

Akuter Verwirrheitszustand am Lebensende

Diagnostik und Management im häuslichen Umfeld

Der akute Verwirrheitszustand (Delir) am Lebensende tritt sehr häufig auch zu Hause auf und wird trotzdem oft verpasst oder verwechselt. Mit grundsätzlichen interprofessionellen Herangehensweisen kann ein Delir erkannt und behandelt werden. Hausärzte, spitalexterne mitbetreuende Pflegefachpersonen und Angehörige spielen dabei die wichtigste Rolle. Findet man die Ursache dennoch nicht oder wird das Lebensende aufgrund der Erkrankung nicht in den nächsten Tagen erwartet, müssen Patienten im Spital eingehender untersucht und auf das Delir hin behandelt werden.

**Christiane Chabloz, Andreas Gerber
und Noemi Lehmann**

Delir ist eine der häufigsten neuropsychiatrischen Komplikationen bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumor- und nicht tumorösen Erkrankungen. Am Lebensende (Prognose < 3 Monate) wird von einer Prävalenz von bis zu 90 Prozent ausgegangen. Ein Delir kann Teil der Sterbephase sein und wird in vielen Fachkreisen auch als «terminale Unruhe» beschrieben (1).

Delirium (lat. de = ab, neben; lira = Furche, Rille, Spur; bern-deutsch: «näb der Schyne») ist auch unter den Synonymen

«akute Verwirrtheit» oder «Durchgangssyndrom» bekannt. Das Delirium (in der angelsächsischen Literatur: acute confusional state) kann auch definiert werden als «ein komplexes Syndrom, welches verschiedenste Ursachen hat und gekennzeichnet ist durch gewichtige Störungen des Bewusstseins, der Wahrnehmung, des Denkens und des Schlafes» (2). Die Störung der Hirnleistung tritt in verschiedenen und wechselnden Hirnarealen auf und geht deshalb mit verschiedenen Haupt- und Nebensymptomen einher (Tabelle 1). Ein Delir kann dann als solches bezeichnet werden, wenn alle Hauptsymptome sowie ein akuter Beginn beobachtet werden. Der fluktuierende Symptomverlauf ist dabei zwingend typisch und richtungsweisend in der Diagnostik (3).

Auslöser sind vielfältig und führen einzeln oder in Kombination dazu, dass ein Delir akut auftreten kann (Tabelle 2). Allein das Alter (> 65 Jahre) ist eine der wichtigsten Ursachen, da das Gehirn des älteren Menschen vulnerabler und anfälliger für akute Verwirrheitszustände ist. Die in der Palliativ Care gebräuchlichen Medikamente zur Verbesserung der Lebensqualität sind gleichzeitig Substanzen, die Delirien auslösen können. In diesem Sinne geht es in der Ursachensuche ebenfalls bereits um die Behandlung dieser Auslöser.

Fallbericht

Der folgende Fallbericht veranschaulicht, wie es Menschen mit terminalen Krebserkrankungen bei akuter Verschlechterung ihres Allgemeinzustandes ergeht und wie pflegende Angehörige zu Hause in grosse Not geraten können, insbesondere dann, wenn es dem betreuenden Team im Krankenhaus wie im folgenden Beispiel nicht möglich ist, die spitalexterne Betreuung vor Austritt zu organisieren.

Herr H., 61-jährig, kontaktiert den Spitalnotfall wegen starker Schmerzen. Während des Spitalaufenthaltes wird ein akutes postrenales Nierenversagen bei seit vier Jahren bekanntem metastasierendem Harnblasenkarzinom festgestellt. Der Allgemeinzustand verschlechtert sich zunehmend, trotzdem will Herr H. nach Hause entlassen werden. Herr H. lebt mit seiner Lebenspartnerin erst seit Kurzem in Bern. Aufgrund des Umzugs hat er keinen neuen Hausarzt. Ohne die Organisation einer ärztlichen und pflegerischen Nachbetreuung abzuwarten, tritt Herr H. auf eigenen Wunsch nach Hause aus. Die Lebenspartnerin erhält am Austrittstag noch den Hinweis, die spitalexterne Onkologie und Palliative Care (SEOP) zu kontaktieren, falls sie Hilfe brauche.

Vier Tage nach Spitalaustritt ruft die Lebenspartnerin erstmalig dort an. Von diesem Moment an dauert es noch fünf Tage, bis Herr H. versterben wird.

