



UCCH Pathway

UCCH Guideline

Akuter Verwirrtheitszustand in der Palliativversorgung

Version März/2021

Guideline Akuter Verwirrheitszustand in der Palliativversorgung Version 02, März/2021

Geprüft von:

Dr. med. Anna Babiak (Universitätsklinikum Ulm)
PD Dr. med. Jan Lewerenz (Universitäts- und Rehabilitationsklinik Ulm)
Prof. Dr. med. Karin Oechsle (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)
Dr. med. Mayer-Steinacker (Universitätsklinikum Ulm)
Prof. Dr. med. Michael Thomas (Universitätsklinikum Heidelberg)

Modifiziert für das UCCH:

Prof. Dr. med. Karin Oechsle
+ alle Mitglieder der UCCH Task force Palliative Care

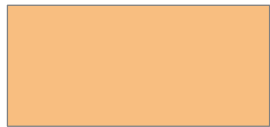
Erstellt von: Dr. phil. Elisabeth Jentschke
Prof. Dr. med. Birgitt van Oorschot

Adaptiert am: März/2018

Überprüft am: März 2021

Nächste geplante Überprüfung: **März/2023**

Legende



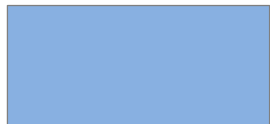
= (therapeutische) Handlung



= klinischer Zustand



= diagnostische Handlung



= klinische Studie



= unterstützende Maßnahmen



= Ereignis/Entscheidung



= Verweis

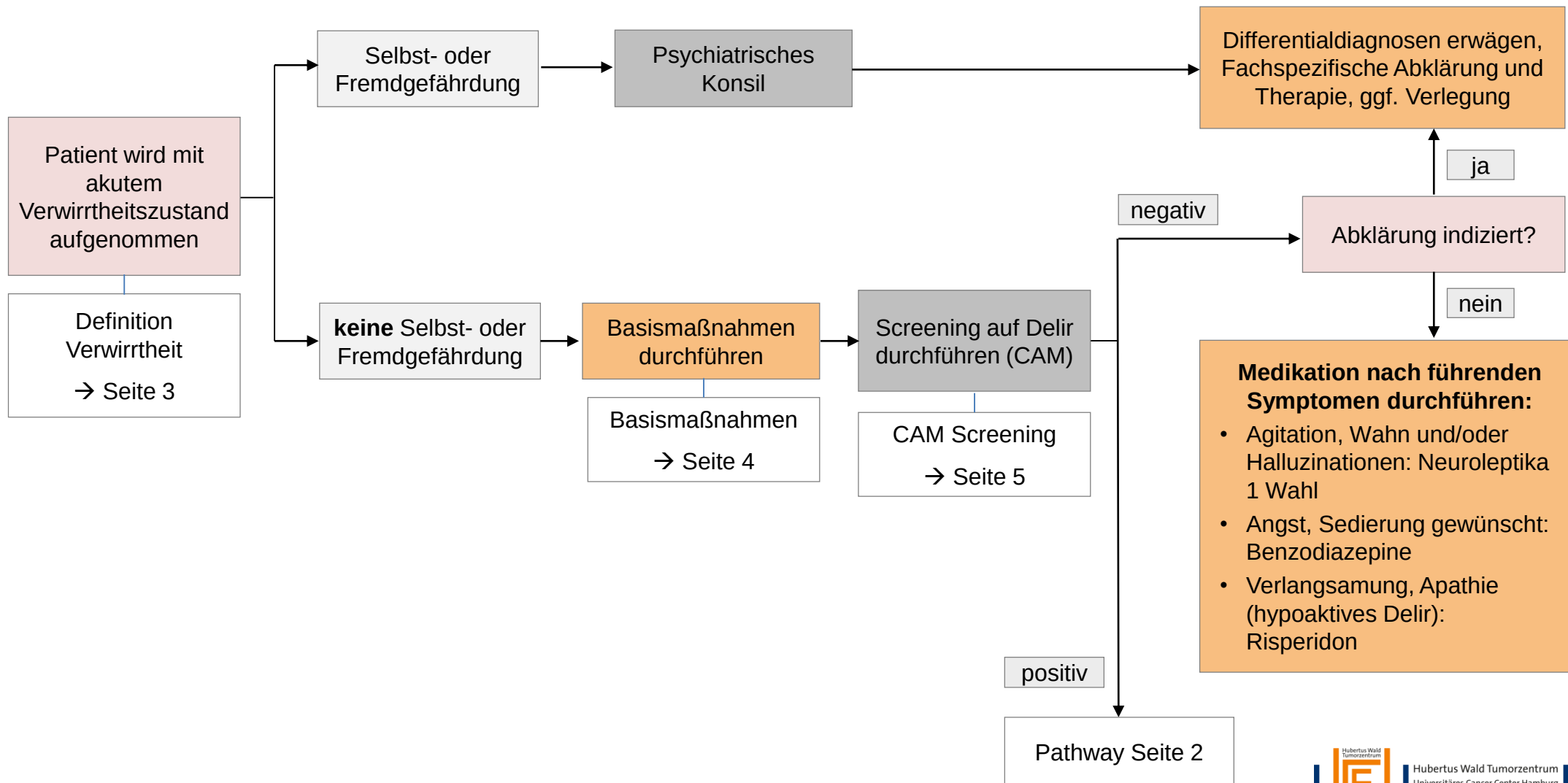
Abkürzungen

BB	Blutbild
BZD	Benzodiazepin
BZ	Blutzucker
CAM	Confusion Assessment Method
Ca++	Calcium
CRP	C-reaktives Protein
EEG	Elektroenzephalografie
GABA	Gamma-Aminobuttersäure
ggf.	gegebenenfalls
h	Stunden
iv	intravenös
K+	Kalium

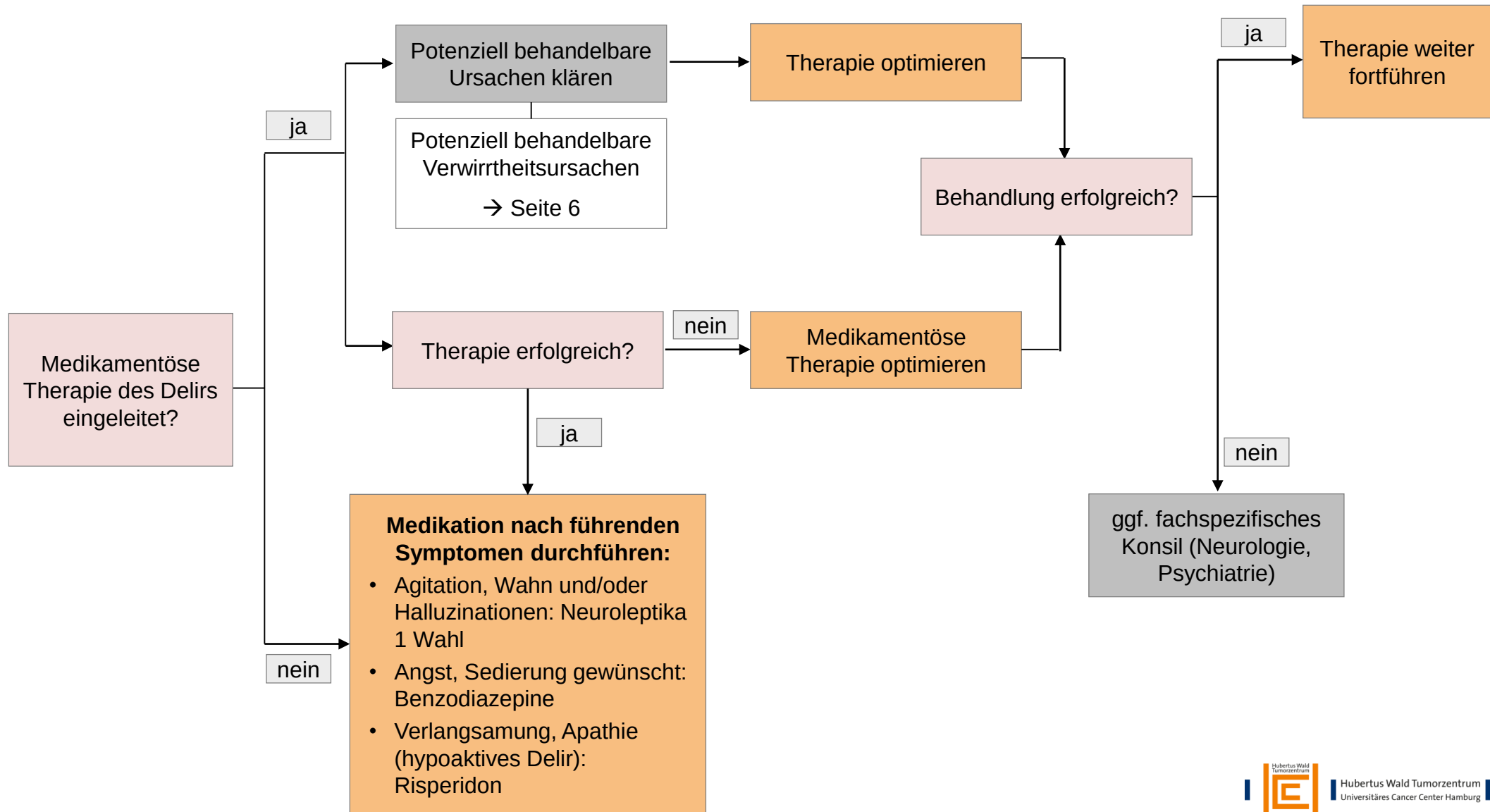
KI	Kontraindikation
Na*	Natrium
NL	Neuroleptika
Pat	Patient
po	per os
sc	subkutan
sl	sublingual
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
SZ	Sperrzeit
Vit.	Vitamin
WE	Wirkeintritt
WD	Wirkdauer

