

ZERCUR GERIATRIE® - BASISLEHRGANG, MODUL 4

Demenz und Delir: Definition, Diagnostik und Differentialdiagnostik

ANDREA MIHAIL
NEUROPSYCHOLOGIN (GNP) AM EGZB
05.03.2026



INHALTE

- **Definition Demenz**
- **Epidemiologie, Demenzformen**
- **Assessments und Screeningverfahren**
- **Differenzialdiagnostik**
- **Delir: Definition, Diagnostik**
- **Differentialdiagnostik Demenz, Delir, Depression**

NORMALES VERSUS PATHOLOGISCHES ALTERN

- **Beim normalen Alternsprozess lässt das Gedächtnis zwar etwas nach, es wird vor allem schwieriger neue Informationen zu lernen, und die Wortfindung lässt leicht nach. Eine selbstständige Lebensführung ist problemlos möglich.**

- **Bei einem pathologischen Abbau findet sich ein weit über das Normale hinausgehender Abbau, der auch das Denkvermögen betrifft und zunehmend zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit führt.**

DEMENZ-DEFINITION DER ICD-10

- **Gedächtnisstörung (Langzeit- und Kurzzeitgedächtnis)**
- **Abbau intellektueller Fähigkeiten**
- **Veränderungen der Gemütslage, des Antriebs und des Sozialverhaltens**
- **Werkzeugstörungen: Sprache, Praxie und Visuokonstruktion**
- **Ausschluss eines Delirs als alleiniger Ursache der Hirnleistungsstörungen**
- **Dauer der Symptomatik \geq 6 Monate**

Demenz ist eine Syndromdiagnose! Die jeweilige Ätiologie wird im Rahmen weiterer Differenzialdiagnostik bestimmt.

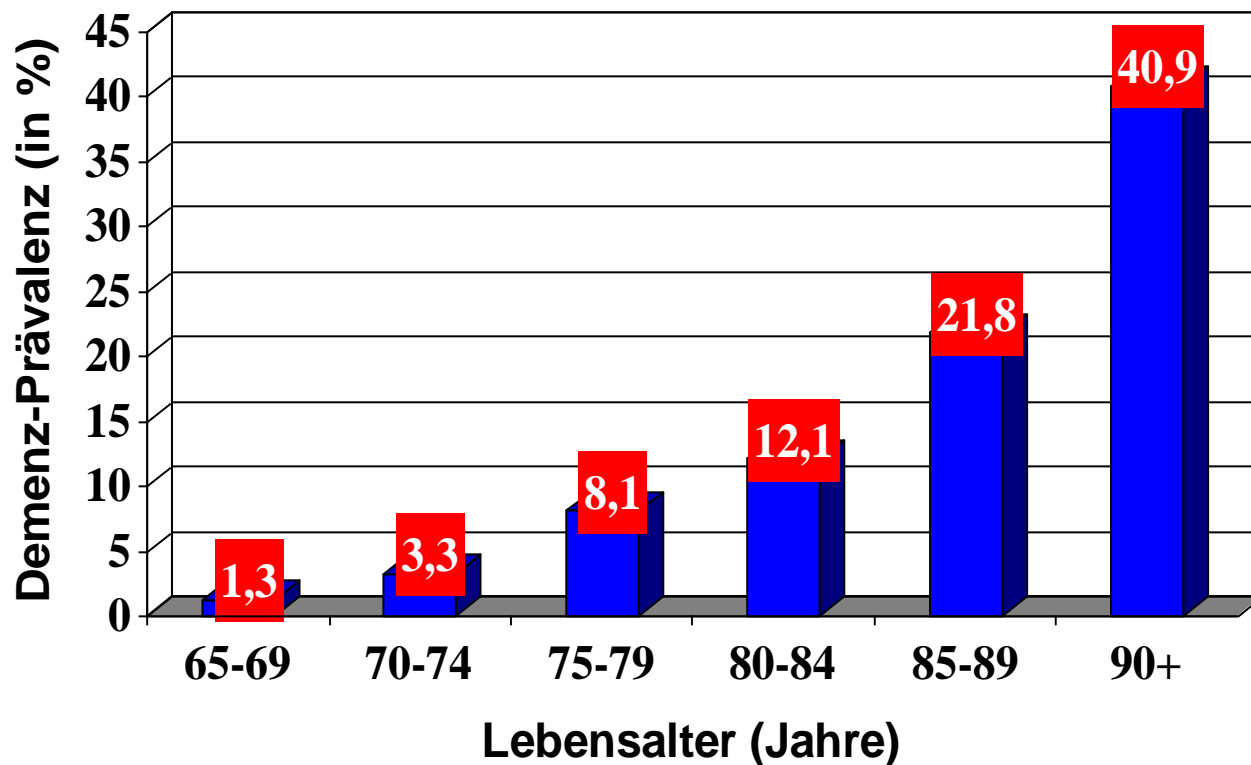
MILD COGNITIVE IMPAIRMENT UND DREI STADIEN DER DEMENZ

- **Mild Cognitive Impairment MCI** leichte Verschlechterung des Gedächtnisse ohne Alltagsrelevanz
- **Frühes/leichtes Stadium:** Verlust der Berufsfähigkeit, Schwierigkeiten bei komplexen Alltagsaktivitäten, in den ADL noch selbstständig.
- **Mittleres Stadium:** Nur noch bedingt selbstständige Lebensführung möglich, zunehmend Hilfebedarf in den ADL.
- **Spätes/schweres Stadium:** In allen ADL maximale Hilfe notwendig; zuletzt Inkontinenz, Immobilität, Mutismus, Dysphagie.

