

# Delirscreening für Einsteiger

Irina Tkacenko

Oberärztin

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere

Klinikum Stuttgart

Behandlungszentrum Mitte

Memory Clinic/

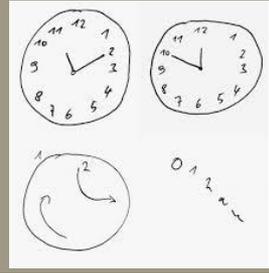
Gerontopsychiatrische Institutsambulanz

Türlenstr.22B, 2.OG

70191 Stuttgart



# Diagnostik



- Screening- und Assessment-Instrumente

Ziel: Risikopatienten erkennen →

bei Demenzpatienten und psychiatrischen Vorerkrankungen ist dies manchmal schwierig → **Konsensus im Team**

- Delirium Rating Scale (DRS)
- **Confusion Assessment Method (CAM) (CAM-S, I-CAM)**
- **Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)**
- Delirium Observation Scale (DOS)
- Delirium-Index, Schweregradmessung des Delirs (McCusker)
- 4AT (WS 3)
- UhrenTest
- Time up&go Test
- MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale) - palliatives Setting

# Delirium Rating Scale Revised (DRS-R-98)

(Trzepacz et al. 1988, 2001)

- Wird sowohl für das Erstassessment, als auch für die Messwiederholung der Symptomstärke eines Delirs eingesetzt. Berücksichtigt 16 Symptome: drei Items für die Diagnostik, die Summe der 13 Punktwerte ergibt einen Schweregrad-Score. Zusätzlich zur Untersuchung des Patienten sollten alle vorhandenen Informationsquellen (Pflege, Familie, Krankengeschichte) zur Bewertung der einzelnen Items verwendet werden. Bei fortlaufend wiederholten Bewertungen der Delirschwere sollten zur Dokumentation von aussagekräftigen Veränderungen sinnvolle Zeitfenster zwischen den Bewertungen festgelegt werden, da der Schweregrad von Delirsymptomen ohne Behandlung stark fluktuieren kann.
- **(siehe DRS-R-98 Bewertungsblatt)**

# Diagnostik: Confusion Assessment Method

Inouye, 1990

1. Akuter Beginn und Fluktuation
2. Störung der Aufmerksamkeit
3. Denkstörung
4. Bewusstseinsstörung

**Delirdiagnose:  
1+2+3 oder 4**

außerdem werden untersucht (CAM-9)

- Orientierung
- Gedächtnis
- Wahrnehmungsstörungen
- **Psychomotorik**
- Schlaf-Wach-Rhythmus

Sensitivität 97%,  
Spezifität 92,5%,

➤ deutsche Fassung Thomas/ Hestermann

**Grundsätzlich: beobachtete Auffälligkeiten notieren**



# Akuter Beginn und/oder schwankender Verlauf

Wichtigster Punkt – erklärt  
83% des Screening-  
ergebnisses

→ Anamnese erheben!

Gibt es Hinweise in der Angehörigenbefragung oder der Fremdanamnese, dass es zu einer **akuten Veränderung** der geistigen Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Orientierung, Denkvermögen) aber auch des Verhaltens (plötzliche Inaktivität oder Hyperaktivität) in den **letzten Stunden oder Tagen** (in Einzelfällen früher) gekommen ist? (bzw. gibt es diesbezüglich **Schwankungen?**)

# Prüfung der Aufmerksamkeit

4 Teilaspekte: (Reischies 2007)

1. Ausrichten und Leiten
2. Fokussieren
3. Aufrechterhalten
4. Verändern/Lösen der Aufmerksamkeit

Schwierig korrekt und reliabel zu erfassen.

→ psychometr. Test!

→ Schulung nötig

→ Ist der Patient unfähig bei der Sache zu bleiben, den Fragen zu folgen? Zerstreut? [Bsp.: wechselt das Thema, erzählt von zuhause]

→ Kann die Aufmerksamkeit ausdauernd gehalten werden? Verlängerter Augenkontakt möglich? [Pat scheint wie benebelt, abwesend]

→ Ist der Patient leicht ablenkbar? Wandert der Focus im Zimmer umher?

→ Ist die Aufmerksamkeit auf etwas Bestimmtes (Irrelevantes) eingengt bzw. fixiert?

→ Fluktuiert die Aufmerksamkeit? Konzentrationsschwäche? [Pat. ist wechselhaft]

Mindestens 7 Monate müssen in chronologischer Reihenfolge korrekt wiedergegeben werden, ansonsten  der Aufmerksamkeit!

