

# Delir beim Palliativpatienten

[daniel.bueche@kssg.ch](mailto:daniel.bueche@kssg.ch)

## Inhalt

- Definition
- Häufigkeit
- Ätiologie/Differentialdiagnose
- Therapie
- Medikamente
- Nachsorge
- Prävention
- Zwangsmassnahmen

## Delir

= akuter Verwirrheitszustand

ist ein Notfall

## Definition des Delirs

Das Delir ist keine eigene Krankheit sondern vielmehr ein Syndrom.

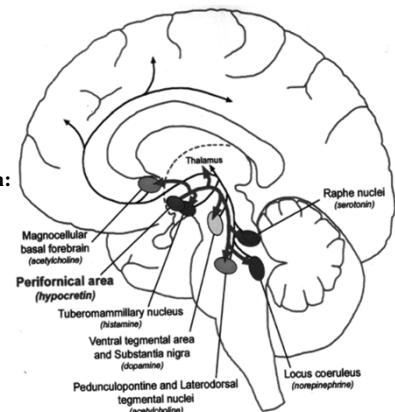
Das Delir ist ein pathologischer Bewusstseinszustand, der sich durch folgende Charakteristiken auszeichnet:

## Charakteristika des Delirs

1. Störung des **Bewusstseins** und der **Aufmerksamkeit**
  2. Störung der **Kognition** und **Wahrnehmung** (Illusionen, Halluzinationen u.a.), Beeinträchtigung des abstrakten Denkens (Wahnideen, Inkohärenz) und der **Auffassung** (Kurzzeitgedächtnis bei rel intaktem Langzeitgedächtnis); **Desorientiertheit** (v.a. zeitlich aber auch Ort und Person)
  3. **Psychomotorische Störung** (Hypo-, Hyperaktivität), verlängert Reaktionszeit, Redefluss, Schreckreaktionen
  4. Störung des **Schlaf-Wach-Rhythmus**
  5. **Affektive Störung** wie Depression, Angst, Reizbarkeit...(typisch aber für die Diagnose nicht spezifisch)
- Beginn** ist gewöhnlich **akut**, im **Tagesverlauf wechselnd**, die Gesamtdauer beträgt weniger als sechs Monate.

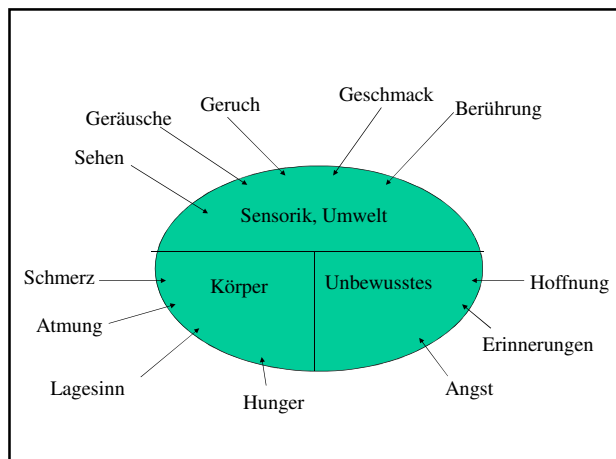
## Beteiligte Rezeptoren:

Acetylcholin  
Dopamin  
Histamin  
Serotonin  
Noradrenalin



## Erklärungsmodell

Das Bewusstsein (Wahrnehmung von sich selbst und der Umgebung) wird als Kontroll- Filter gesehen, der die Qualität und Quantität der Stimuli reguliert, die unser Bewusstsein erreichen



## Arten von Delir

- **Hypoaktives Delir:**
  - vermindertes Bewusstsein, Somnolenz
  - wird häufig verpasst, falsch interpretiert
- **Hyperaktives Delir:**
  - Agitiertheit
  - Halluzinationen
  - schnell diagnostiziert

## Delir: Häufigkeit

- 65 - 85% der Patienten in der terminalen Phase sind verwirrt  
=> besser zeigen die Zeichen der akuten Verwirrtheit
- Einige „brauchen“ eine Sedation