DEMENZ ALS GESUNDHEITSPOLITISCHES PROBLEM

- **1,8 Mio. Demenzkranke in Deutschland (Oktober 2022)**
- **Davon ca. 100.000 unter 65**
- **440.000 Neuerkrankungen jährlich**
- **Schwerstpflegebedürftigkeit Älterer zu fast 50% durch Demenz verursacht**
- **Für die nächsten Jahrzehnte wird ein deutlicher Anstieg der Krankenzahl erwartet –auf 2,4- 2,8 Mio. im Jahr 2050 (13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, 2015)**

RISIKOFAKTOR LEBENSALTER (ALZHEIMER EUROPE, 2019)



HÄUFIGSTE URSACHEN FORTSCHREITENDER DEMENZEN IM ÜBERBLICK

1. Neurodegenerativ

- Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT)
- Mischformen (v.a. DAT mit vaskulärer Beteiligung)
- Parkinson- und Lewy-Körperchen-Demenz
- Frontotemporale Demenzen (in der Geriatrie selten, da präsenil)

2. Erworben oder sekundär bedingt

- Vaskuläre Demenz (VD)
- (Teil-) reversibel, ca. 10% aller Fälle: Stoffwechsel, Intoxikationen, Mangelkrankungen, intrakraniell (Hirntumore, Hydrocephalus)

CHARAKTERISTIKA DER ALZHEIMER-DEMENZ

- **Langsam fortschreitende Demenz mit einer präklinischen Phase von bis zu 30 Jahren**
- **Pathologische Eiweiß-Ablagerungen in den Nervenzellen und ihren Fortsätzen (*chemisch verändertes Tau-Protein: Neurofibrillen*) sowie außerhalb der Nervenzellen (*Beta-Amyloid: senile Plaques*)**
- **Diffuse Verminderung der Nervenzellen (Atrophie), beginnend im Temporal-Lappen insb. Hippocampus und sich dann auf das ganze Gehirn ausdehnend**

Hippocampus-Atrophie bei Alzheimer-Demenz

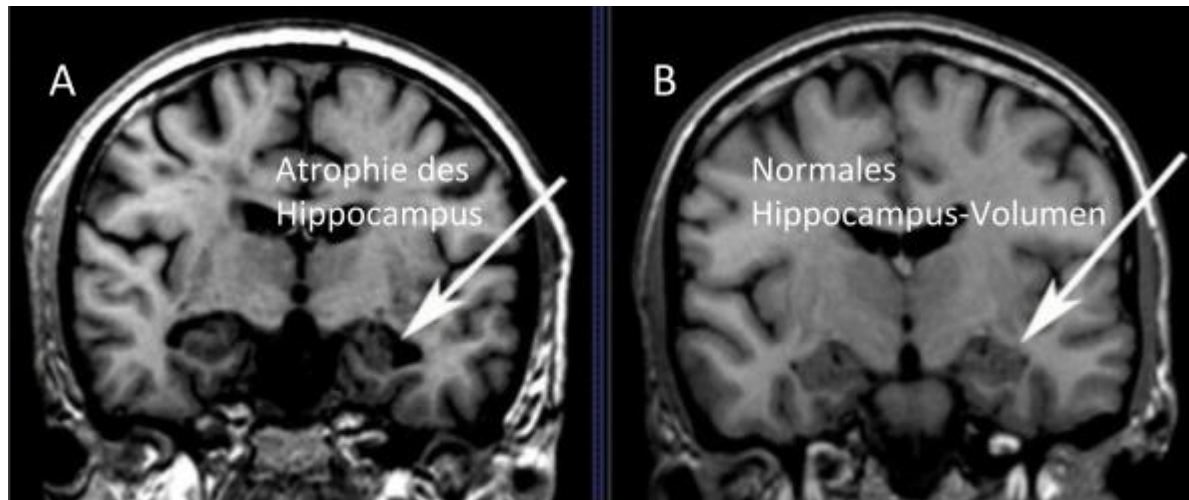
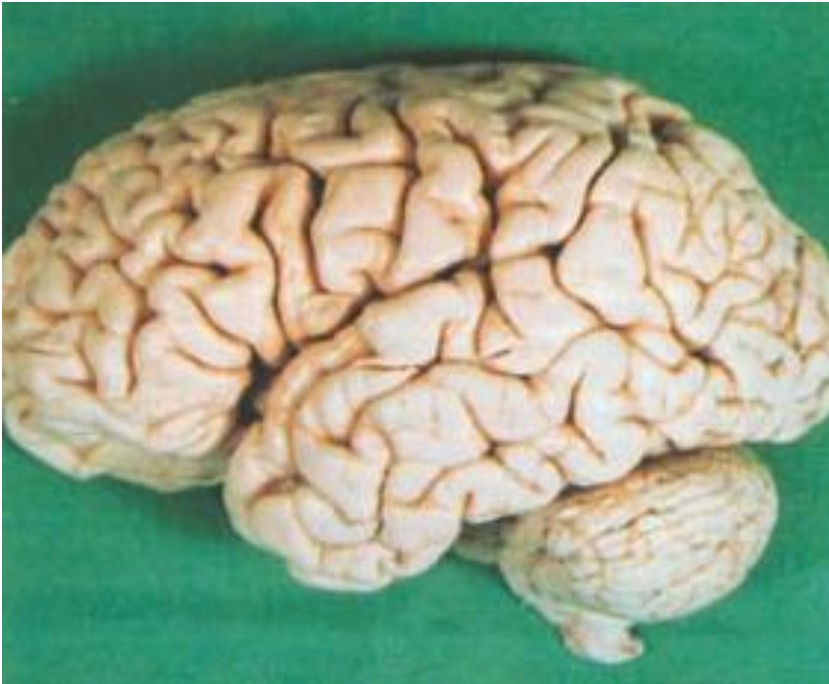