# Prüfung der Aufmerksamkeit

- Daueraufmerksamkeit (Arbeitsgedächtnis): **Monate rückwärts aufzählen lassen**
  - korrigiert der Patient einen Fehler selbst, so gilt die Aussage als korrekt
  - die Zeit zum Bearbeiten der Aufgabe wird gestoppt und in Sekunden erfasst
  - die längste Reihe der korrekt am Stück angegebenen Monate wird berücksichtigt
- Auswertung:
  - 1 Auslassung → 1 Punkt
  - 2 Auslassungen → 2 Punkte
  - $\geq 3$  Auslassungen → 3 Punkte
  - Bewertung:  $\geq 3$  Punkte: Aufmerksamkeitsstörung
- Berücksichtigt werden muss eine Bearbeitungszeit von  $> 30$  sec → 1 Punkt
- Für die Einteilung des Schweregrades gilt (I-CAM-S)
  - $\geq 7$  Monate rückwärts korrekt am Stück
  - 4-6 Monate rückwärts korrekt am Stück
  - $< 4$  Monate rückwärts korrekt am Stück

# Prüfung der Aufmerksamkeit

- Daueraufmerksamkeit – Fortsetzung
  - ggf. Wochentage rückwärts wenn Pat sehr müde bzw. schwach
  - RADIO rückwärts buchstabieren
  - Gartenarbeit – planerisch
- Aufmerksamkeit lenken
  - Zahlenspanne (rückwärts [ca. 3-4 Zahlen]/ vorwärts > 5 Zahlen)
  - Beatmete Patienten: „A-Test“: A-N-A-N-A-S-B-A-U-M (Faust drücken)
    - Anweisung: bei „A“ die Hand des Untersuchers drücken
    - Fehler:
      - wenn der Patient bei einem „A“ nicht drückt
      - wenn der Patient bei einem anderen Buchstaben als dem „A“ drückt
      - > oder = 8 korrekte „Nennungen“ → keine Aufmerksamkeitsstörung
      - auch hier soll die Bearbeitungszeit < 30 sec liegen

 **Dokumentation ist wesentlich!**

# Prüfung des logischen Denkens

## Desorganisiertheit des Denkens

- Ist das Denken **verlangsamt**, gehemmt, **umständlich**?
- **Gedankenkreisen**? Grübeln? Sinnieren? **Perseverationen** des Denkens?
- Plötzliches **Abreißen** der Gedankengänge?
- Ist das Denken **beschleunigt**? Vielzahl von Einfällen? **Denkzielverlust**? **Weitschweifigkeit**? Unvorhersehbares **Springen** von einem Thema zum nächsten?
- Werden die Gedanken zielgerichtet und zusammenhängend vorgetragen?
- Gedanken vage, unklar, **unlogisch**, unverständlich, **irrelevant**?
- **Fluktuiert** die Desorganisation des Denkens während des Gesprächs?

### → Unterschied „Leiter/Treppe“, „Kind/Zwerg“

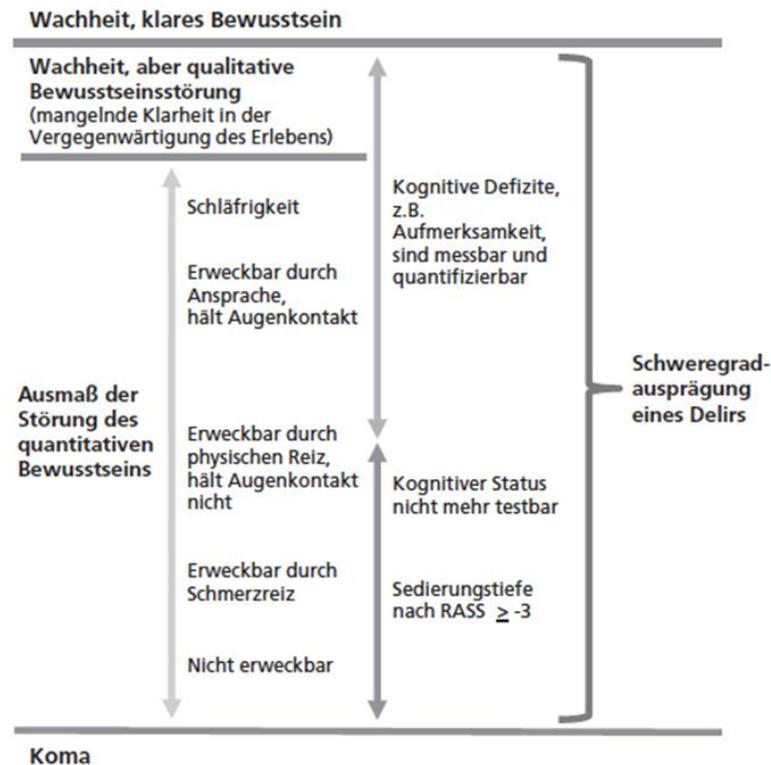
- falsch, wenn **Unterschied** nicht erkannt wird: „beide zum hochsteigen“ / „beide klein“, „tragen beide rote Mützen“

# Quantitative Bewusstseinsstörung

Beeinträchtigung des Bewusstseins / Wachheitsgrad

- im Gegensatz zur qualitativen Bewusstseinsstörung
  - Bewusstseinsveränderung
  - wirkt sich auf Bewusstseinsklarheit aus: veränderte Bewusstseinsinhalte
  - Bewusstseinsengung, -verschiebung, -veränderung, -erweiterung
- Unterschieden wird:
  - überwacht? schläfrig/müde? schwer oder nicht weckbar?
- Schweregrad:
  - **Benommenheit** (durch Ansprache/Anfassen leicht erweckbar) → Blickkontakt > 10 sec möglich
  - **Somnolenz** (beständige Schläfrigkeit oder Schlafneigung; durch einfache Weckreize zu unterbrechen) → Blickkontakt < 10 sec
  - **Sopor** (starker Reiz zum Wecken benötigt) → kein Blickkontakt herstellbar
  - **Koma** (höchster Grad der Bewusstseinsverminderung; nicht erweckbar)

# Quantitative Bewusstseinsveränderungen



Delir beim alten Menschen. Hewer, Thomas, Drach

# Screeninginstrumente

Frage 1 UND 2 plus  
Frage 3 ODER 4  
→ Vd.a. Delir!