## Ursachen/DD des Deliriums

- **Hirnerkrankungen:** Tumor, Metastase, Bestrahlung, Demenz, Infektionen, postepileptisch, Thrombose, Blutung, Ischämie
- **Hypoxämie:** Lungenerkrankungen, Herzerkrankungen, Anämie, Hirnerkrankungen (Atemzentrum)
- **Lebererkrankungen**
- **Niereninsuffizienz**
- **Retentionsblase**
- **Obstipation/Ileus**
- **Medikamente:** Intoxikation (Alkohol u.a.), Entzugsdelir (Alkohol u.a.)

- **Hypovolämie/Dehydratation**
- **Stoffwechsellage:** Hypoglycämie, Hyperglycämie, Hyponatriämie, Hypernatriämie, Hypercalcämie
- **Infektionen, Fieber**
- **Endokrinologische Störungen:**
  - **Hypophysenerkrankungen**
  - **Schilddrüsenerkrankungen:** Hypo- Hyperthyreose
  - **Nebennierenrindenerkrankungen**

## Risikofaktoren für Delir beim älteren Menschen

- Alter
- Frühere Zustände mit eingeschränkter Kognition
- Fraktur
- Hospitalisation, Visusprobleme
- Fieber / Infekt
- Psychoaktive Arzneimittel
- Niereninsuffizienz
- Elektrolytverschiebung
- Alkohol
- Depression

## Delir vs Demenz

- Delir:
  - reversibel, schwankend, gestörter Schlaf, Halluzinationen, Bewusstsein getrübt,
  - Subtypen:
    - Hyperaktiv, z.B. Entzugsdelir
    - Hypoaktiv, z.B. hepatisch, metabolisch
- Demenz:
  - Nicht reversibel, selten Halluzinationen, Bewusstsein klar

Differentialdiag	Delir	Demenz	Depression	Psychose
Beginn	akut / plötzl. Std / Tage	schleichend (Monate)	unterschiedl., rezidivierend	unterschiedl., rezidivierend
Fluktuation	ja zirkadian	-	Morgentief	-
Dauer	Stunden / Tage	chronisch progredient	variabel	variabel
Auslöser	ja	nein	nein	nein
Bewusstseinsstörung	++ fluktuier quant/qual	erhalten ausser in Spätstadium	-	-
Aufmerksamkeit	++ fluktuierend	erst in Spätstadium gestört	+	+
Gedächtnisstör.	++	++	(+)	(+)
Orientierung	++	++	- „ich weiss nicht“	-
Halluzinationen	++	- (selten / spät)	-	++
Wahn	+	(+)	-/+	++
Stimmung	häufig Angst	labil, gereizt	Affektstörung = Leitsympt.	labil

## Abklärung

- An Delir denken
- Anamnese:
  - Patient bemerkt Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis, Denken, Wahrnehmung....
  - Angehörige fragen: „ist ihnen aufgefallen, dass...“
- Beobachtung, Evaluation des Gespräches:
  - Halluzinationen, inkohärentes Denken....
- Assessment-Instrumente:
  - DOS (Delirium-Beobachtungs-Screening)
  - CAM (Confusion Assessment Method)

## Für speziell Interessierte

Weitere Assessments wären:

- Delirium Rating Scale
- Delirium Symptom Interview
- Memorial Delirium Assessment Scale
- Nu-DESC = NURSING DELIRIUM SCALE

\*alle jedoch auf deutsch nicht erhältlich resp nicht validiert

## Abklärung / DD / Ursache

- Organsysteme durchgehen: siehe DD
- Neurostatus
- Kleines Labor: Elektrolyte, Nieren-Leberwerte, BZ, O2-Sättigung
- Retentionsblase, Obstipation
- Infekt
- Neue Medikamente