Abbildung 1: A = Gehirn-MRT bei einem Patienten mit Alzheimer-Krankheit, die eine Volumenreduktion des Hippocampus zeigt. B = Gehirn-MRT von einem Patienten ohne Alzheimer-Krankheit mit normalem Volumen des Hippocampus.

ZEREBRALE ATROPHIE BEI DER DAT



Gesund



DAT

CHARAKTERISTIKA DER VASKULÄREN DEMENZ

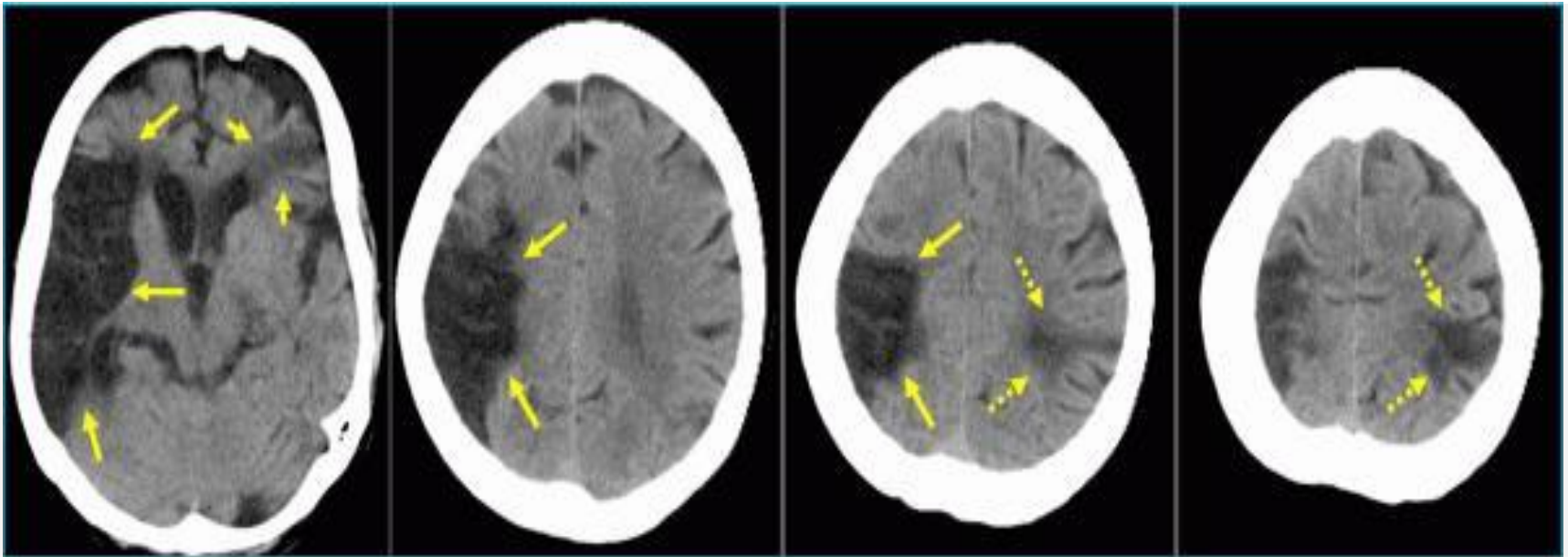
- Demenzerkrankungen mit vorrangig schubförmigen aber auch schleichenden Verläufen
- Mikroangiopathie (bspw. Morbus Binswanger): Schädigung kleiner Blutgefäße, welche die tiefen Strukturen des Gehirns versorgen. Folge: Kleine Infarkte (Lakunen), Schädigung des Marklagers.
- Makroangiopathie (bspw. Multi-Infarkt-Demenz): Verschlüsse größerer Gefäße, vor allem im Stromgebiet der mittleren Hirnarterie.
- Risikofaktoren: Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen

VASKULÄRE DEMENZ IM VERGLEICH ZU ALZHEIMER

Vaskuläre Demenz	Alzheimer
akut	schleichend
Kardiovaskulär belastet	Vaskulär weniger belastet
Neurologische Symptome	Neurologisch o.p.B.
Im Kontakt verlangsamt	Im Kontakt normal
Leistungsschwankungen	Eher gleichförmig
Persönlichkeit verändert	Persönlichkeit erhalten
Affektive Labilität	eher stabil wirkend
Sturzgefahr, Inkontinenz	Motorisch normal