MERKSÄTZE

- ❖ Ein Delir tritt bei so gut wie jedem Sterbenden auf: Es gilt, daran zu denken!
- ❖ Patient und Betreuende sind auf Notfallsituationen vorzubereiten.
- ❖ Ein akut auftretendes Delir hat häufig einen identifizierbaren Auslöser, der in den 48 Stunden zuvor eintrat.
- ❖ Haloperidol ist das Mittel der ersten Wahl; wichtig ist auch das Absetzen überflüssiger Medikamente.
- ❖ Viele akut bedrohliche internistische Erkrankungen müssen als Differenzialdiagnose bei Verdacht auf Delir in Betracht gezogen werden.

Tabelle 1:

Haupt- und Nebensymptome des Delirs

Hauptsymptome (nur in Kombination bestehend sind sie typisch für ein Delir)	akuter Beginn (innerhalb von Stunden bis Tagen) fluktuierender Symptomverlauf und 1. Aufmerksamkeitsstörung und 2. formale Denkstörung oder Bewusstseinsstörung
Nebensymptome (möglich, nicht zwingend)	Wahrnehmungsstörungen (z. B. Halluzinationen, Wahnvorstellungen) Orientierungsstörungen (Zeit, Ort, Person, Situation) Gedächtnisprobleme (kann sich Anweisungen nicht merken) gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus (Tag-Nacht-Umkehr) gestörte Emotionalität (Aggression, Angst, Cave: Differenzialdiagnosen) gestörte Aktivität (3 Formen): ❖ hyperaktives Delir: nesteln, agitiert, aggressiv, ständige Unruhe ❖ hypoaktives Delir: soporös, antriebsarm, gedämpft ❖ gemischtes Delir: abwechselnd hyper- und hypoaktive Phasen.

Tabelle 2:

Wichtigste Ursachen des Delirs**Alter > 65 Jahre****Anticholinerge Stressoren**

- ❖ Medikamente (Atropin, Buscopan, Steroide, Opiode ...)
- ❖ vagale Reize (Zystitis, Harnverhalt, Blasenkatheter, Koprostase)

Noradrenerge Stressoren

- ❖ schwere Krankheit (Pneumonie, Tumoren, Herz/Kreislauf)
- ❖ Schlafstörung, Schlafentzug
- ❖ Schmerz, Angst, Depression, Isolation

Vitaminmangel (z. B. B₆, B₁₂)**Mangelernährung****Metabolische Entgleisung**

- ❖ Hypoxie
- ❖ Elektrolytstörung
- ❖ Dehydrierung

- ❖ Polypharmazie (Phenprocoumon, Methadon, Metamizol, Antazida, Amlodipin, Metoclopramid, Esomeprazol, Macrogol und Natrium-Picosulfat als Fixmedikation, Quetiapin als Reservemedikation)
- ❖ Miktionsstörung bei Harnblasenkarzinom und Niereninsuffizienz
- ❖ Dehydratation (tatsächliche Flüssigkeitszufuhr unbekannt)
- ❖ Dyspnoe (in Anstrengung)
- ❖ Schmerzen
- ❖ Obstipation (Stuhlgangfrequenz > 4 Tage).

Am fünften Tag nach Spitalaustritt schläft Herr H. den ganzen Tag, ist jederzeit weckbar, nickt aber nach Sekunden kurzer Wachheit wieder ein. Er wirkt zufrieden, ist aber zeitlich und örtlich desorientiert. Der Hausarzt entscheidet, in Kürze ein Familiengespräch durchzuführen.

Am sechsten Tag erhält die Spitex einen Anruf von der Partnerin, Herr H. sei nicht mehr weckbar. Beim Eintreffen der Pflegefachperson ist der Patient wieder wach und ansprechbar. Nur ungern nimmt er Unterstützung an. Stark verlangsamt und höchst unsicher, versucht Herr H., selbstständig zu gehen und kann nur knapp einem Sturz entkommen. Der Hausarzt verordnet 2-mal täglich Haloperidol 0,5 mg per os.

Am siebten Tag ist Herr H. ruhig und schläft. Er ist im wachen Zustand freundlich und angepasst, zu Person und Ort jedoch nicht orientiert. Am Abend wird er unruhiger, agitiert und stärker verwirrt als noch am Morgen. Sein Verhalten macht der Lebenspartnerin Angst. Er erhält insgesamt 1,5 mg Haloperidol.

