

# Delir im Krankenhaus

Ein Fallbeispiel aus der Geriatrie

**Wiebke Hausmann**  
Ergotherapeutin B.Sc.,  
M.Sc. Health Professions Education

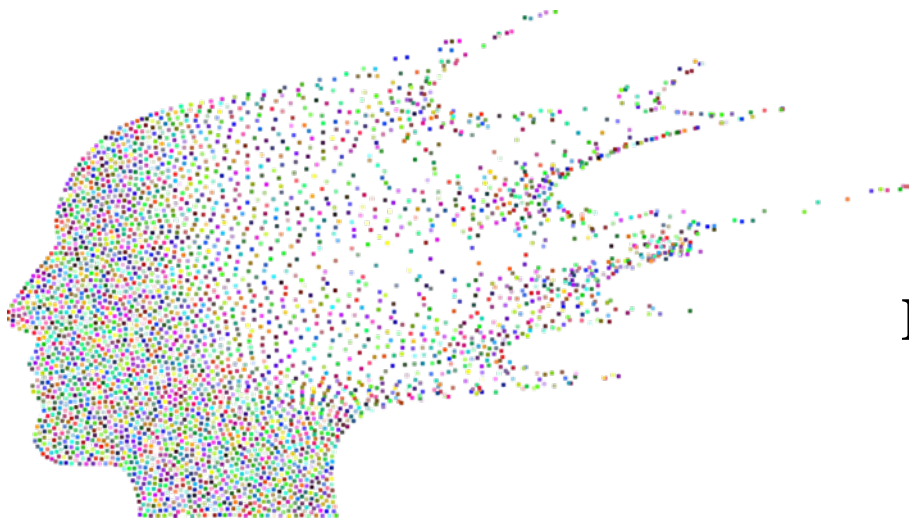
# Was ist ein Delir?

~~„Durchgangssyndrom“~~

## Kernsymptomatik:

- Aufmerksamkeitsdefizit
- Bewusstseinsstörung
- Einschränkung der Wahrnehmung
- Fluktuierender Verlauf, akuter Beginn

(Zoremba & Coburn, 2019, DGIM, 2023)



**1/3** der intern. Patienten älter als  
70 Jahre (Zoremba & Coburn, 2019)

Bis zu 40% in Pflegeeinrichtungen  
(DGIM, 2023)

# 3 Phänotypen

## Hypoaktives Delir (30%)

- Schlechtere Prognose, Apathie, Vigilanzminderung, Verlangsamung in Motorik und Sprache

## Hyperaktives Delir (5%)

- Agitationsphasen, vegetative Symptome

## Delir vom Mischtyp (65%)

(Zorembe & Coburn, 2019; DGIM, 2023)

# Diagnostik

- Erfolgt klinisch mit validierten Screeningverfahren
  - Bsp. CAM-ICU (=Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit)
- Bisher nur unzureichend!

(Zorembe & Coburn, 2019)

# Folgen

- Mortalität ↑
- Krankenhausverweildauer ↑
- Behandlungsergebnis ↓
- poststationäre Pflegebedürftigkeit ↑

(Zoremba & Coburn, 2019)

- 25% behalten **kognitive Funktionsstörungen** zurück, die mit einer milden Alzheimer-Demenz vergleichbar sind

(Pandharipande, Girard, Jackson, et al., 2013)

**Delir = medizinischer Notfall**

# Was können wir tun?

## Allgemeine Maßnahmen

- Frühmobilisierung
- ET und PT
- Förderung geistiger Aktivität
- Ausreichende Sauerstoffversorgung
- genügende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr
- Vermeidung von Polypharmazie

(Zoremba & Coburn, 2019)

- Reorientierung
  - Eigene Brille und Hörgeräte nutzen, Uhren/Kalender, Tageszeitung
  - Zimmerwechsel vermeiden
  - Nachtruhe einhalten, Lichtreduktion zur Nacht
  - hohe Konstanz der Pflegepersonen
- Angstvermeidung
  - Ausreichende Schmerztherapie, schmerzhaftes Untersuchungen erläutern und vor Durchführung ankündigen
  - Lärm und Kältereize reduzieren
  - frühe Einbindung der Angehörigen

