M. Gogol
D. Lüttje

Delir im Alter – immer noch unzureichend erkannt und behandelt

Ein Delirium ist ein schwerwiegendes, häufig lebensbedrohliches Syndrom, dessen Inzidenz mit zunehmendem Alter ansteigt. Es tritt sowohl im ambulanten Sektor – oft als unspezifisches und einziges Syndrom einer Erkrankung – als auch häufig im Krankenhaus auf [1]. Hier ist es insbesondere assoziiert mit der Schwere einer Erkrankung, aber auch mit operativen Prozeduren und der Behandlung auf Intensivstationen [2,3]. Vor knapp 10 Jahren haben Inouye et al. bereits aufzeigen können, dass durch bestimmte Interventionen des behandelnden Teams die Häufigkeit und Schwere eines Delirs günstig beeinflusst werden können [4].

Dem Geriater ist dieses Syndrom in seinem vielfältigen Erscheinungsbild wohl bekannt und es gibt sicherlich kaum geriatrische Curricula, die dieses Thema nicht auch auf ihrer Agenda haben. Von

Renteln-Kruse et al. [5] bezeichnen das Delir als eines der Kernthemen für den Studentenunterricht gemäß dem Querschnittsbereich Q7 (Medizin des Alterns und des alten Menschen). Ebenso haben Meisel et al. das Thema in ihren Vorschlag für ein Curriculum für Medizinstudierende aufgenommen [6].

Diese Ausgabe der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie befasst sich mit dem Thema Delirium als Themenschwerpunkt. M. Gogol [7] beschreibt in seiner Übersicht die Bedeutung, die das Delir für den älteren Menschen hat. Die Diagnostik und einen Behandlungsalgorithmus stellt nachfolgend A. Rahn [8] vor. Die Wichtigkeit dieses Themas liegt auch und gerade darin, dass es kaum stringente und allgemein verbindliche Behandlungsstandards gibt, sondern häufig selbst in einem Krankenhaus vielfältige unterschiedliche Behandlungsstrategien – v.a. Medikamentencocktails – zur Anwendung kommen.

Gurlit und Möllmann beschreiben in ihrer Arbeit eine mögliche Intervention, um das perioperative Delir bei Alterspatienten in seiner Häufigkeit zu reduzieren. Bemerkenswert ist dabei, dass dies in einem Krankenhaus realisiert werden konnte, das über keine eigene geriatrische Fachabteilung verfügt [9].

In ihrer Arbeit über das Projekt GISAD (Geriatrisch-Internistische

Station für Akuterkrankte Demenzpatienten) beschreiben Zieschang et al. [10] einen Weg, Hochrisikopatienten für ein bzw. mit einem Delir eine angepasste stationäre Behandlung anzubieten, die einerseits eine multimodale Intervention darstellt, andererseits aber diese Patienten nicht von einer angemessenen stationären medizinischen Behandlung ausschließt.

In ihrem Artikel zum Thema Demenz als Nebendiagnose in der Krankenhausbehandlung beschreibt Angerhausen [11] eine Intervention, die das Ziel hat, die Demenz als Nebendiagnose in den zentralen Fokus zu stellen und damit diejenigen Patienten, die ein besonders hohes Risiko für die Entwicklung eines Deliriums aufweisen, besser im Krankenhaus zu betreuen.

Kirchen-Peters [12] stellt in ihrem Beitrag ein Projekt vor, in dem ein „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisonsdienst“ der zentrale Koordinationspunkt für die bessere Betreuung und Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen im Krankenhaus ist, und kommt in diesem Projekt zu dem Ergebnis, dass die Intervention sowohl hinsichtlich des Outcomes der Patienten als auch für die Behandlungskosten effektiv ist.