Am achten Tag kommt der Hausarzt mit der Lebenspartnerin und den Töchtern im Haus des Patienten zum gemeinsamen Gespräch zusammen. Herr H. ist während des Gesprächs anwesend. Er formuliert, dass er dem Inhalt nicht folgen könne, aber froh sei, dass seine Partnerin unterstützt werde. In der darauffolgenden Nacht wird Herr H. wieder massiv unruhig, agitiert, äussert Angst und leidet unter starker Dyspnoe. Er erhält zusätzlich 5 mg Methadon und insgesamt 1,5 mg Haloperidol.

Nach dem telefonischen Hilferuf, am vierten Tag nach Spitalaustritt, sieht die SEOP-Pflegende Herrn H. und seine Partnerin zum ersten Mal. Sie trifft ihn in einem äusserst schlechten Zustand an. Für den Patienten stehen seine ausgeprägte Fatigue, die psychische Erschöpfung und die intermittierenden Verwirrheitszustände im Vordergrund. Er verliere immer wieder die Kontrolle über sein Handeln, Sprechen und Verhalten, und dies löse eine enorme Verzweiflung, Angst und Wut aus. Am meisten leide er darunter, dass er nicht mehr lesen oder sich an einem Gespräch beteiligen könne. Seine Konzentrationsfähigkeit ist durch das ständige Einnicken stark beeinträchtigt. Dies sei keine Lebensqualität für ihn. Bei der telefonischen Abklärung der möglichen Gründe für den Verwirrheitszustand stehen für den beigezogenen Arzt und die SEOP-Pflegende mögliche auslösende Ursachen im Vordergrund:

Tabelle 3:

Differenzialdiagnosen

	Delir	Demenz	Depression	Psychose	Fatigue	Intoxikation
Beginn	akut innerhalb von Stunden oder Tagen	langsam Monate bis Jahre	langsam Wochen bis Monate	akut Tage bis Monate	akut Tage bis Wochen	akut
Verlauf	fluktuierend	gleichmässig	gleichmässig kontinuierlich	gleichbleibend	gleichmässig oder zunehmend	abklingend
Psychomotorik	verändert (hypoaktiv, hyperaktiv, wechselnd)	meist normal	normal	wechselnd	meist reduziert	meist verlangsamt
Bewusstsein	eingeschränkt, getrübt	normal	klar	normal	normal	eingeschränkt
Aufmerksamkeit	eingeschränkt	meist normal	oft unverändert	wechselnd	meist normal	eingeschränkt
Sprache	oft inkohärent, zusammenhangslos	Wortfindungsstörungen	normal oder verlangsamt	normal, z.T. Neologismen	normal	verwaschen
Neurologie	oft Tremor, Koordinationsstörungen	oft unauffällig	unauffällig	unauffällig	unauffällig	oft Gangunsicherheit, Ataxie
Fieber	meist nein	nein	—	meist nein	nein	substanzabhängig
Halluzinationen	visuell	selten	selten	akustisch	selten	substanzabhängig
Illusion	oft suggestibel	selten	—	oft	selten bis nie	substanzabhängig
Orientierung	meist gestört	gestört	meist normal	meist normal	meist normal	substanzabhängig

Am Morgen des neunten Tages wird Herr H. notfallmässig rehospitalisiert und verstirbt kurz nach Eintreffen im Spital.

Anzeichen für die Entwicklung eines Delirs

Mehrere Zeichen weisen darauf hin, dass Patienten ein Delir entwickeln. Dabei sind die Beobachtungen der Angehörigen die wichtigste Grundlage für eine zielführende Diagnostik. Oft berichten sie von Wesensveränderungen oder wechselnder Klarheit in Orientierung oder im Denken. Die Beobachtungen der Spitexpflegenden können neben den Berichten der Angehörigen oftmals Aufschluss über den akuten Beginn und den fluktuierenden Charakter geben (3). Ein Delir kann, wenn Hypoaktivität und Schläfrigkeit klinisch im Vordergrund stehen, im häuslichen Umfeld schnell als starke Fatigue verkannt werden. Auch Agitiertheit oder der Drang zur Selbstständigkeit wird verständlicherweise häufig mit der eigentlichen Gesamtsituation in Verbindung gebracht (4). Treten diese Verhaltensweisen und Symptome aber in wechselnden Zuständen auf oder widersprechen sich anscheinend Beobachtungen der einzelnen Betreuenden, muss an das Delir gedacht werden. Zur Abgrenzung des Delirs von anderen Störungen kann es hilfreich sein, sich häufige Differenzialdiagnosen (Tabelle 3) vor Augen zu führen.

