminderte Klarheit des Bewusstseins der Umwelt) mit verminderter Fähigkeit, sich zu konzentrieren, aufrechtzuerhalten oder zu wechseln
 - B. Die Störung entwickelt sich innerhalb eines kurzen Zeitraums (normalerweise Stunden bis zu wenigen Tagen), stellt eine akute Veränderung gegenüber der Ausgangslage von Aufmerksamkeit und Bewusstsein dar und neigt dazu, im Laufe eines Tages in ihrer Schwere zu schwanken.
 - C. Eine Veränderung der Kognition oder die Entwicklung einer Wahrnehmungsstörung, die nicht besser durch eine bereits bestehende, etablierte oder sich entwickelnde Demenz erklärt werden kann.
- Die Störungen in Kriterien A und C werden nicht besser durch eine bereits bestehende, etablierte oder sich entwickelnde neurokognitive Störung erklärt und treten nicht im Zusammenhang mit einem stark verminderten Erregungszustand wie Koma auf.
- Es gibt Hinweise aus der Anamnese, der körperlichen Untersuchung oder den Laborbefunden, dass die Störung durch die direkten physiologischen Folgen einer allgemeinen medizinischen Erkrankung verursacht wird.

zu diesem wichtigen Krankheitsbild zu vermeiden. Die Form des Delirs, welche in diesem Artikel behandelt wird, unterscheidet sich in Symptomatik und Therapie von dem Alkoholentzugsdelir, welches hier nicht behandelt wird.

Wer ist gefährdet? Was sind Risikofaktoren und Auslöser eines Delirs?

Risikofaktoren und Auslöser des Delirs sind in absteigender Reihenfolge in Tab. 2 dargestellt.

Was sind Folgen?

Wie erwähnt, wird ein Delir bei bis zu 67 % der Patienten nicht erkannt [6]. Dies ist relevant, da ein Delir grundsätzlich reversibel ist, sofern es erkannt und die auslö-

sende Ursache behandelt wird. Wird ein Delir nicht erkannt und somit nicht behandelt, führt dies zu einer höheren Sterblichkeit, einer längeren Liegedauer im Krankenhaus, einer höheren Wahrscheinlichkeit, in ein Pflegeheim entlassen zu werden oder an einer Demenz zu erkranken [6]. Neben diesen schwerwiegenden Komplikationen ist ein Delir eine erhebliche Belastung für die Patienten, aber auch für die Angehörigen sowie die Pflegekräfte [7].

Insbesondere das hypoaktive Delir hat eine schlechte Prognose [4]. Dies kann u. a. dadurch erklärt werden, dass ein hypoaktives Delir seltener erkannt wird [3], aber auch durch die Immobilität als Folge des hypoaktiven Delirs, wie z. B. Thrombose, Aspirationen oder Verlust von Muskelmasse.

Wie erkenne ich ein Delir?

Die Kernsymptome eines Delirs wurden zu Beginn genannt mit akut auftretenden kognitiven Auffälligkeiten mit Störung der Orientierung und der Aufmerksamkeit sowie einer Antriebsarmut oder -steigerung. Akut bedeutet in diesem Sinne, dass die Symptomatik innerhalb von Stunden bis Tagen aufgetreten sein kann. Typischerweise ist die Symptomatik fluktuierend, mit Antriebsminderung bzw. erheblicher Schläfrigkeit beispielsweise am Tag und Unruhe in der Nacht.

Unterschiedliche Delir-Screening-Tools haben gemeinsam, dass bereits eine gestörte Wachheit, zum Beispiel die erwähnte erhebliche Tagesschläfrigkeit oder aber neu (innerhalb von Stunden bis Tagen) auftretende kognitive Auffälligkeiten, den Verdacht auf ein Delir zulassen [8, 9]. Bezüglich der Kognition ist im Wesentlichen die Aufmerksamkeit betroffen, hier kann der Patient zum Beispiel gebeten werden, das Wort Radio rückwärts zu buchstabieren. Durch die Kombination der gestörten Wachheit und Aufmerksamkeit kann ein Delir bei unauffälligen Befund nahezu sicher ausgeschlossen werden [9].

Eine weitere einfache Möglichkeit zur Erkennung eines Delirs ist zum Beispiel die „Single Question in Delirium“ (SQiD): „Ist Ihr Angehöriger aktuell verwirrter als vor dem Krankenhausaufenthalt?“

Wie im Fallbeispiel dargestellt, konnte hierdurch ein Delir vermutet werden, da die Antwort „ja“ auf diese Frage mit hoher Wahrscheinlichkeit das Vorliegen eines Delirs nahelegt [8]. Die SQiD ist damit sehr einfach und schnell durchführbar und benötigt keine wesentliche Einarbeitung. Es wird lediglich eine mit dem Patienten vertraute Person benötigt, was im hektischen Alltag manchmal trotzdem schwierig umzusetzen sein kann. Vgl. dazu auch Tab. 2 mit DSM-5-Kriterien. Es ist aber wichtig zu betonen, dass alleine der Verdacht auf das Vorliegen eines Delirs diagnostische und therapeutische Maßnahmen wie unten dargestellt zur Folge haben sollte.

Wie kann ich ein Delir behandeln?

Es gibt keine allgemeine, kausale, medikamentöse Delirtherapie. Es ist daher essen-

Tab. 2: Risikofaktoren und Auslöser eines Delirs (adaptiert nach Inouye et al.)