Diagnoseüberprüfung  
durch  
psychomotorische  
Auffälligkeiten ...

Schwankungen  
innerhalb 24h  
bestätigen die  
Diagnose!

Patientendaten  
z.B. Aufkleber



Delir Screening (CAM) nach Inouye et al. 1990 / Thomas et al. 2012

Nr.	Problem	Fragestellung	Nein	Ja																								
1	Akuter Beginn und schwankender Verlauf	Gibt es Hinweise in der Angehörigenbefragung oder der Fremdanamnese, ob die Veränderung des geistigen Zustandes akut aufgetreten ist und fluktuiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
2	Störung der Aufmerksamkeit	Ist der Patient unfähig, bei der Sache zu bleiben, den Fragen zu folgen, kann er seine Aufmerksamkeit nicht ausdauernd auf etwas richten? <i>(Aufgabe: z.B. Monate rückwärts aufzählen)</i> leicht ablenkbar? zerstreut? Eingeengt auf etwas Bestimmtes (Unwichtiges)? Schwankt die Aufmerksamkeit? Konzentrationsschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
A. Aufmerksamkeitsstest <i>Bitte zählen Sie die Monate eines Jahres rückwärts auf. Beginnen Sie mit Dezember.*</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<table border="1"> <tr> <td>Dez</td><td>Nov</td><td>Okt</td><td>Sep</td><td>Aug</td><td>Jul</td><td>Jun</td><td>Mal</td><td>Apr</td><td>Mär</td><td>Feb</td><td>Jan</td> </tr> <tr> <td>•</td><td>•</td><td>•</td><td>•</td><td>•</td><td>•</td><td>•</td><td>•</td><td>•</td><td>•</td><td>•</td><td>•</td> </tr> </table>					Dez	Nov	Okt	Sep	Aug	Jul	Jun	Mal	Apr	Mär	Feb	Jan	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Dez	Nov	Okt	Sep	Aug	Jul	Jun	Mal	Apr	Mär	Feb	Jan																	
•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•																	
3.	Desorganisiertheit des Denkens	Ist das Denken verlangsamt, gehemmt oder unetäglich? Reißt Gedankengänge plötzlich ab? Sind die Gedanken vage, unklar, unlogisch oder unverständlich? Wiederholt der Pat. bereits Gesagtes? Ist das Denken beschleunigt, gibt es eine Vielzahl von Einfällen, Ablenkung? (Gespräch oder Frage: Unterschied zwischen Treppe/Leiter? Kind/Zwerg?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
4.	Quantitative Bewusstseinsveränderung	überwach? schläfrig/müde? schwer oder nicht weckbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								

SCREENING-Ergebnis: Verdacht auf Delir ja?

Frage 1+ und Frage 2 +, sowie Frage 3 oder 4 +

DIAGNOSEÜBERPRÜFUNG:

5. Psychomotorische Auffälligkeiten nein\*

Pat. ist matt, lahm, redet oder bewegt sich weniger als sonst \_\_\_\_\_

Pat ist besonders aktiv, redet oder bewegt sich mehr als sonst \_\_\_\_\_

Pat ist schreckhaft \_\_\_\_\_

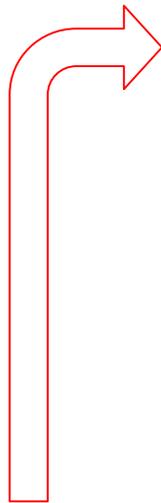
Untersucher: \_\_\_\_\_ bestätigt und leitet Maßnahmen ein!  
\* Wenn Screening und Psychomotorik nicht gleich → 2. Test in 24h

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

# Psychomotorische Auffälligkeiten

- **hyperaktiv**: motorisch **unruhig**, rastlos, **unkontrollierte, ziellose** Aktivität, **Nesteln**, ungewöhnlicher Aktivitätsschub, plötzlicher Positionswechsel, Klopfen mit den Fingern
  - aber: gerichteter Antrieb ist häufig reduziert/verlangsamt; verlängerte Reaktionszeiten
  - Gabe von Opioiden und Steroiden scheinen mit einem hyperaktiven Delir vergesellschaftet zu sein (Morita T et al. 2001); Beobachtungsstudie bei 213 palliativen Tumorpatienten mit Delir
- **hypoaktiv**: Patient ist “**matt, lahm**, bewegt sich weniger als sonst“, träge, **Löcher in die Luft starren**, lange in der gleichen Position, Bewegungen sind extrem verlangsamt, verspätetes Antworten
- **gemischte Form**
- prognostisch ungünstiger: eher der hypoaktive Subtyp? (Bush SH et al. 2014)
  - da seltener erkannt?