Therapeutische Optionen

Haloperidol gilt heute als erstes Mittel der Wahl. Obwohl dieses (wie auch sämtliche anderen unten erwähnten Medikamente) off label gebraucht werden, machen mehrere Autoren in ihren Forschungen (5, 6) und zahlreiche Fachpersonen in der Spitalpraxis die Erfahrung, dass Haloperidol oral oder parenteral, vorzugsweise subkutan unverdünnt, mit einer Anfangsdosis von 0,5 bis 1 mg alle 4 bis 6 Stunden bereits eine Normalisierung des akuten Verwirrheitszustands

innerhalb von 24 bis 48 Stunden bewirken kann. Maximaldosen von bis zu 3 mg alle 4 Stunden können bei zu schwacher oder fehlender Wirkung verabreicht werden. Wird jedoch keine Besserung erreicht, steht als Alternative Risperidon zur Verfügung (Anfangsdosis 1 mg alle 12 bis 24 h, steigern bis zu 3 mg alle 12 h).

Wir empfehlen, die verschiedenen Substanzen nicht zu kombinieren. Wenn vermutet wird, dass einem Delir eine massive Angstsymptomatik zugrunde liegt, kann auch der Einsatz eines Benzodiazepins indiziert sein. Dabei ist aber zu bedenken, dass Benzodiazepine als Substanzgruppe auch Delirien auslösen können.

Eine Behebung der Ursachen ist immer anzustreben. Häufige Delirauslöser sind: Harnverhalt, Obstipation (beide starke Vagusreize), Interaktionen von mehr als vier Medikamenten (7), Infekte, anhaltende Schmerzen, Opioidrotationen und Dehydratation. Wenn bei einem Patienten Lebensrettung oder eine Lebensverlängerung intendiert wird, stellt ein ätiologisch ungeklärtes Delir eine zwingende Indikation zur Hospitalisation dar. Es ist dabei zu bedenken, dass sich zahlreiche akut bedrohliche internistische Erkrankungen bisweilen als Delir maskieren können (Tabelle 3).

Beratung der Angehörigen ist wichtig!

Die Heftigkeit der Situationen mit deliranten Patienten löst bei deren Angehörigen Stress, Angst und Unsicherheit aus. Dieser Stress wird möglicherweise verstärkt durch fehlende Informationen, den fluktuierenden Verlauf und mangelnde Möglichkeiten eines Austauschs über die Extremsituationen. Deshalb ist es in der Beratung von Angehörigen zielführend, sie über Delirsymptome und Behandlungsmöglichkeiten umfassend zu informieren. Häufig reicht es auch aus, wenn man ihre Beobachtungen aufgreift und in Verbindung zur

fortschreitenden Erkrankung beziehungsweise zu den vermuteten Ursachen bringt. Angehörige können bei der Ursachensuche hilfreiche Informanten sein. Bei pflegenden Angehörigen sollte ein besonderes Augenmerk auf die vorhandenen und benötigten Kräfte in Pflege/Betreuung gerichtet werden. Es ist von grösster Bedeutung, dass Spitexbetreuende und Hausärzte Gesprächsbereitschaft gegenüber diesem Thema signalisieren, um so die Angst und Sorge um den kranken Angehörigen mindern zu können. So kann auch verhindert werden, dass eine womöglich vorhersehbare Eskalation der Situation verpasst wird (8).