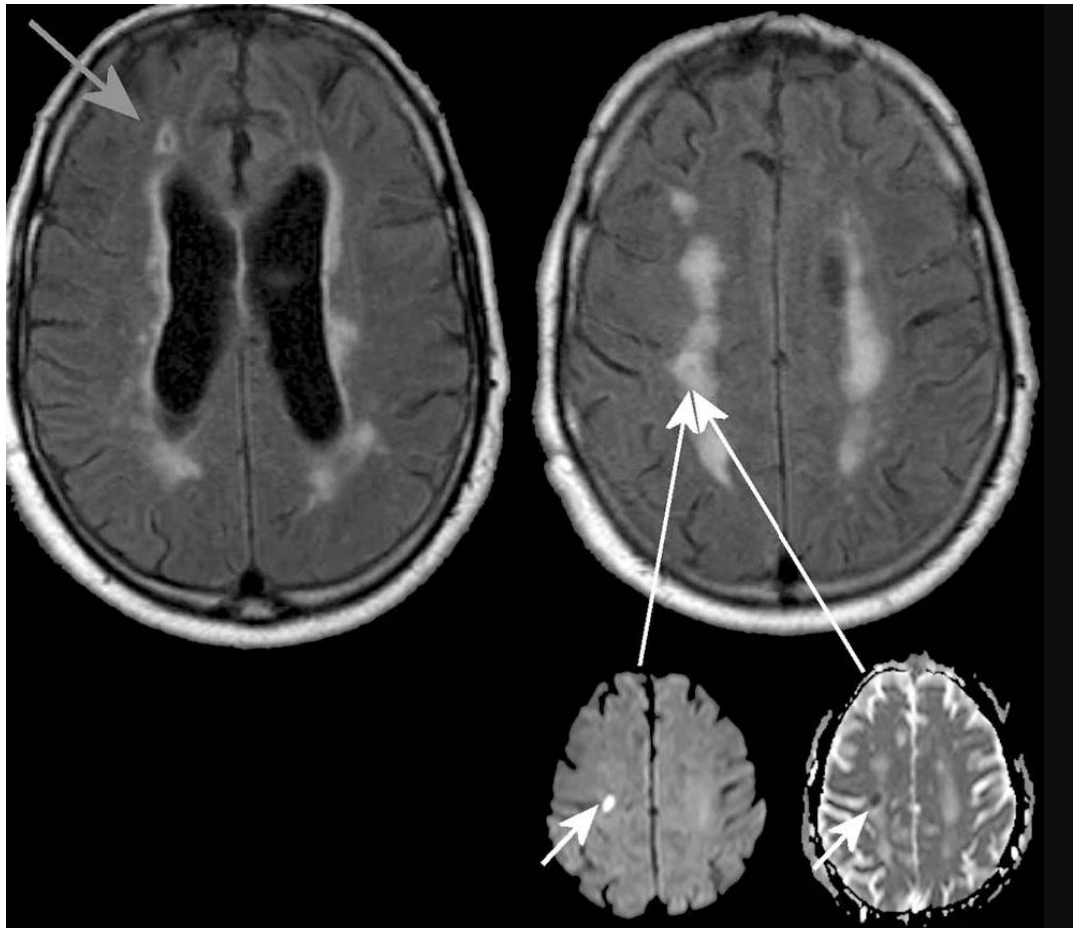
- ca. 20 % aller Demenzpatienten haben eine Mischform
- Cave: derartige Gegenüberstellungen beziehen sich immer auf „Prototypen“

BEISPIEL MULTI-INFARKT-DEMENZ



Koennecke HC Journal für Hypertonie 2006; 10 (3): 24-29 ©

Lakunäre Infarkte und Mikroangiopathie



CHARAKTERISTIKA DER PARKINSON- UND LEWY-KÖRPERCHEN-DEMENZ

- **Motorische Symptome der Parkinson-Erkrankung, insb. Rigor (erhöhte Muskelsteifigkeit) und Akinese (Verlangsamung der Bewegungen) plus Demenzsymptome (initial vor allem kognitive Verlangsamung, visuell-räumliche Probleme, Frontalhirnsymptome, aber auch Gedächtnisstörungen)**
- **Lewy-Körperchen Demenz Schwankungen der Aufmerksamkeit und Vigilanz im Tagesverlauf, Blutdruck schwankt, früh im Verlauf optische Halluzinationen, häufig REM-Schlaf-Störungen, Parkinsonsymptome schwer behandelbar, ausgeprägte Überempfindlichkeit auf typische Neuroleptika!**
- **Plus weitere seltene Demenzen mit Parkinsonismus....**

CHARAKTERISTIKA DER FRONTOTEMPORALEN DEMENZ (FTD) (ICD-10: PICK-KRANKHEIT)

- Vorwiegend präsenile Demenzform (bereits ab 40. LJ), in der Bildgebung frontotemporale Atrophie „Messerschnittmuster“

1. Verhaltenstyp

- Frontalhirnsyndrom/Persönlichkeitsveränderung
- Gedächtnis und räumliche Orientierung können lange gut erhalten sein

2. Sprachstörungen

- Primär progressive Aphasie (PPA)

DIAGNOSTIK / DIFFERENZIALDIAGNOSTIK

- Eigen- und Fremdanamnese**
- Neuropsychologischer Status**
- Psychopathologischer Status**
- Neurologischer Status**
- Internistischer Status**
- Labordiagnostik**
- Bildgebende Verfahren, idealerweise MRT**
- (EEG, Liquordiagnostik)**