# Ergebnisse des CAM



## SCREENING-Ergebnis:

Frage 1+ und Frage 2 +, sowie Frage 3 oder 4 +

Verdacht auf Delir ja?

## DIAGNOSEÜBERPRÜFUNG:

### 5. Psychomotorische Auffälligkeiten

Pat. ist matt, lahm, redet oder bewegt sich weniger als sonst \_\_\_\_\_

Pat ist besonders aktiv, redet oder bewegt sich mehr als sonst \_\_\_\_\_

Pat ist schreckhaft \_\_\_\_\_

nein\*

Untersucher: \_\_\_\_\_ bestätigt und leitet Maßnahmen ein!

\* Wenn Screening und Psychomotorik nicht gleich → 2. Test in 24h!

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

## 1. CAM positiv:

- psychomotorische Auffälligkeiten vorhanden → **Delir**
- keine psychomotorische Auffälligkeiten → **subsyndr. Delir, -Risiko**

## 2. CAM ist negativ:

- aber psychomotorische Auffälligkeiten → **Delirverdacht! /-risiko!** →
- Nachuntersuchung innerhalb 24 Std

# Und jetzt wird es praktischer und alltagsnaher!

## Kategorien des CAM zur Wiederholung:

- **akuter Beginn/schwankender Verlauf**
- **Aufmerksamkeitsstörung**
- **Desorganisiertheit des Denkens**
- **Quantitative Bewusstseinsstörungen**
  - überwach
  - schläfrig/müde
  - schwer erweckbar/nicht erweckbar
- **Psychomotorische Auffälligkeiten**
  - Verzögerung (eingeschränkte Aktivität)
  - Unruhe (erhöhte Aktivität)

# Fallbeispiele...

Sie sind bei einem Patienten, der vor 2 Tagen operiert wurde. Sie erfahren von der zuständigen Pflegekraft, dass der Patient seit dem Vorabend immer wieder Phasen hat, in denen er sehr abwesend ist. Diese Phasen fluktuierten sehr. Sie bitten den Patienten die Monate des Jahres rückwärts aufzusagen, bei Dezember angefangen. Der Patient beginnt „Dezember – November – Oktober – Juni – Mai – Juni – Juli – August – September – Oktober – November – Dezember“. Er benötigt 25 Sekunden. Sie fragen ihn anschließend nach dem Unterschied zwischen einem Kind und einem Zwerg und er antwortet ihnen „beide tragen rote Mützen“. Sie fragen weiterhin nach dem Unterschied zwischen einer Leiter und einer Treppe und er antwortet ihnen „Die Leiter hat Sprossen und die Treppe Stufen“. Der Patient wirkt sehr müde und nicht ganz anwesend zu sein. Aber er kann den Blickkontakt länger als 10 Sekunden halten. Sie fragen die zuständige Pflegekraft wie der Patient bezüglich der Psychomotorik bei Aufnahme war und sie erfahren, dass er sich normal bewegt habe, agil gewesen sei sowie selbständig. Jetzt sehen sie einen Patienten, der verlangsamt ist und sich nur wenig bewegt. Er schenkt sich etwas Wasser ein und benötigt dabei viel Zeit. Er spricht aber spontan mit Ihnen.

# Fallbeispiele...

Sie sind bei einem Patienten, der vor 2 Tagen operiert wurde. Sie erfahren von der zuständigen Pflegekraft, dass der Patient **seit dem Vorabend** immer wieder Phasen hat, in denen er **sehr abwesend** ist. Diese Phasen **fluktuierten** sehr. Sie bitten den Patienten die Monate des Jahres rückwärts aufzusagen, bei Dezember angefangen. Der Patient beginnt „**Dezember – November – Oktober – Juni – Mai – Juni – Juli – August – September – Oktober – November – Dezember**“. Er benötigt **25 Sekunden**. Sie fragen ihn anschließend nach dem Unterschied zwischen einem Kind und einem Zwerg und er antwortet ihnen **“beide tragen rote Mützen“**. Sie fragen weiterhin nach dem Unterschied zwischen einer Leiter und einer Treppe und er antwortet ihnen **„ Die Leiter hat Sprossen und die Treppe Stufen“**. Der Patient wirkt **sehr müde** und **nicht ganz anwesend** zu sein. Aber er kann den Blickkontakt **länger als 10 Sekunden** halten. Sie fragen die zuständige Pflegekraft wie der Patient bezüglich der Psychomotorik bei Aufnahme war und sie erfahren, dass er sich normal bewegt habe, agil gewesen sei sowie selbständig. Jetzt sehen sie einen Patienten, der **verlangsamt ist und sich nur wenig bewegt. Er schenkt sich etwas Wasser ein und benötigt dabei viel Zeit**. Er spricht aber spontan mit Ihnen.

