

Unterschiede zwischen Delir und Demenz

	Delir	Demenz
Beginn/ Verlauf	Plötzlich – akut bis subakut; meist unerwartet	Schleichend
Bewusstsein	Eingeschränkt; zwischen wach und apathisch	Nicht gestört; erst im späteren Verlauf
Dauer	Stunden/Tage; Folgen längerfristig oder dauerhaft bleibend	Jahre
Tagesverlauf	Fluktuierend (schwankend) mit wechselnd starker Ausprägung	Stabil; bei fortgeschrittener Demenz kann die dauerhafte Konzentrationsfähigkeit abnehmen
Verlauf	Rückbildungsfähig	Fortschreitend
Orientierung/ Gedächtnis	Gestört: nicht immer auffällig; zeitliche und räumliche Desorientierung insbesondere nach Verlegung/ Unterbringung	Vorhanden, nimmt mit fortschreitendem Krankheitsverlauf ab
Sprache	Redefluss gesteigert oder reduziert; zusammenhanglos oder unorganisiert	Wortfindungsstörungen, zunehmende Verminderung der Ausdrucksfähigkeit
Schlaf-Wach- Rhythmus	Oft gestört; extreme Störung des Schlaf-/Wachrhythmus	Oft gestört; extreme Störung des Schlaf-/Wachrhythmus
Wahn/ Halluzination	Häufig; meist visuell oder auditiv	Selten
Somatische Symptome	Vegetative Symptome (Puls, Schwitzen, Bluthochdruck, Atmung)	In der Regel keine
Psycho- motorik	Ruhelos/erregt, übereifrig, auch aggressiv oder stark reduziert, apathisch, schläfrige	Meist unauffällig oder geringfügig

Mögliche Auslöser für ein Delir:

- Infektionen
- Polypharmazie
- Umgebungswechsel (Krankenhaus!)
- Entzug
- Neu angesetzte Medikamente
- Exsikkose
- Akute Erkrankungen (bekanntes Delir in der Vorgeschichte?)

Dringend empfohlen: Delir-Screening

(z.B. *confusion assessment Method; CAM*)

Mindestens folgende Bereiche müssen erfasst werden:

- Wahrnehmung
- Schlaf-/Wachrhythmus
- Bewusstsein/Denkstörungen
- Psychomotorik

Nichtmedikamentöse Therapie

- Veränderungen nach Möglichkeit vermeiden
- Reizabschirmung (Zimmer, Licht, Lärm, Personalwechsel)
- Tagesstruktur
- Reorientierungshilfen (Uhr; Fotos, persönliche Gegenstände)
- Frühmobilisation (ggf. Schmerzmedikation vor Mobilisation)
- Sensorische Hilfen (Brille, Hörgerät)
- Förderung Tag-/Nachtrhythmus
- Vertraute Bezugspersonen/Angehörige
- Empathie hilft
- Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme dokumentieren (Prothesen, Wunschen)

Medikamentöse Behandlung

Achtung: nicht bei M.Parkinson oder Lewy-Body-Demenz

- Haloperidol (Haldol): 0,5-1 mg; 2-4 x/d in der Akutphase
- Risperidon (Risperdal): 0,25-1 mg; 2x/d
- Quetiapin (Seroquel): 25-75 mg; 2x/d bei M. Parkinson/Lewy-Body-Demenz mgl.
- Oxazepam (Oxazepam): 2,5-5 mg; 1-4x/d; bei starker Agitation/Unruhe/Angst
- Lorazepam (Tavor): 0,5-1 mg; max. 3x/d; bei stärkster Unruhe
- Pipamperon (Dipiperon): fraktioniert bis 120 mg/d; bei Unruhe zum Schlafenstoß



KOMPETENZZENTRUM
Demenz in Schleswig-Holstein



Elisabeth Vinzenz
Verbund