Cave Vorsicht, ggf. vorsichtig / niedrig dosiert einsetzen
EPMS Extrapiramidal motorische Symptome

Pathway: Akuter Verwirrtheitszustand I



Pathway: Akuter Verwirrtheitszustand II



Seite 3: Definition der Verwirrtheit

Akuter Verwirrheitszustand gekennzeichnet durch:

- Fluktuierende Bewusstseinsstörung
- diffuse kognitive Beeinträchtigung
- Aufmerksamkeitsstörung
- Wahrnehmungsstörungen/Halluzinationen
- Wahnvorstellungen
- Gestörte Denkabläufe
- Störung Schlaf-Wach-Rhythmus
- veränderter oder labiler Affekt
- Fluktuation der Symptomschwere
- Beide Zustandsformen (hypo- und hyperaktives Delir) können rasch wechseln

Ursache:

- akute organisch bedingte Beeinträchtigungen von Gehirnfunktionen

Dauer:

- Tage bis Wochen

Besonderheit:

- Erhöhte Mortalität (kurzfristig bis 20-fach massiv gesteigert und langfristig verdoppelt) **Delir ist als Notfall zu betrachten!**

Seite 4: Basismaßnahmen

- Ruhige und sichere Umgebung schaffen
- Angehörige und Patient zusammenbringen
- Berührung durch vertraute Personen
- Validation, keine Zurechtweisen
- Zulassen / Förderung der Mobilität
- Entspannende Musik und Gerüche
- ggf. psychologische Mitbetreuung
- Reorientierungstraining / kognitive Stimulation
- Verbesserung der Umweltfaktoren (Lärmreduktion, Lichtanpassung, soziale Deprivation meiden)
- den Patienten beruhigen („talk down“)
- Kontinuität in der Betreuung
- Sturzprophylaxe
- Basal stimulierende Pflege

Ziel:

- Veränderung des Körperbildes, Förderung der Orientierung
- Vermitteln von Wohlbefinden, Verständnis für veränderte Wahrnehmung

Grundsätzlich:

- Das Delir ist grundsätzlich reversibel – Ausnahme: Sterbephase

Seite 5: CAM Screening

Confusion Assessment Method (Kurzversion) Inouye, S.K. et al 1990		Delir
I. Akuter Beginn und Fluktuierender Verlauf: a) gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung im Grundzustand des mentalen Status des Patienten? Nein b) Fluktuierte das (veränderte) Verhalten während des Tages, d.h. hatte es die Tendenz aufzutreten und wieder zu verschwinden oder wurde es stärker u. schwächer? Nein		Box 1 Ja Ja
II. Aufmerksamkeitsstörung: Hatte Patient Schwierigkeiten, seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, z.B. war er leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen? Nein		Ja
III. Formale Denkstörung: War der Gedankenablauf des Patienten desorganisiert oder zusammenhanglos, unklar oder unlogischer Gedankenfluss oder Gedankensprünge? Nein		Box 2 Ja
IV. Veränderte Bewusstseinslage: Wie würden Sie die Bewusstseinslage allgemein beschreiben? - wach – Alert (normal) oder - 1. Hyperalert - (Überspannt) - 2. Somnolent – (schläfrig, leicht erweckbar) - 3. Soporös – Stuporös (erschwert erweckbar) - 4. Koma – (nicht erweckbar) - Wurden Kriterien von 1. bis 4. angekreuzt? Nein		Ja
Ergebnis: Werden alle Kriterien in Box 1 und zumindest ein Kriterium in Box 2 angekreuzt, kann auf die Diagnose eines Delirs geschlossen werden		