# Fallbeispiele...

Sie sind bei einem Patienten, der vor 5 Tagen operiert wurde. Durch die anwesenden Angehörigen erfahren Sie, dass der Patient vom Denken verlangsamt sei. Er würde auch immer wieder optische Halluzinationen haben. Das würden sie bereits seit ca. 5 Monaten beobachten. Schwanken würde das nicht. Eigentlich sei der Vater immer der Gleiche. Sie bitten den Patienten die Monate des Jahres rückwärts aufzusagen bei Dezember angefangen. Der Patient beginnt „Dezember – November – Oktober – August – Nein, September natürlich erst – August – Juli – Juni – April – März - Januar“. Er benötigt für die Aufgabe 40 Sekunden. Sie fragen den Patienten nach dem Unterschied zwischen einem Kind und einem Zwerg. Der Patient antwortet „beide sind klein“. Sie fragen nach dem Unterschied zwischen einer Leiter und einer Treppe. Der Patient antwortet Ihnen „beide geht man hoch“. Sie fragen den Patienten was Auge und Ohr gemeinsam haben. Der Patient antwortet Ihnen „beide sind am Kopf“. Der Patient ist insgesamt vollkommen wach. Der Patient erscheint Ihnen jedoch lahm und bewegt sich nicht viel. Die Angehörigen bestätigen aber nochmals, dass der Vater so sei, wie sie ihn kennen würden.

# Fallbeispiele...

Sie sind bei einem Patienten, der vor 5 Tagen operiert wurde. Durch die anwesenden Angehörigen erfahren Sie, dass der Patient vom **Denken verlangsamt sei**. Er würde auch immer wieder **optische Halluzinationen** haben. Das würden sie bereits **seit ca. 5 Monaten** beobachten. **Schwanken würde das nicht**. Eigentlich sei der Vater **immer der Gleiche**. Sie bitten den Patienten die Monate des Jahres rückwärts aufzusagen bei Dezember angefangen. Der Patient beginnt „**Dezember – November – Oktober – August – Nein, September natürlich erst – August – Juli – Juni – April – März - Januar**“. Er benötigt für die Aufgabe **40 Sekunden**. Sie fragen den Patienten nach dem Unterschied zwischen einem Kind und einem Zwerg. Der Patient antwortet „**beide sind klein**“. Sie fragen nach dem Unterschied zwischen einer Leiter und einer Treppe. Der Patient antwortet Ihnen „**beide geht man hoch**“. Sie fragen den Patienten was Auge und Ohr gemeinsam haben. Der Patient antwortet Ihnen „**beide sind am Kopf**“. Der Patient ist insgesamt vollkommen wach. Der Patient erscheint Ihnen jedoch **lahm und bewegt sich nicht viel**. Die Angehörigen bestätigen aber nochmals, dass **der Vater so sei, wie sie ihn kennen würden**.

# NuDesc – Nursing Delirium Scale

- DSM-IV adaptiertes Instrument zur Delirdiagnostik; auf **Fremdeinschätzung** bzw. **Beobachtung** basierend (Pflegepersonal)
- Sensitivität 86%, Spezifität 87%
- Ziel: **einmal pro Schicht** (3x in 24h) → Verlauf / Veränderungen?
- durchschnittliche Durchführungszeit ca. **3-5 Minuten** pro Patient
- **fünf Symptombereiche** → Symptombewertung zw. 0 (nicht vorhanden), 1 (teilweise vorhanden) und 2 (vollständig vorhanden)
- Ergebnisse werden **addiert**:
  - >2 → Delir liegt vor
  - <2 → Delir liegt nicht vor



# Nursing Delirium Scale (NuDesc)

Klinikum Stuttgart  
Version: 1  
Seite: 1 von 1  
Stand: 04.02.2016

Patientenetikett

OP-Datum: \_\_\_\_\_

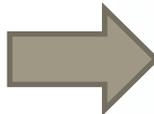
OP-Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Legende**  
**0: nicht vorhanden;**  
**1: vorhanden;**  
**2: vorhanden, starke Ausprägung**  
  
Summe  $\geq$  2: Delirverdacht  
Summe  $<$  2: kein Delir

	Datum					
<b>1. Desorientierung</b> Manifestierung einer Desorientierung zu Zeit oder Ort durch Worte oder Verhalten oder Nicht-Erkennen der umgebenden Personen	FD					
	SD					
	ND					
<b>2. Unangemessenes Verhalten</b> Unangemessenes Verhalten zu Ort und/ oder Person: z.B. Ziehen von Kathetern oder Verbänden, Versuch aus dem Bett zu steigen wenn es kontraindiziert ist usw.	FD					
	SD					
	ND					
<b>3. Unangemessene Kommunikation</b> Unpassende Kommunikation zu Ort und/ oder Person z.B. zusammenhangslose- oder gar keine Kommunikation; unsinnige, unlogische oder unverständliche sprachliche Äußerungen	FD					
	SD					
	ND					
<b>4. Illusion/ Halluzinationen</b> Sehen und/ oder Hören nicht vorhandener Dinge, Verzerrung optischer Eindrücke	FD					
	SD					
	ND					
<b>5. Psychomotorischer Retardierung</b> Verlangsamte Ansprechbarkeit, wenige oder keine spontane Aktivität/Äußerung, z.B. wenn der Patient angestupst wird, ist die Reaktion verzögert und/oder der Patient ist nicht richtig erweckbar	FD					
	SD					
	ND					
<b>Datum</b>						
<b>Summe FD</b>						
<b>Summe SD</b>						
<b>Summe ND</b>						
Bei Delirverdacht (Summe $\geq$ 2) ist der zuständige Arzt zu informieren.						