## Was muss / kann ich in der Nacht tun beim Palliativpatienten?

- Retentionblase, Obstipation
  - Fieber, beginnender Infekt
  - Hypoxämie
  - Hypoglykämie, Alkohol....
  - Neue Medikamente?
- => Der Rest kann bis zur Tagesschicht warten

## Delir: Therapie

### 1. Muss medikamentös behandelt werden?

- Cure oder care?
  - Indikation zur Behandlung eines Delirs
  - Patient leidet unter Delir
  - hyperaktives Delir (muss meist behandelt werden)
  - Agitation
  - aggressives Verhalten
  - Weglauftendenz
  - Selbst- oder Fremdgefährdung
- allenfalls auch mit Patienten vorbesprechen

## Delir: Therapie

### 2. Ziele der Therapie

- Leiden mindern
- Schlaf verbessern
- Denkstörung /Halluzinationen mindern
- Agitiertheit reduzieren

### 3. Ursache suchen und behandeln

- allenfalls auch probatorische Hydratation

## Delir: Therapie

### 4. Nicht medikamentöse Massnahmen

1. Kommunikation
2. Orientierungshilfen
3. Familie mit einbeziehen
4. Nicht ins System mit einsteigen
5. Nacht beachten, sedierende Neuroleptika zur Nacht
6. Sicherheit / Schutz

## Delir: Therapie

### 5. Medikamentöse Therapie

- Haloperidol (Haldol) = Mittel der Wahl
- beginnen mit 2,5 - 5mg (po, sc, oder iv)
  - wiederholen nach 30 Min (iv) oder 60 Min (sc oder po)
  - Dosis verdoppeln bei nächster Gabe (jede Gabe verdoppeln)
  - bei starker Unruhe/Hyperaktivität, zusätzlich Temesta mit 3. Dosis
- (Seroquel)
- beginnen mit 12.5 mg 2 x/Tag
  - steigern bis max 300 mg/Tag
- Nach dritter Dosis ohne Beruhigung:
- Benzodiazepin evaluieren

## Delir: Therapie

### Levomepromazin: (Nozinan)

- falls Patient agitiert oder nächtliche Unruhe
- beginnen mit 6.25 oder 12.5 mg (Dosen bis 50 mg/d) sc oder iv
- (falls Patient schlucken kann 7 Tropfen = 7 mg)

### Olanzapin: (Zyprexa)

1. Wahl bei Parkinsonismus oder Kontraindikation von typischem Neuroleptikum

### Benzodiazepine:

- 1. Wahl bei Entzugsdelir
- Zusätzlich zu Neuroleptika, falls nach 3 Dosen weiterhin Agitation im Vordergrund

## Delir: Nachsorge

- Patienten, die ein Delir hatten, haben ein erhöhtes Risiko wieder ein Delir zu erleiden
  - Dem nächsten Netzwerkpartner mitteilen (Austritts- Übertrittsberichte)

## Delir: Prävention

- Regelmässiges Assessment
- Genügend Sauerstoff
- Stress reduzieren:
  - Sicherheit, Kontinuität, Orientierung, angemessene Aktivität, Einflüsse reduzieren,
- auf Medikamente achten
- Wahrnehmung fördern

## Delir: Prävention

- Orientierung geben
- Rhythmus geben
- Kommunikation ermöglichen
- Auf Ausscheidung achten
- Angehörige einbeziehen

## Delir: Zwangsmassnahmen

- Freiheitseinschränkende Massnahmen stellen in jedem Fall einen schweren Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf persönliche Freiheit eines Menschen dar.
- Sind somit Ausnahmesituationen vorbehalten
- Stellen einen Konflikt medizin-ethischer Prinzipien dar: Dilemma-Situation
- Dazu gehören:
  - Zewi-Decke, Bettgitter, Fixationen der Hände etc

## Delir: Zwangsmassnahmen

### 7 Schritte-Modell

- Analyse der Ausgangssituation
- Interprofessionelle Entscheidungsfindung
- Information der betroffenen Person
- Information der Angehörigen
- Überwachung und Betreuung
- Dokumentation
- Neubeurteilung der Situation