EXKURS: GERIATRISCHES ASSESSMENT UND GERIATRISCHE KOMPLEXBEHANDLUNG

- Zu den Mindestmerkmalen gemäß OPS Version 2021 (Prüfregime gemäß § 275c SGB V) gehört u.a.:
- Standardisierte Assessmentverfahren (nicht nur klinischer Eindruck)
- grundsätzlich innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme
- Dazu gehören: Tests zur Selbstständigkeit, Mobilitätstests, **Kognitionstest**, **Erfassung der Emotion**, Soziales Assessment
- Testauswahl aus der S1 Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie 2019.
- Die gebräuchlichsten Verfahren sind online abrufbar unter <https://kcgeriatrie.de/>

HAUPTMERKMALE VON SCREENINGS DER KOGNITION FÜR ÄLTERE

- sind sehr kurz (5-10 Minuten)
- verschiedene kognitive Bereiche sind enthalten, aber meist nur mit einem Item
- sehr leicht anzuwenden, dadurch bedarfsabhängig für verschiedene Berufsgruppen anwendbar bzw. delegierbar
- sehr leicht auszuwerten, meist müssen nur Punkte zusammengezählt werden und es gibt einen Cut-Off oder Schweregradbereich

Probleme von Screeningverfahren

- Tests sind ggf. zu anspruchsvoll bezüglich sensorischer und motorischer Mindestvoraussetzungen
- Sind meistens für Pat. mit Migrationshintergrund nicht einsetzbar. Führen auch bei leichten Aphasien zu auffälligem Ergebnis.
- Bei Depression, niedrigem Bildungsniveau, vorübergehender körperlich bedingter Leistungsschwäche auffällige Werte möglich
- Sind oft nicht sensitiv genug für Mild Cognitive Impairment (MCI) und beginnende Demenzen
- Differenzieren nicht zwischen akuten und chronischen kognitiven Defiziten, insbesondere nicht bei der Frage: Delir, Demenz oder beides

DARAUS FOLGT FÜR DEN/DIE UNTERSUCHER*IN:

- Stellen Sie sicher, dass der Patient sensorisch und motorisch den Test bewältigen kann oder werten Sie Items als „nicht durchführbar“, ggf. muss ein rein klinisches Alternativverfahren eingesetzt werden (wie z.B. der Erweiterte Barthel-Index)
- In die klinische Bewertung des Ergebnisses müssen u.a. Bildungsgrad, Deutschkenntnisse, Compliance, aktuelle somatische Beschwerden sowie potentiell auch die Medikation einfließen
- **Die Diagnose „Demenz“ darf niemals anhand eines Punktwerts in einem Screening allein gestellt werden!**
- Die Diagnosestellung gehört in die Hände einer entsprechend qualifizierten Person (idealerweise in Zusammenarbeit von Neuropsychologen und Geriater)
- Screeningwert allein reicht nicht aus für spezielle Fragestellungen (Geschäftsfähigkeit, Fahrtauglichkeit)

Mini-Mental-State Examination (MMSE) nach Folstein (1975)

- beinhaltet 30 Items zu den Bereichen Orientierung, Kurzzeitgedächtnis, Rechnen, sprachliche Fähigkeiten, Praxie, visuo-konstruktive Fähigkeiten
- das weltweit am häufigsten verwendete Verfahren, in mehr als 60 Sprachen übersetzt und zudem in verschiedene Testbatterien zur Demenzdiagnostik (u.a. CERAD Plus) integriert
- In der geriatrischen und gerontologischen Forschung sowie in der Forschung an Antidementiva unverzichtbar als Standardverfahren
- Achtung: keine einheitliche Version, sondern es sind mehrere Varianten und auch verschiedene Cut-Offs bei der Auswertung im Umlauf.

Mini-Mental Status Test (MMST)

Name _____ Datum _____ Score _____

A. Orientierung

Score

Zeit

(z. B. Welchen Tag haben wir heute?)

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Jahr | ⓐ |
| 2. Jahreszeit | ⓐ |
| 3. Datum | ⓐ |
| 4. Wochentag | ⓐ |
| 5. Monat | ⓐ |
| 6. Land/Staat | ⓐ |
| 7. Bundesland | ⓐ |
| 8. Stadt/Ortschaft | ⓐ |
| 9. Klinik/Praxis/Altersheim | ⓐ |
| 10. Stockwerk | ⓐ |

Ort

(z. B. Wo sind wir?)

Summe (max. 10):

B. Merkfähigkeit

Der Untersucher nennt folgende drei Gegenstände und fordert den Patienten auf, die Begriffe zu wiederholen (1 Punkt für jede richtige Antwort).
Der Untersucher wiederholt die Wörter so lange, bis der Patient alle drei gelernt hat (höchstens 6 Wiederholungen).

- | | |
|------------|---|
| 1. >Auto< | ⓐ |
| 2. >Blume< | ⓐ |
| 3. >Kerze< | ⓐ |

Summe (max. 3):

C. Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit

Von 100 an sind jeweils 7 abzuziehen. Falls ein Rechenfehler gemacht wird und die darauf folgenden Ergebnisse „verschoben“ sind, so wird nur ein Fehler gegeben.