Sensitivität 94-100%, Spezifität 90-95%, Bickel H (2007) Deutsche Version der Confusion Assessment Method (CAM) zur Diagnose eines Delirs. Psychosomatik und Konsiliarpsychologie 1(3):224-228

Seite 6: Potenziell behandelbare Verwirrtheitsursachen

Medikamente:

- z.B. Analgetika, Anticholinergika, Antikonvulsiva, Antiphlogistika, Kardiaka, Parkinsonmittel, Sympatomimetika, Tuberkulostatika, Zytostatika (5-FU), Steroide, Lithium, Metronidazol, Theophyllin), siehe dazu im Detail auch die PRISCUS-Liste (Holt 2011), Burkhardt 2007

Nichtmedikamentöse Ursachen (u.a. Lorenzl 2012):

- Mangelerscheinungen (Dehydratation, Hypoxämie, Thiamin-, Vit.B12 o. Folsäure)
- Infektionen (Sepsis, Urosepsis, Pneumonie, Meningitis)
- Blutveränderungen (Blutzucker, K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Harnstoff, CRP, BB, Leber, BZ...)
- ZNS (Hirndruck, Hirntumore, Hirnmetastasen, nonkonvulsiver Status epilepticus oder postiktale Verwirrtheit)
- Andere Erkrankungen (Hyper-/Hypothyreose, Nebenniereninsuffizienz, Harn-oder Stuhlverhalt, Psychose, Angststörung, ...)
- Entzugssyndrome (Alkohol, Nikotin, Benzodiazepine, SSRI, Steroide)

Seite 7: Potenziell behandelbare Verwirrtheitsursachen

	hyperaktiv	hypoaktiv
Typus	psychomotorische Unruhe, gesteigerte Aufmerksamkeit, Agitiert, ungerichtete Angst	scheinbare Bewegungsarmut, verminderte Aufmerksamkeit, lethargisch, apathisch, starr
Symptome	Halluzinationen (häufig optisch), Wahn, übererregt, ausgeprägte vegetative Zeichen	Beeinträchtigtes Bewusstseinsniveau, schläfrig, verlangsamt, vermindertes Sprechen, Halluzination/Desorientiertheit erst durch Befragen deutlich
Beispiele	Entzugssyndrome (Alkohol, Benzodiazepin)	Enzephalopathien (hepatisch, metabolisch)
Patho- physiologie	beschleunigter oder normaler zerebraler Metabolismus, EEG: schnell, reduziertes GABA, erhöhtes Dopamin	herabgesetzter zerebraler Metabolismus, EEG: verlangsamt, überstimulierte GABA