- Systematisch
- geringer Zeitaufwand
- hoher Nutzen für Pflegekraft und Patient

Veränderungen im Verlauf gut nachvollziehbar



Erstellt von: Projektgruppe HS Esslingen \_ Pflegemanagement am: 28.01.2016  
Überprüft und verantwortlich: Projektkernteam HuBerDA am: 05.02.2016



# Fallbeispiele....

Herr H. ist 75 Jahre alt und bekam vor 2 Tagen eine neue Hüfte operiert. Er ist verheiratet und seine Frau ist jeden Tag da. So auch während Sie die Untersuchung durchführen. Herr H. erkennt seine Frau jedoch nicht. Er spricht ganz zusammenhangslos und versucht, obwohl er eigentlich noch strenge Bettruhe hat, aufzustehen. Jegliche Versuche seiner Frau ihm zu erklären, dass er jetzt nicht aufstehen darf, scheitern. Fragen nach der Orientierung beantwortet Herr H. ihnen nicht, sondern ist vorbeiredend. Sie gewinnen jedoch durch sein Handeln den Eindruck, dass er nicht weiß, wo er ist und warum er im Krankenhaus ist. Herr H. greift immer wieder in die Luft ins Leere und sehr agitiert. Seit der Operation sei Herr H., laut Angaben seiner Frau, ganz verändert.



Welche Summe erhält Herr H. in Ihrer Schicht?



# Fallbeispiele....

Herr H. ist 75 Jahre alt und bekam vor 2 Tagen eine neue Hüfte operiert. Er ist verheiratet und seine Frau ist jeden Tag da. So auch während Sie die Untersuchung durchführen. Herr H. **erkennt seine Frau** jedoch **nicht**. Er **spricht** ganz **zusammenhangslos** und **versucht**, obwohl er eigentlich noch strenge Bettruhe hat, **aufzustehen**.

Jegliche Versuche seiner Frau ihm zu erklären, dass er jetzt nicht aufstehen darf, scheitern. Fragen nach der Orientierung beantwortet Herr H. ihnen nicht, sondern ist **vorbeiredend**. Sie gewinnen jedoch durch sein Handeln den Eindruck, dass er **nicht weiß, wo er ist und warum er im Krankenhaus ist**. Herr H. **greift immer wieder in die Luft** ins Leere und **sehr agitiert**. **Seit der Operation** sei Herr H., laut Angaben seiner Frau, **ganz verändert**.



**Summe: 8**

# Fallbeispiele....

Frau W. ist 82 Jahre alt und wird zu Ihnen auf die Station eingeliefert. Sie ist vor zwei Tagen in ein Pflegeheim umgezogen. Dort sei sie jedoch zunehmend unruhig und desorientiert gewesen und sei mehrfach weggelaufen. So kennen die Angehörigen die Patientin nicht, die bislang alleine gut zu Hause zurechtkam. Die Patientin sagt Ihnen in einem Gespräch, dass sie gerade bei sich in der Wohnung sei. Sie sei 42 Jahre alt. Das Datum von heute könne sie jetzt gerade nicht sagen. Ansonsten ist Frau W. sehr freundlich, kooperativ und ruhig. Sie beantwortet alle ihr gestellten Fragen nach besten Wissen und Gewissen so gut sie kann. Sie verhält sich situationsangemessen. Monate rückwärts erfolgt verzögert, aber korrekt.



**Welche Summe erhält Frau W. in Ihrer Schicht?**



# Fallbeispiele....

Frau W. ist 82 Jahre alt und wird zu Ihnen auf die Station eingeliefert. Sie ist vor zwei Tagen in ein Pflegeheim umgezogen. Dort sei sie jedoch zunehmend unruhig und desorientiert gewesen und sei mehrfach weggelaufen. So kennen die Angehörigen die Patientin nicht, die bislang alleine gut zu Hause zurechtkam. Die Patientin sagt Ihnen in einem Gespräch, dass sie **gerade bei sich in der Wohnung** sei. Sie **sei 42 Jahre alt**. Das **Datum von heute könne sie jetzt gerade nicht sagen**. Ansonsten ist Frau W. sehr freundlich, kooperativ und ruhig. Sie beantwortet alle ihr gestellten Fragen nach besten Wissen und Gewissen so gut sie kann. Sie verhält sich situationsangemessen.

Monate rückwärts erfolgt verzögert, aber korrekt.