ODER

Falls der Patient die Aufgabe nicht durchführen kann oder will, „RADIO“ rückwärts buchstabieren lassen: O-I-D-A-R

- | | |
|---------|---|
| 1. >93< | ⓐ |
| 2. >86< | ⓐ |
| 3. >79< | ⓐ |
| 4. >72< | ⓐ |
| 5. >65< | ⓐ |

- | | |
|------|---|
| 1. O | ⓐ |
| 2. I | ⓐ |
| 3. D | ⓐ |
| 4. A | ⓐ |
| 5. R | ⓐ |

Summe (max. 5):

D. Erinnerungsfähigkeit

Der Untersucher fragt nach den drei zuvor genannten Wörtern.

- | | |
|------------|---|
| 1. >Auto< | ⓐ |
| 2. >Blume< | ⓐ |
| 3. >Kerze | ⓐ |

Summe (max. 3):

E. Sprache

Der Untersucher zeigt zwei Gegenstände und fordert den Patienten auf, sie zu benennen.

Der Untersucher fordert den Patienten auf, nachzusprechen

Der Untersucher läßt den Patienten folgendes Kommando befolgen.

Der Untersucher bittet den Patienten,

Der Untersucher dreht das Blatt um und fordert den Patienten auf,

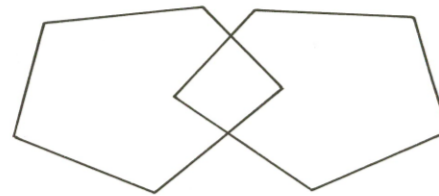
Der Untersucher läßt den Patienten die auf der Rückseite vorgegebene Figur malen (1 Punkt, wenn alle Seiten und Winkel stimmen und die sich überschneidenden Linien ein Viereck bilden).

- | | |
|---|---|
| 1. Armbanduhr | ⓐ |
| 2. Bleistift | ⓐ |
| 3. "Sie leiht ihm kein Geld mehr" | ⓐ |
| 4. „Nehmen Sie dieses Blatt in die rechte Hand“ | ⓐ |
| 5. „Falten Sie es in der Mitte“ | ⓐ |
| 6. „Legen Sie es auf den Boden“ | ⓐ |
| 7. die Anweisung auf der Rückseite zu befolgen | ⓐ |
| 8. einen vollständigen Satz zu schreiben (Rückseite). | ⓐ |
| 9. Nachzeichnen (Rückseite) | ⓐ |

Summe (max. 9):

Gesamtsumme bitte oben eintragen

Bitte schließen Sie die Augen!



Interpretation von MMSE-Ergebnissen

nach AGAST (Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment, 1995)

30-24 Punkte: Keine oder leichte Kognitionseinschränkung

23-18 Punkte: Mittlere Kognitionseinschränkung

17-0 Punkte: Schwere bis schwerste Kognitionseinschränkung

=> Grundlage der U51-Codes im ICD 10

=> Diese Norm führt allerdings zu einer geringen Sensitivität im Frühstadium einer Demenz (und für MCI)

Bei körperlich gesunden und sensorisch uneingeschränkten Senioren mit normaler oder hoher Bildung kann bereits ein Wert unter 28 P. auffällig sein.

Alternative Screeningverfahren wurden entwickelt, um Pat. im Frühstadium einer Demenz sicher zu identifizieren.

DemTect (nach J.Kessler und P. Calabrese, 2000)

1. Wortliste (1. Zeile vorlesen – Wiedergabe -- 2. Zeile – Wiedergabe)

Teller Hund Lampe Brief Apfel Hose Tisch Wiese Glas Baum
Teller Hund Lampe Brief Apfel Hose Tisch Wiese Glas Baum

Richtig erinnerte Begriffe (max. 20) _____

2. Zahlen umwandeln

(s. hinten)

Richtige Umwandlungen _____

3. Supermarktaufgabe (In 1 Minute möglichst viele Dinge nennen, die es dort zu kaufen gibt)

Genannte Begriffe (max. 20) _____

4. Zahlenfolge rückwärts (Proband wiederholt Zahlenfolgen rückwärts, jeweils 2. Versuch möglich)

1. Versuch

7-2 4-7-9 5-4-9-6 2-7-5-3-6 8-1-3-5-4-2 Längste richtig rückw.

2. Versuch

8-6 3-1-5 1-9-7-4 1-3-5-4-8 4-1-2-7-9-5 wiederholte Folge
 2 3 4 5 6

(max. 6) _____

5. Erneute Abfrage der Wortliste

Teller Hund Lampe Brief Apfel Hose Tisch Wiese Glas Baum

Richtig erinnerte Begriffe (max. 10)

2. Zahlen umwandeln

Beispiel: 5 → fünf; drei → 3

209 = _____

4054 = _____

sechshunderteinundachtzig = _____

zweitausendsiebenundzwanzig = _____

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

NAME :
Ausbildung :
Geschlecht :
Geburtsdatum :
DATUM :