Fazit

1. Das Delir ist beim Sterbenden in den letzten Lebenstagen bis -wochen praktisch obligat: Wir müssen daran denken.
2. Der Patient sowie das Betreuungssystem sind zu sensibilisieren und auf Notfallsituationen vorzubereiten, wenn zu Hause alle Stricke reissen (inkl. vorsorgliche Benennung des Akutspitals als Ressource).
3. Das Hirn des älteren und kranken Menschen ist bezüglich Delirentwicklung besonders vulnerabel.
4. Diagnostik ist Teamarbeit. Die Beobachtungen aller Beteiligten in der Betreuung müssen zusammengetragen werden. Erst dann ist eine Interpretation der Symptomatik möglich.
5. Die Behandlungssäulen bei Delir am Lebensende sind:
 - ❖ Ursachensuche: Ein akut auftretender Verwirrungszustand hat häufig einen identifizierbaren Auslöser. Frage: Was hat sich in den letzten 48 Stunden geändert?
 - ❖ Ursachenbehandlung: Auslöser beseitigen (sofern möglich)
 - ❖ Alltagsstrukturierung: Reizabschirmung
 - ❖ Pharmakotherapie: Haloperidol als Mittel der ersten Wahl gegen Delir und Absetzen überflüssiger Medikamente
 - ❖ Angehörigenbegleitung: Stützen der pflegenden Angehörigen und vorsorgliche Krisenregelung.

Korrespondenzadresse:

Christiane Chabloz
Pflegeexpertin APN, MSN
Stiftung Diaconis
Diaconis Palliative Care
Schänzlistrasse 15
3013 Bern
E-Mail: christiane.chabloz@diaconis.ch

In memoriam

Guido Brun del Re (1944–2015),
Arzt und Berner Palliative-Care-Pionier

Literatur:

1. Inouye SK et al.: Delirium in elderly people. *Lancet* 2014; 383: 911–922.
2. Caraceni A, Grassi L: *Delirium: Acute confusional states in palliative medicine*. Oxford University Press, Oxford, 2003
3. Caraceni A, Simonetti F: Palliating delirium in patients with cancer. *Lancet Oncol* 2009; 10: 164–172.
4. Meagher D et al.: A new data-based motor subtype schema for delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2008; 20: 185–193.
5. Perrar KM et al.: Medikamentöse Behandlung des Delirs bei Palliativpatienten. *Schmerz* 2013; 27:190–198.
6. LeGrand SB: Delirium in palliative medicine: a review. *J Pain Symptom Manage* 2012; (44)4: 583–594.
7. Jackson N et al.: Neuropsychiatric complications of commonly used palliative care drugs. *Postgrad Med J* 2008; 84: 121–126.
8. Bruera E et al.: Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer* 2009; 115 (9): 2004–2012.

Wir danken Herrn Dr. med. Markus Denger, wissenschaftlicher Beirat von ARS MEDICI, Frau Dr. med. Heike Gudat, Vorstandsmitglied von palliative.ch, und Dr. med. Klaus Bally, Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel, für ihre Unterstützung bei der Konzeption und Planung unserer Serie «Palliativmedizin in der Praxis».

BUCHTIPP

Sterben als Teil des Lebens

Wie sieht die bestmögliche Sterbebegleitung aus? Welche Schritte sollte jeder vorsorglich, noch in Zeiten bester Gesundheit, gehen? Wie legt man gemeinsam mit seinen Angehörigen fest, wie der Weg zum eigenen Lebensende aussehen soll? Welche Symptome treten im Lauf einer schweren Erkrankung auf und was hilft gegen Schmerzen, Atemnot, Wundliegen – und die Angst? Um diese und andere Fragen geht es in dem Buch des Palliativmediziners Thomas Sitte «Vorsorge und Begleitung für das Lebensende» – ein empfehlenswertes Werk, das Rat und Hilfe für Schwerst- kranke, Sterbende und ihre Begleiter bietet.

Der Autor hat sein Buch nach den aufeinander folgenden Stadien gegliedert, von der «Zeit vor der Krankheit» – unter anderem mit ausführlichen Tipps zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmacht – bis hin zur «Zeit des Sterbens» und der «Zeit des Erinnerns» mit Rat für die Hinterbliebenen. Auch die Themen «Sterbehilfe», «Sterbenlassen» und «Suizid» werden in dem Buch thematisiert.

Thomas Sitte ist Facharzt für Anästhesiologie, Palliativmedizin und spezielle Schmerztherapie. Er hat selbst viele hundert Menschen beim Sterben begleitet und setzt sich als Vorsitzender der Deutschen PalliativStiftung dafür ein, die Palliativ- und Hospizversorgung auszubauen. RBO❖

Thomas Sitte: *Vorsorge und Begleitung für das Lebensende*
218 Seiten, 30 Abbildungen, Softcover
Springer Verlag 2015
ISBN 978-3-662-44346-0
25 Franken
Auch als eBook verfügbar.