Seite 8: Potenziell behandelbare Verwirrtheitsursachen

Medikament	Appli- kation	Einzeldosis	Bei älteren Pat	Pharmakokinetik, WE/WD	NW	Kommentar
(NL) Haloperidol (Haldol®)	po, sc, iv	1 mg po (Titration alle 30 Min, anschließend alle 4-6 h) 1-2 mg iv/sc (stark agitiert), SZ 10 Min, ggfs. steigern auf 3-5 mg /Dosis	0,5 mg po (z. Nacht) 0,25 – 0,5 mg Startdosis 0,5 – 2mg/d	WE po 1 h, sc/iv 10-15 min WD: bis 24 h	Extrapyramidal, QT- Verlängerung (Sedierung)	Umrechnung: iv:po = 1:1,5 Mittel der 1. Wahl Cave: Entzugsdelir, arzneimittelbedingtes Delir
Quetiapin (Seroquel)	po	50 mg 2x/d, tgl. Steigerung um 50 mg (max. 400 mg/d)	12,5 – 25 mg Startdosis 25 mg steigern b.B. In 2 Einzeldosen (max. 200 mg/d)			Mittel der Wahl bei M. Parkinson
(NL) Risperidon (Risperdal®)	po, sl	1 mg po alle 12 h	0,5 mg 0,25 – 0,5 mg Start alle 12 h Max.: 0,5 – 2mg	WE: Stunden bis Tage WD: 12-24 h	Extrapyramidal, Hypotension	Bei älterem Pat. mit hypovigilantem Delir, KI: Nicht-Alzheimer- Demenz, Parkinson
(NL) Olanzapin (Zyprexa®)	po, sl	2,5-5 mg po (z. Nacht)	(geringe Ansprechrate)	WH: Std – Tage WD: 6-72 h	Extrapyramidal, Benommenheit	erst ab 5 mg als Schmelztablette erhältlich
(BZD) Lorazepam (Tavor®)	po, sl, im	1-2,5 mg po, sl (Titration alle 30 Min)	0,25-0,5 mg sl	WE: 15-30 min WD: 6-72 h	Paradoxe Reaktion	Zusätzlich Sedierung, nur in Kombi mit Neuroleptikum
(BZD) Midazolam (Dormicum®)	sc, iv	2,5 – 5 mg sc, 30-60 mg/24 h sc	0,25-1 mg sc, 10- 15 mg/24h	WE: 10-30 min WD: ca 4 h		Am Lebensende, wenn Sedierung gewünscht, nur in Kombination mit Neuroleptikum

Seite 9: Verwirrtheit im Alter

Ätiologie (Aufzählung ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- 50% multifaktorielle Genese (50% Demenz als prädisponierender Faktor)
- Auslöser oft durch Infektionen mit und ohne Exsikkose
- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (Sun downing-Syndrome)
- bei 30% unerwünschte medikamentöse Wirkungen (besondere Rolle spielen anticholinerge Arzneimittelwirkungen)

Behandlung:

- Medikamentenkombination und Dosierungen überprüfen („Apotheke ausdünnen“)
- Vermeiden von Faktoren, die ein Delir auslösen können
- Identifikation und Behandlung potentieller Ursachen (Fremdanamnese und körperliche Untersuchung, vorbestehende kognitive Defizite)
- Delir-reduzierende medizinische Versorgung (Ausgleich von sensorischen Defiziten wie Brille, Hörgerät.
- Vermeiden von ungewöhnlichen Körperwahrnehmungen wie Blasenkatheter, Fixierung)
- Kontrolle gefährlicher Verhaltensstörungen (Validation und wertschätzender Umgang)
- Kontrolle der Vitalparameter
- Strenge Überwachung der perioperativen Phasen

Quellenangaben

Hauptquelle:

Leitlinienprogramm Onkologie: Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.0, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <http://leitlinienprogrammmonkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html>

- Adamis D. et al. Delirium scales: a review of current evidence, 2010.
- Bickel, H. Deutsche Version der Confusion Assessment Method (CAM) zur Diagnose eines
- Delirs. Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie, 2007. 1(3): p. 224-228.
- Bruera, E. et al., Cognitive failure in patients with terminal cancer: a prospective study. J Pain Symptom Manage, 1992. 7(4): p. 192-195.
- Candy, B. et al., Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients. Cochrane Database Syst Rev, 2012. 11: p. CD004770.
- Hestermann, U. et al., Validation of a German version of the Confusion Assessment Method for delirium detection in a sample of acute geriatric patients with a high prevalence of dementia. Psychopathology, 2009. 42(4): p. 270-276.
- Inouye, S.K. et al., Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med, 1990. 113(12): p. 941-948.
- Perrar, K.M. H. Golla, and R. Voltz, Medikamentöse Behandlung des Delirs bei Palliativpatienten. Eine systematische Literaturübersicht. Der Schmerz, 2013.
- Trögner J. www.allgemeinarzt-online.de 11/2012.
- Holt S, S. Schmiedl, P. A. Thürmann. PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen, Stand 01.02.2011 Heiß – Altersmedizin aktuell – 27.Erg.LFG.3/13 6.1.2 S.6
- Stefan Lorenzl, Ingo Füsgen, Soheyl Noachtar, Verwirrtheitszustände im Alter: Diagnostik und Therapie, Deutsches ÄrzteblattJg. 109 Heft 21 25. Mai 2012
- Burkhardt U, Wehling M: Pharmakotherapie älterer Patienten. Internist 2007; 48: 1220–31