VISUOSPATIAL / EXEKUTIV							Eine Uhr zeichnen (Zehn nach elf) (3 Punkte)		PUNKTE	
		[] [] [] [] [] []					[] [] [] Kontur Zahlen Zeiger			___/5
BENENNEN										
								[] [] []		___/3
GEDÄCHTNIS										
Wortliste vorlesen, wiederholen lassen. 2 Durchgänge. Nach 5 Minuten überprüfen (s.u.)		1. Versuch	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT	Keine Punkte		
		2. Versuch								
AUFMERKSAMKEIT										
Zahlenliste vorlesen (1 Zahl/ Sek.)		In der vorgegebenen Reihenfolge wiederholen [] 2 1 8 5 4 Rückwärts wiederholen [] 7 4 2								___/2
Buchstabenliste vorlesen (1 Buchst./Sek.). Patient soll bei jedem Buchstaben „A“ mit der Hand klopfen. Keine Punkte bei 2 oder mehr Fehlern		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB								___/1
Fortlaufendes Abziehen von 7, mit 100 anfangen [] 93		[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	4 oder 5 korrekte Ergebnisse: 3 P., 2 oder 3 korrekt: 2 P., 1 korrekt: 1 P., 0 korrekt: 0 P.				___/3
SPRACHE										
Wiederholen: „Ich weiß lediglich, dass Hans heute an der Reihe ist zu helfen.“ [] „Die Katze versteckte sich immer unter der Couch, wenn die Hunde im Zimmer waren.“ []		[] []								___/2
Möglichst viele Wörter in einer Minute benennen, die mit dem Buchstaben F beginnen		[] _____ (N ≥ 11 Wörter)								___/1
ABSTRAKTION										
Gemeinsamkeit von z.B. Banane und Apfelsine = Frucht		[] Eisenbahn - Fahrrad	[] Uhr - Lineal							___/2
ERINNERUNG										
Wörter erinnern OHNE HINWEIS		GESICHT []	SAMT []	KIRCHE []	TULPE []	ROT []	Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis			___/5
Optional Hinweis zu Kategorie										
Optional Mehrfachauswahl										
ORIENTIERUNG										
[] Datum		[] Monat	[] Jahr	[] Wochentag	[] Ort	[] Stadt				___/6
© Z Nasreddine MD Version 7. Nov. 2004 deutsche Übersetzung: SM Bartusch, SG Zipper www.mocatest.org Untersucher: _____										
Normal ≥ 26 / 30 TOTAL ___/30 + 1 Punkt wenn ≤ 12 Jahre Ausbildung										

VOR- UND NACHTEILE DEMTECT UND MOCA

- Vorteile: Obwohl Tests ebenfalls zeitökonomisch und einfach anwendbar sind hat man eine viel bessere Sensitivität für leichte Demenz und MCI. Für MOCA 90% für MCI und 100% (!) für Alzheimer-Demenz bei Cut-off von 25.
- Nachteile: keine bzw. keine hilfreiche alters- oder bildungsdifferenzierte Auswertung, sehr hoher Anspruch an Gehör, Visus und Feinmotorik.
- Spezifität MOCA bereits im ambulanten Setting nur 60 %. Falsch-Positiv-Rate im stationär-geriatrischen Kontext dürfte inakzeptabel hoch sein, im ambulanten Setting kann der MOCA hingegen potentiell sinnvolle MMSE-Alternative sein, der Demtect eher als Add-On.
- Je schwieriger ein Test ist, um so mehr ist er psychisch belastend für den Patienten, bedeutet hohe Defizitkonfrontation und potentielle Belastung des Verhältnisses von Patient und Arzt/Therapeut

DELIR

Akuter Beginn innerhalb weniger Stunden bis Tage, *fluktuierender Verlauf* mit Wechsel der Symptome oder deren Ausprägung im Verlauf eines Tages, *maximale Dauer 6 Monate*

- **Hyperaktives Delir – 5 % (gesteigerte Motorik, Ruhelosigkeit, Umherwandern, Agitiertheit, Ungeduld, Aggressivität, Stimmungsschwankungen, psychotische Symptome, ausgeprägte vegetative Zeichen)**
- **Hypoaktives Delir – 30% (reduzierte Motorik, Verlangsamung, Passivität, Apathie, psychotische Symptome sind möglich). Schlechteste Prognose aller Delirformen, weil oft nicht erkannt**
- **Gemischtes Delir – mit 65 % häufigste Form (hyperaktive und hypoaktive Symptome im Wechsel)**

DIFFERENZIALDIAGNOSE: DELIR

- Das Delir ist das häufigste psychiatrische Syndrom im Allgemeinkrankenhaus.
- Ein Drittel der über 70-jährigen internistischen Patienten erleidet ein Delir im Krankenhaus.
- Bei intensivpflichtigen Patienten tritt je nach Schwere der Erkrankung in bis zu 80% der Fälle ein Delir auf.
- Die Delirraten sind nach akuten chirurgischen Interventionen, insb. bei Frakturen, erheblich höher als nach elektiven Eingriffen.
- **Delirien verlängern den Krankenhausaufenthalt, verschlechtern das Behandlungsergebnis und erhöhen die Mortalität.**

DELIR VS. DEMENZ

Delir	Alzheimer-Demenz
Akuter Beginn	Längere Entwicklung
Fluktuierende Kognition	Mehr oder weniger gleich
Fluktuierende Wachheit	Normal wach am Tag
Oft Verhaltensstörung	Verhalten normal (leichte D.)
Tag-Nacht-Rhythmus gestört	Tag-Nacht-Rhythmus ungestört