Der Themenschwerpunkt verdeutlicht die Notwendigkeit, das Thema Delir weit oben auf die

Dr. M. Gogol (✉)
Krankenhaus Lindenbrunn
Klinik für Geriatrie
Lindenbrunn1
31863 Coppenbrügge, Germany
Tel. +49-5156/782-295
Fax. +49-5156/782-287
E-Mail: gogol@krankenhaus-lindenbrunn.de

Hon.-Prof. Dr. D. Lüttje
Klinikum Osnabrück gGmbH
Klinik für Geriatrie
Sedanstr. 115
49090 Osnabrück, Germany

Agenda der Krankenhausbehandlung zu setzen, und zwar sowohl Risiken für die Delirentwicklung als auch Früherkennung und Management des entstandenen Delirs inklusive der Sekundärprävention von Folgeschäden. Konservative und operative Bereiche der Medizin sind hier gleichermaßen betroffen, Notaufnahmen, Intensivstationen und Normalstationen, aber auch Bereiche mit ambulanten Angeboten (z.B. ambulantes Operieren). Flaherty et al. [13] haben im

vergangenen Jahr die Forderung gestellt, das Assessment der kognitiven Funktion als sechstes Vitalzeichen der Krankenhausbehandlung hinzuzufügen. Nicht nur das höhere und höchste Lebensalter an sich, sondern auch und gerade kognitive Funktionseinschränkungen sind mit einer Vielzahl negativer Outcomevariablen assoziiert, wie sie z.B. Wirth et al. [14] in ihrer Analyse von Kognition, Körpergewicht und Körperzusammensetzung beschreiben.

Die geriatrische Medizin hat hier ein noch großes Forschungsfeld vor sich. Sie ist darüber hinaus aber auch insbesondere dazu berufen Vorschläge zu machen und zu evaluieren, wie sich die Medizin angesichts der demografischen Veränderung inhaltlich und organisatorisch entwickeln muss, um ältere Patienten mit einem erhöhten Delirrisiko angemessen zu behandeln – aus menschlichen und spezifisch medizinischen wie auch aus finanziellen Überlegungen heraus.

Literatur

1. Inouye SK (2006) Delirium in older persons. *N Engl J Med* 354:1157–1165
2. Schmitt T-K, Pajonk F-G (2008) Postoperatives Delir bei Intensivpatienten. *Anaesthesist* 57:403–431
3. Müller SV, Krause N, Schmidt M, Münte TF, Münte S (2004) Kognitive Dysfunktionen nach abdominal-chirurgischen Operationen bei älteren Patienten. *Z Gerontol Geriat* 37:475–485
4. Inouye SK, Bogardus ST, Charoentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM (1999) A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized patients. *N Engl J Med* 340:669–676
5. von Renteln-Kruse W, Dieckmann P, Anders J, Rösler A, Krause T, van den Bussche H (2005) Medizin des Alterns und des alten Menschen. Unterrichtskonzept im Querschnittsbereich Q7 der Approbationsordnung und erste Evaluierung durch Studierende. *Z Gerontol Geriat* 38:288–292
6. Meisel M, Gross P, Gogol M (2008) Curriculum „Geriatric Medicine for Medical Students“. *Z Gerontol Geriat* 41:227–230
7. Gogol M (2008) Das Delir im höheren Lebensalter. *Z Gerontol Geriat* 41:431–439
8. Rahn A (2008) Diagnostik und Management des Delir. *Z Gerontol Geriat* 41:440–447
9. Gurlit S, Möllmann M (2008) How to prevent perioperative delirium? *Z Gerontol Geriat* 41:448–453
10. Zieschang T, Dutzi I, Müller E, Hestermann U, Specht-Leible N, Grünendahl K, Braun A, Hüger D, Oster P (2008) A special care unit for acutely ill patients with dementia and challenging behaviour as a model of geriatric care. *Z Gerontol Geriat* 41:454–460
11. Angerhausen S (2008) Demenz – eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. *Z Gerontol Geriat* 41:461–467
12. Kirchen-Peters S (2008) Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst – Pioniere warten auf Nachahmer. *Z Gerontol Geriat* 41:468–475
13. Flaherty JH, Rudolph J, Shay K, Kamholz B, Bockvar KS, Shaughnessy M, Shapiro R, Stein J, Weir C, Edes T (2007) Delirium is a serious and under-recognized problem: why assessment of mental status should be the sixth vital sign. *J Am Med Dir Assoc* 8:273–275
14. Wirth R, Bauer JM, Sieber CC (2007) Cognitive function, body weight and body composition in geriatric patients. *Z Gerontol Geriat* 40:13–20