**Summe: 2**

# Fallbeispiele....

Herr M. ist 92 Jahre alt. Er wurde zu Ihnen eingewiesen, weil er auf der Straße umgefallen sei und nun weiter abgeklärt werden soll. Herr M. blickt ein wenig ängstlich umher und ist unsicher, was jetzt als nächstes passieren wird. Als Sie ihn nach dem aktuellen Datum fragen, kann er das Jahr und den Monat nicht korrekt benennen. Ansonsten weiß Herr M. aber, dass er im Krankenhaus ist. Was genau passiert ist, kann er allerdings nicht erinnern. Herr M. ist eher einsilbig, aber was er sagt, ist in sich logisch nachvollziehbar. Insgesamt erscheint Herr M. in seinen Bewegungen leicht verlangsamt zu sein und er zittert. Er sagt auf Nachfrage selber, dass das schon seit einigen Jahren der Fall sei. Monate rückwärts: „Dezember – November – Oktober“, dann bricht Herr M. ab.

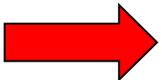


Welche Summe erhält Herr M. in Ihrer Schicht?



# Fallbeispiele....

Herr M. ist 92 Jahre alt. Er wurde zu Ihnen eingewiesen, weil er auf der Straße umgefallen sei und nun weiter abgeklärt werden soll. Herr M. blickt ein wenig ängstlich umher und ist unsicher, was jetzt als nächstes passieren wird. Als Sie ihn nach dem aktuellen Datum fragen, kann er das **Jahr und den Monat nicht korrekt benennen**. Ansonsten weiß Herr M. aber, dass er im Krankenhaus ist. Was genau passiert ist, kann er allerdings nicht erinnern. Herr M. ist eher einsilbig, aber was er sagt, ist in sich logisch nachvollziehbar. Insgesamt erscheint Herr M. in seinen Bewegungen leicht verlangsamt zu sein und er zittert. Er sagt auf Nachfrage selber, dass das schon seit einigen Jahren der Fall sei. **Monate rückwärts: „Dezember – November – Oktober“**, dann bricht Herr M. ab.

 **Summe: 1**

# Take Home Messages

- Delirien werden im klinischen Alltag oft – in bis zu 60% - nicht diagnostiziert → **deshalb an das Delir denken!**
- Prüfen ob Hinweise für **akute** Veränderungen bzw. **Schwankungen** der geistigen Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Orientierung, Denkvermögen) aber auch des Verhaltens (Psychomotorik) vorliegen.
- Wichtig sind **Anamnese**, **Fremdanamnese**, **Verlaufsbeobachtung** mit **Dokumentation** sowie ein Konsensus im Behandlungsteam.

# Delirium Observation Screening Scale (DOS)

## Delirium Screening durch Beobachtung

- Nickt während des Gesprächs ein
- Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt
- Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung
- Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht
- Gibt unpassende Antworten auf Fragen
- Reagiert verlangsamt auf Aufträge
- Denkt irgendwo anders zu sein
- Erkennt die Tageszeit
- erinnert sich an kürzliche Ereignisse
- Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig
- Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw.
- Reagiert unerwartet emotional
- Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind
- **Die Bewertung erfolgt 3xtgl., jew. „nie=0“-“manchmal/immer=1“-“weiss nicht=-“: wenn ü.3P.-> CAM!**

# Delirium-Index, Schweregradmessung des Delirs (McCusker et.al.2004, Übersetzung C.Thomas)

- 1.Aufmerksamkeit 2. desorganisiertes Denken 3. Bewusstsein 4. Desorientierung 5. Gedächtnis 6.Wahrnehmungsstörung 7. Motorische Aktivität
- **Jew. erfolgt 3-Stufige Bewertung: 0-3**, wenn Beurteilung von 1,2,4,5 nicht möglich ist, wird Bewertung von Item 3 (Bewusstsein) eingesetzt. Insgesamt ist das Ergebnis zwischen 0-21 P. möglich, einen Cut-Off-Wert gibt es nicht. Cave: „Kontaminationsgefahr“: bei Demenz auch nach dem Delir ist ein Score über 5 zu erwarten. Die Veränderungssensitivität ist dennoch auch bei Demenz hoch, bei reinem Delir noch sensitiver. Bei Menschen ohne Demenz korreliert mit der Schwere der Akuterkrankung, bei MmD besteht eine stärkere Korrelation mit der Demenzschwere.

# 4AT von A. MacLulich

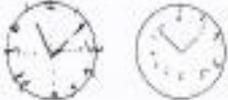
Der 4AT-Test ist ein Screening zur schnellen Ersteinschätzung von Delir und kognitiver Einschränkung. Ein Wert von 4 oder mehr ist ein Hinweis auf Delir, erlaubt aber keine Diagnose. Ein Wert von 1–3 spricht für eine kognitive Einschränkung, hier sollte eine detailliertere kognitive Testung und Anamneseerhebung erfolgen. Ein Wert von 0 kann nicht sicher ein Delir oder Demenz ausschließen: Abhängig vom klinischen Befund kann eine detaillierte Untersuchung notwendig sein. Die Punkte [1]–[3] sind ausschließlich bezogen auf die Beobachtung des Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung. Punkt [4] erfordert Informationen aus anderen Quellen, z.B. der Anamnese, anderem medizinischen Personal, das den Patienten kennt (Pflegekraft), Arztbriefe, Verlaufsdokumentationen, häusliche Pflegekräfte. Der Untersuchende sollte bei der Untersuchung und der Beurteilung der Ergebnisse auf Kommunikationsbarrieren achten (Hörbeeinträchtigung, Dysphasie, fehlende Sprachkenntnisse).