DAS MULTIFAKTORIELLE MODELL DER DELIRENTSTEHUNG

Vorbestehende Risikofaktoren



Hohes Lebensalter
Demenz
Multimorbidität
Schwere Grunderkrankung
Polypharmazie
Hör- oder Sehbehinderung
Dehydratation
Anämie
Mangelernährung
Alkoholismus
Depression
Benzodiazepingebrauch
Schmerz
Einsamkeit
Niedrige Intelligenz

Äußere Belastungen



Fremde Umgebung
Körperliche Beschränkung
Immobilisation
Störung des Biorhythmus
Psychoaktive Medikation
Entzugssyndrom (z.B. Alkohol)
Elektrolytentgleisung
Akute Infektion
Hypo- und Hyperglykämie
Organversagen (Leber, Niere)
Blutverlust
Re-Operation
Intensivpflichtigkeit
Anticholinerge Medikation
Chirurgischer Eingriff

CAM: CONFUSION ASSESSMENT METHOD

Abbildung 2

Confusion Assessment Method (CAM) als Instrument zur Erkennung eines Delirs

1 Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf:

- | | | |
|---|------|----|
| a) Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung des mentalen Status des Patienten? | nein | ja |
| b) Fluktuierte (das veränderte) Verhalten während des Tages, d.h. hatte es die Tendenz aufzutreten und wieder zu verschwinden, oder wurde es stärker und schwächer? | nein | ja |

2 Aufmerksamkeitsstörung:

- | | | |
|---|------|----|
| Hatte der Patient Schwierigkeiten, seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, z.B. war er leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen? | nein | ja |
|---|------|----|

3 Formale Denkstörung:

- | | | |
|---|------|----|
| War der Gedankenablauf des Patienten desorganisiert oder zusammenhanglos, wie Gefasel oder belanglose Konversation, unklarer oder unlogischer Gedankenfluss oder unerwartete Gedankensprünge? | nein | ja |
|---|------|----|

4 Veränderte Bewusstseinslage:

- | | | |
|---|------|----|
| Wie würden Sie die Bewusstseinslage des Patienten allgemein beschreiben? Bewusstsein getrübt? | nein | ja |
|---|------|----|

wenn ja:

- Hyperalert? Agitiert?
- Somnolent (schläfrig, leicht weckbar)?
- Soporös (erschwert weckbar)?
- Koma (nicht weckbar)?

Werden die Kriterien 1a, 1b und 2 als vorhanden angegeben und dazu entweder 3 oder 4 oder beide mit Ja beantwortet sind, kann auf die Diagnose eines Delirs geschlossen werden.

DELIRSKALA NU-DESC (NURSING DELIRIUM SCREENING SCALE)

NU DESC

SYMPTOM

- 1. Desorientierung:** Manifestierung einer Desorientierung zu Zeit und Ort durch Worte oder Verhalten oder Nicht-Erkennen der umgebenden Personen
- 2. Unangemessenes Verhalten:** Unangemessenes Verhalten zu Ort und/oder Person: z.B. Ziehen an Kathetern oder Verbänden, Versuch aus dem Bett zu steigen wenn es kontraindiziert ist, usw.
- 3. Unangemessene Kommunikation:** Unpassende Kommunikation zu Ort und/oder Person, z.B. zusammenhanglose oder gar keine Kommunikation; unsinnige oder unverständliche sprachliche Äußerungen
- 4. Illusionen/Halluzinationen:** Sehen und/oder Hören nicht vorhandener Dinge, Verzerrung optischer Eindrücke
- 5. Psychomotorische Retardierung:** Verlangsamte Ansprechbarkeit, wenige oder keine spontane Aktivität/Äußerung, z.B. wenn der Patient nicht angestupst wird, ist die Reaktion verzögert und/oder der Patient ist nicht richtig erweckbar

INTENSITÄT

- 0 ■ 1 ■ 2
- 0 ■ 1 ■ 2
- 0 ■ 1 ■ 2
- 0 ■ 1 ■ 2
- 0 ■ 1 ■ 2

SUMME: >=2 ■ ja <2 ■ nein

DIFFERENZIALDIAGNOSE: DEPRESSION VS. DEMENZ

- Bei älteren Depressiven kann die typische depressive Grundstimmung fehlen, stattdessen präsentieren die Patienten als Hauptsymptom möglicherweise Gedächtnisprobleme
- Ausgeprägte Depressionen können tatsächlich zu kognitiven Minderleistungen führen bis zu „depressiver Pseudo-Demenz“
- Besonders am Beginn einer Demenz sind depressive Symptome häufig
- Obligat: sorgfältige Eigen- und Fremdanamnese sowie differenzierte kognitive Funktionsprüfung (Leistungsprofilanalyse)

DEPRESSION ODER ALZHEIMER?

Depression	Alzheimer
Eher Akut	Schleichend
Depressionen vorbekannt	Keine Depressionen vorher
Antriebsminderung	Rückzug wg Misserfolgen
Kaum Schwingungsfähigkeit	Normale emotionale Reaktionen
Oft Lebensüberdross (latent)	Eher kein Lebensüberdross
Konzentrationsstörungen	Vor allem Merkfähigkeitsstörungen
Sehr selbstkritisch	„Nicht wahrhaben wollen“

Im Zweifel: Depressionsbehandlung, Verlaufskontrolle

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt: andrea.mihail@jsd.de