# Ergotherapie - Evidenz

Alvarez, Garrido, Tobar et al. 2016:

- RCT, Intensivstation (140TN)
- Polysensorische und kognitive Stimulation, Lagerung, ADL-Training, Stimulierung der motor. Funktionen der OEX, Teilhabe der Angehörigen

→ Häufigkeit des Auftretens und Dauer des Delirs effektiv gesunken, Verbesserung der Funktionsfähigkeit



## Pozzi et al. 2023:

- bedeutungsvolle Betätigungen, sensorische und kognitive Stimulation, Angehörigenschulung und – einbindung, Adaption der Umwelt
- **2017: Fallstudien (6TN), in der Reha-Klinik**  
→ funktionale Verbesserung (MMSE, Tinetti, BI), höhere Entlassungsrate nach Hause (83%)
- **2020: Machbarkeitsstudie (22TN), im Pflegeheim**  
→ funktionale Verbesserung (MMSE, CDR, Tinetti, BI) und Verbesserung der Betätigungen (COPM) von der Diagnose zum Abklingen des Delirs



# Fallbeispiel

## Frau Schulte

Quelle: <https://pixabay.com/de/photos/frau-alt-alter-altenheim-demenz-65675/>

# Gesellschaftlicher Kontext

- Deutsches Gesundheitssystem
- Pat. ist gesetzlich krankenversichert → Kostenträger der geriatrischen Frührehabilitation (OPS 8-550)
- 2x/Tag 30 Minuten Therapie
  - ET, PT, Logo und Neuropsychologie

# Praxiskontext

## **Patientin:**

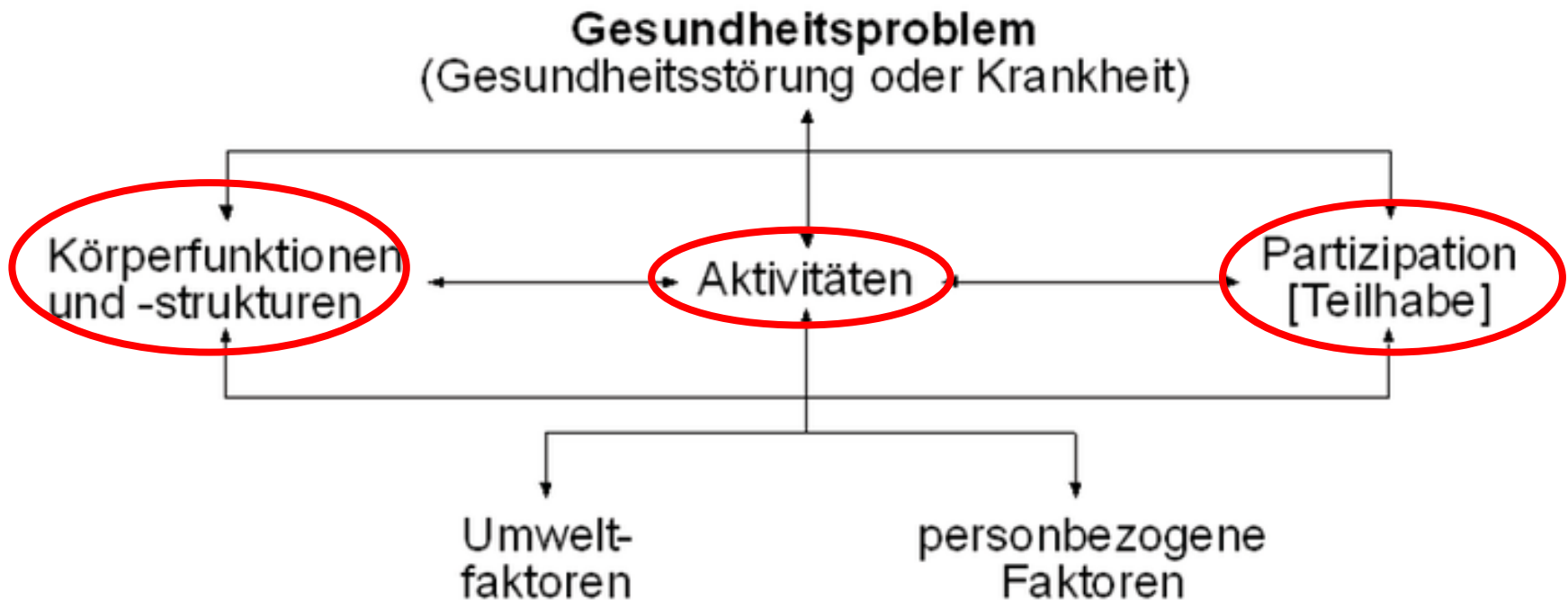
- 90 Jahre alt
- lebt alleine am Alexanderplatz
- Treffen mit Freundinnen, Spaziergänge
- Ehem. Lehrerin, organisiert das jährl. Kollegiumstreffen
- Strickt Mützen, Schals, Socken für obdachlose Menschen