Risikofaktoren	Relatives Risiko
Alter	4.0
Demenzerkrankung	2.3–4.7
Delir in der Vorgeschichte	3.0
Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	4.0
Sehminderung	2.1–3.5
Hörminderung	1.3
Multimorbidität	1.3–5.6
Depression	3.2
Alkoholabusus	5.7
Auslösende Faktoren	
Operationen	3,5–8,3
Infektionen	3,1
Entgleisung von Elektrolyten oder Glucose	3.4
Neubeginn vieler Medikamente	2.9
Sedierende Medikamente	4,5
Fixierende Maßnahmen	3.2–4.4
Transurethrale Blasenkatheter	2.4
Schmerzen, z. B. im Rahmen von Frakturen	–
Anämie, z. B. im Rahmen von akuten Blutungen	–
Exsikkose	–

ziell, die in Tab. 2 genannten auslösenden Ursachen des Delirs zu identifizieren und zu behandeln [1]. Im Fallbeispiel ist das Delir im Rahmen einer Operation aufgetreten, als beeinflussbare verstärkende Faktoren lagen eine Hör- und Sehminde- rung sowie ein liegender Blasenkathe- ter vor.

Neuroleptika, die immer wieder als „Delir- therapie“ benannt werden, sind lediglich zur Behandlung von hyperaktiven Phasen des Delirs sinnvoll, aber nicht allgemein als Delirtherapie. Menschen mit Delir, die mit einem Neuroleptikum behandelt werden, werden lediglich von der hyperaktiven Form in die hypoaktive Form überführt. Dies ist wichtig zu betonen, da, wie bereits erwähnt, die hypoaktive Form eine schlechtere Prognose hat.

Neben der Behandlung der auslösenden Ursache sind allgemeine nicht medika- mentöse Maßnahmen essenziell. Dies be- inhaltet orientierende Ansprache genauso wie aktivierende bzw. mobilisierende Maß- nahmen. Es sollte darauf geachtet werden, dass Hilfsmittel wie Brille oder Hörgeräte getragen werden und Fremdkörper wie Blasenkathe- ter vermieden werden. Eben- falls sollten Schmerzen gezielt erfragt, ab-

geklärt und behandelt werden und auf ausreichende Nahrungs- bzw. Flüssigkeits- aufnahme geachtet werden [1].

Wie vermeide ich ein Delir?

Wie bereits erwähnt, gibt es keine allge- mein gültige medikamentöse Therapie des Delirs. Umso wichtiger sind die Identi- fikation von Risikopatienten und die ge- zielte Prävention. Hierbei sollten die in Tab. 2 genannten Risikofaktoren sowie auslösende Faktoren berücksichtigt und gezielt im präventiven Sinne kritisch über- prüft werden.

Eine essenzielle Rolle bei der Prävention, aber auch der Therapie spielen die Ange- hörigen. Sie sind Vertrauenspersonen, die zu den in Tab. 2 genannten Risikofaktoren Hinweise geben und sämtliche allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen um- setzen können. Einfache Maßnahmen, die Angehörige übernehmen können, sind in Tab. 3 dargestellt.

Die Effektivität der Einbeziehung von An- gehörigen konnte in verschiedenen Studi- en eindrücklich belegt werden, mit einer Delirreduktion um bis zu 80 % [10, 11]. Daher ist es essenziell, Angehörige gerade

bei Menschen mit erhöhtem Delirrisiko konsequent einzubeziehen und Angehöri- ge zu dem Krankheitsbild zu informieren. Hierzu gibt es z. B. ein Schulungsvideo, welches explizit Angehöri- ge adressiert und infor- miert. Das Video kann kos- tenlos unter dem QR-Code abgerufen und für nicht- kommerzielle Zwecke ver- wendet werden.



Zusammenfassung

Das Delir ist ein hoch relevantes Krank- heitsbild, welches mit erheblichen Komplika- tionen sowie psychischer Belastung ein- hergeht. Drei Dinge sind daher von we- sentlicher Bedeutung:

- 1) Risikopatienten zu identifizieren
- 2) Gezielte Delirprävention, insbesonde- re (aber nicht ausschließlich) bei die- ser Patientengruppe unter Einbezie- hung von Bezugspersonen
- 3) Strukturiertes Delirscreening, um im Falle eines Delirs, dieses frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Dr. med. Johannes Trabert

Sektionsleiter Neurogeriatrie

Medizinisch-
Geriatrische Klinik
Agaplesion Markus
Krankenhaus,
Wilhelm-Epstein-
Straße 4,
60431 Frankfurt/M.



Foto: Samira Schulz

E-Mail: johannes.trabert@agaplesion.de

Die Literaturhinweise finden sich auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes.

Tab. 3: Einfache Maßnahmen, durch die Angehörige zur Delirprävention oder -behandlung beitragen können

Mobilisierung und Aktivität fördern (sofern keine ärztliche Einwände bestehen)

- Zum Sitzen an der Bettkante oder am Tisch ermuntern
- Kurze Spaziergänge unternehmen

Orientierung fördern

- Orientierende Ansprache: Im Gespräch Informationen zu Ort, Zeit und Situation geben
- Sicherstellen, dass Brille und/oder Hörgerät vorhanden sind und getragen werden

Zur ausreichenden Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme ermuntern

Medizinisches Personal bei Anzeichen von Delir alarmieren

Live-Webinar: „Altersmedizin – Gesundheitsversorgung 65+“

Termin: 16.09.2026 (16:45 Uhr–21:00 Uhr)

Infos und Anmeldung: Die CME-Zertifizierung der Fortbildung ist beantragt und die Veranstaltung ist gemäß § 2 Abs. 5 der Patientensicherheitsverordnung für Patientensicherheitsbeauftragte anerkannt.
Christina Ittner
Fon: +49 6032 782-223, Fax: +49 69 9767267-223, christina.ittner@laekh.de

Kurzlink: <https://t1p.de/xhmib>



www.laekh.de