# Alertness, Attention, Abbreviated mental Test, Acute change of fluctuating course,

- **Wachheit:** auch bei schwer erweckbaren Pt. anwenden! (0-0-1)  
**Aufmerksamkeit:** Bei einer Veränderung der Aufmerksamkeit im Kontext eines Krankenhausaufenthaltes handelt es sich sehr wahrscheinlich um ein Delir. Wenn der Patient eine deutlich veränderte Aufmerksamkeit während der Untersuchung aufweist, wird bei diesem Punkt der Wert 4 vergeben.
- **Orientierung:** entspricht dem AMT4 (Abbreviated Mental Test - 4)
- **Akute Veränderungen oder fluktuierender Verlauf:** Bei Einzelformen von Demenz kann es zu Veränderungen der Aufmerksamkeit kommen, ohne dass ein Delir vorliegen muss. Ausgeprägte fluktuierende Symptome sind aber bezeichnend für ein Delir. Um Halluzinationen oder wahnhaftige Gedanken zu eruieren, fragen Sie den Patienten z.B. "Beunruhigt Sie irgendetwas hier?", "Haben Sie Angst vor irgendwem oder irgendetwas?" „Haben Sie irgendetwas Seltsames gesehen oder gehört?"
- **Bei ü. 4 Punkten ist ein Delir möglich!**

# UhrenTest (Modifiziert nach Schulman 1993)

Bewertung (1 = ohne Fehler, 6 = keine Uhr erkennbar)

Score	Beschreibung	Beispiele
1	<p><b>„perfekt“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziffern 1 - 12 richtig eingezeichnet</li> <li>• Zwei Zeiger, die die richtige Uhrzeit (11:10) anzeigen</li> </ul>	
2	<p><b>leichte visuell-räumliche Fehler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstände zwischen Ziffern nicht gleichmäßig</li> <li>• Ziffern außerhalb des Kreises</li> <li>• Blatt wird gedreht, so daß Ziffern auf dem Kopf stehen</li> <li>• Pat. verwendet Linien („Speichen“) zur Orientierung</li> </ul>	
3	<p><b>Fehlerhafte Uhrzeit bei erhaltener visuell-räumlicher Darstellung der Uhr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nur ein Zeiger</li> <li>• „10 nach 11“ (o. ä.) als Text hingeschrieben</li> <li>• keine Uhrzeit eingezeichnet</li> </ul>	
4	<p><b>Mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation, so daß ein korrektes Einzeichnen der Uhrzeit unmöglich wird</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unregelmäßige Zwischenräume</li> <li>• Ziffern vergessen</li> <li>• Perserveration: wiederholt den Kreis, Ziffern jenseits der 12</li> <li>• Rechts-Links-Umkehr (Ziffern gegen den Uhrzeigersinn)</li> <li>• Dysgraphie - keine lesbare Darstellung der Ziffern</li> </ul>	
5	<p><b>Schwergradige visuell-räumliche Desorganisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wie unter (4) beschrieben, aber stärker ausgeprägt</li> </ul>	
6	<p><b>keinerlei Darstellung einer Uhr (cave: Ausschluß Depression / Delir !)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kein wie auch immer gearteter Versuch, eine Uhr zu zeichnen</li> <li>• keine entfernte Ähnlichkeit mit einer Uhr</li> <li>• Pat. schreibt Wort oder Name</li> </ul>	

# Time up & go Test

- **Hilfsmittel:** Stoppuhr, hilfsweise Uhr mit Sekundenzeiger, Stuhl mit Armlehne, Sitzhöhe ca.46 cm, Stock oder andere Gehhilfe ist erlaubt. In 3 Meter Entfernung vor dem Stuhl eine Linie (Markierung) auf dem Boden. Der Untersucher hilft nicht. Der Patient darf vor der eigentlichen Testuntersuchung den Bewegungsablauf üben.
- **Durchführung:** Der Patient sitzt auf dem Stuhl, den Rücken an der Rückenlehne, die Arme liegen auf der Stuhllehne. Auf Aufforderung soll der Patient mit normalem und sicheren Gang bis zur 3 m entfernten Linie gehen, sich dort umdrehen, zurück zum Stuhl gehen und sich dort wieder in die Ausgangsposition hinsetzen

**Interpretation: ab 20 sec. pathologisch - weiteres Assessment!**

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



# Quellen



- Demenzen in Theorie und Praxis. Förstl, 3. Auflage, Springer
- Praktische Geriatrie. Klinik-Diagnostik-Interdisziplinäre Therapie. Martin Willkomm, 1. Auflage, Thieme
- Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie-Gerontopsychiatrie-Gerontologie. Pantel, Schröder, Bollheimer, Sieber, Kruse (Hrsg.), 1. Auflage, Kohlhammer
- S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion – Januar 2016)
- Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Benkert, Hippus. 9. Auflage, Springer
- Delir beim alten Menschen. Hewer, Thomas, Drach. 1. Auflage, Kohlhammer