## **Therapeutin:**

- 27 Jahre alt, seit 3 Jahren im Beruf
- Team: 2 ET, 3 PT
- Interprof. Zusammenarbeit
- Selbstversorgung = zentraler Bestandteil der ET in der geriatrischen Frühreha

# Bezugsrahmen

## Biopsychosoziales Modell der ICF



# 1) Initiieren/Eintreten

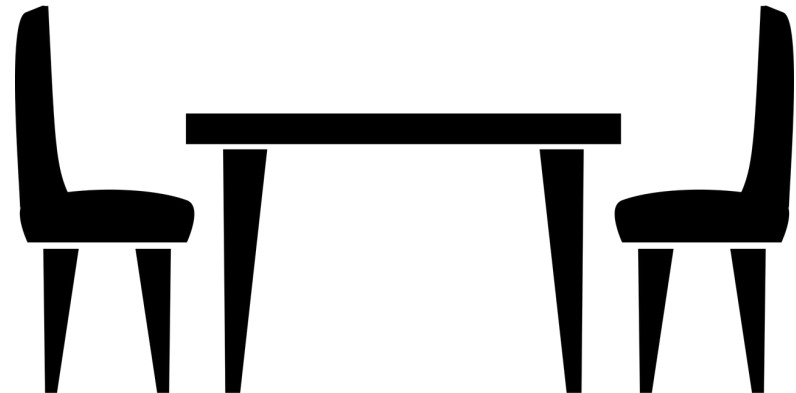


- Sturzereignis → S72.03 Subkapitale Femurfraktur rechts
- Operativ versorgt mit Hüft-TEP
- Am Tag zuvor auf die geriatr. Station verlegt und ärztlich aufgenommen worden
- Bericht der Pflege:  
kognitive Auffälligkeiten, Hinlauftendenz in der Nacht

## 2) Erwartungen abklären

- Plan:
  - nicht-standard. Aufnahme, Vorgabe: MMSE
  - erste Intervention (Aufklärung über KI, HiMi-Beratung)
- Durchführung:
  - Pat. ablehnend im Kontakt, skeptisch/unsicher
  - Unschärfe situative Orientierung

**„Lassen Sie mich in Ruhe!  
Sie wollen mir nur was  
verkaufen!“**



### 3) Erheben / Bewerten

- Betätigungsanliegen können zunächst nicht mit der Patientin selbst erarbeitet werden  
→ Rücksprache mit dem Team!
- Teamsitzung:
  - ET/PT/Logo: lehnt Therapie ab, eingeschränkte Mobilität, globales Kraftdefizit
  - Arzt/NP: Delir bestätigt, Heilungsprozess Hüft-TEP normal
  - Pflege: erhöhte Schmerzbelastung, motor. Unruhe, visuelle Halluzinationen (Mäuse, Krabbeltiere), Vergiftungswahn

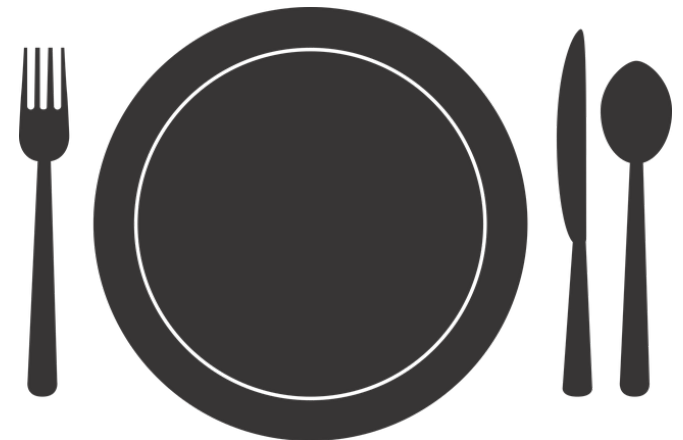


## 4) Sich auf Ziele einigen/planen

- Reorientierung
- Angstreduktion
- Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung

## 5) Plan umsetzen

- Gespräche über bedeutungsvolle Betätigungen
- Kalender zeigen/immer wieder miteinbeziehen
- Spaziergänge über die Station
- Situation erläutern, über Delir aufklären
- Beim Essen begleiten



## 6) Überprüfen/Verändern

- Im Verlauf konnte die Patientin selbst Ziele benennen:
  - Sich selbstständig umkleiden
  - Längere Strecken sicher bewältigen, um an Treffen teilzunehmen
- Nochmal zu 5) Plan umsetzen:
  - HiMi-Erprobung und Beüben des Handlings von Greifzange und Sockenanziehhilfe
  - Mobilisation in Begleitung auf Stationsebene und dem Klinikgelände

# 7) Ergebnis bewerten

- **Umkleiden:**
  - Umsetzung des HiMi-Handlings unsicher, benötigt engmaschige Anleitung → Defizite im KZG bestehen weiterhin
  - Info von der Pflege: keine sst. Umsetzung im Stationsalltag
- **Mobilität:**
  - kann sich ohne Hilfsmittel sicher auf Stationsebene mobilisieren, im Gelände noch leicht gangunsicher

## 8) Beenden / Abschließen

- Nach zwei Wochen **Entlassung** in die orthopädische Rehabilitation
- **Abschlussbericht** (jede Berufsgruppe)

# Und nun sind Sie gefragt!

→ 1 Minute Murmelgespräch

Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Thema  
Delir?

Welche Ansatzpunkte haben Sie gewählt?

# Take-Home Message

Durch einfache Maßnahmen  
lassen sich viele Folgen  
eines Delirs verhindern!

Machen Sie sich in Ihrer Einrichtung stark  
für ein Umfeld, das Delir verhindert bzw. seine  
Verbesserung fördert!

→ Teilhabe an  
bedeutungsvollen  
Betätigungen  
wieder ermöglichen



# Quellen

- Alvarez EA, Garrido MA, Tobar EA, et al. *Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial*. Journal of Critical Care 2016, 37: 85-90.
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). *Geriatrische Syndrome: Delir*. [online]. Verfügbar unter: [https://www.springermedizin.de/emedpedia/dgim-innere-medicin/geriatrische-syndrome-delir?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-54676-1\\_448](https://www.springermedizin.de/emedpedia/dgim-innere-medicin/geriatrische-syndrome-delir?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-54676-1_448). Zugriff: 18.12.23.
- Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. *Long-term cognitive impairment after critical illness*. N Engl J Med 2013, 369: 1306–1316.
- Pozzi C, Tatzler V.C., Strasser-Gugerell C, Cavalli S, Morandi A, Bellelli G: *Innovative Non-Pharmacological Management of Delirium in Persons with Dementia: New Frontiers for Physiotherapy and Occupation Therapy?* Geriatrics 2023, 8, 28.
- Zoremba N, Coburn M: *Acute confusional states in hospital*. Dtsch Arztebl Int 2019, 116: 101-106.