

Alterstypische Häufung ab dem 65. Altersjahr

# Delir: Differenzialdiagnose und Abgrenzung zu anderen Psychosen

Unter einem Delir verstehen wir eine komplexe, akut auftretende und überwiegend reversible neurokognitive Störung (1). Der häufigste Risikofaktor für ein Delir ist eine bestehende, meist nicht diagnostizierte beginnende Hirnleistungsschwäche (dementielle Entwicklung). Obwohl ein Delir in jedem Alter auftreten kann, kommt es zu einer alterstypischen Häufung ab dem fünfundsechzigsten Lebensjahr. Im Jahre 2015 wies jeder vierzehnte der frisch auf der Notfallstation Basel ankommenden älteren Patienten ein Delir auf, ohne dass ein solcher Einweisungsgrund beschrieben worden wäre (2). Im Jahre 2010 wurden in Schweizer Pflegeheimen des Kantons Basel-Stadt, Aarau und Solothurn bei 39.7% von 11 745 eintretenden Bewohnern ein abgeschwächtes Delir-Syndrom und bei 6.5% ein Delir während der ersten zwei Wochen ihres Aufenthalts festgestellt (3).



Dr. phil. Wolfgang Hasemann  
Basel



Prof. Dr. med. Reto W. Kressig  
Basel

Die Diagnose nach der 5. Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5) erfordert das gleichzeitige Vorhandensein von fünf Kriterien: A) Störung der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins B) Das Störungsbild entwickelt sich innerhalb eines kurzen Zeitraums, ursprünglicher Zustand ist verändert, fluktuierender Schweregrad im Tagesverlauf C) Kognitive

Funktionen sind zusätzlich beeinträchtigt D) Die Störungsbilder können nicht besser durch eine andere, vorbestehende, gesicherte oder sich entwickelnde Neurokognitive Störung (Demenz) erklärt werden, auch nicht im Kontext von stark reduzierter Wachheit oder Koma E) Es gibt einen Zusammenhang zu einem medizinischen Krankheitsfaktor, einer Substanzintoxikation, einem Substanzentzug oder Expo-

ABB. 1 Abklärungsschritte bei Verdacht auf Delir	
<b>Diagnostische Merkmale</b>	
<b>Das Ein-Minuten-Delirscreening: (7)</b>	
<b>Aufmerksamkeitstest:</b>	
1) Lassen Sie den Patienten die Reihe der Monatsnamen von Januar bis Dezember aufzählen	
2) Nun bitten Sie den Patienten, die Monatsnamen von Dezember «retour aufzuzählen»	
Ab 3 Fehler bei Monatsnamen rückwärts → Aufmerksamkeitsstörung → Delirabklärung	
<b>Die Fünf-Minuten-Delirabklärung (7)</b>	
Nur, wenn Aufmerksamkeitsstörung vorhanden:	
<b>Testung Kognition (Mental-Status Questionnaire MSQ von Kahn 1960):</b> 1. Wie heisst diese Praxis/Spital etc.? 2. Wo liegt diese Praxis/Spital etc. 3. Welches Datum ist heute? 4. Welchen Monat haben wir jetzt? 5. Welches Jahr haben wir jetzt? 6. Wie alt sind Sie? 7. Wann sind Sie geboren? (Monat) 8. Wann sind Sie geboren? (Jahr) 9. Wie heisst der Präsident von Amerika? 10. Wie hiess ein vorheriger Präsident von Amerika? > 2 Fehler: kognitiv auffällig	
<b>Testung Denkvermögen:</b> Erklären Sie den Unterschied zwischen Treppe/Leiter? Kind/Zwerg? (8)	
<b>Confusion Assessment Method</b> (Anhand Verhalten im Screening und Assessment) (9)	
1a) <b>Akuter Beginn:</b> Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung im Grundzustand des mentalen Status des Patienten? (MSQ < 8/10)	
1b) <b>Fluktuierender Verlauf der Aufmerksamkeitsstörung, oder der formalen Denkstörung oder der Bewusstseinslage:</b> Fluktuierte das (veränderte) Verhalten während des Interviews/Tages, d.h. hatte es die Tendenz aufzutreten und wieder zu verschwinden oder wurde es stärker und schwächer	
2) <b>Aufmerksamkeitsstörung:</b> Hatte der Patient Schwierigkeiten seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, z.B. war er leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen? (Monate rückwärts → 3 Fehler)	
3) <b>Formale Denkstörung:</b> War der Gedankenablauf des Patienten unorganisiert oder zusammenhanglos, wie Gefasel oder belanglose Konversation, unklar oder unlogischer Gedankenfluss, oder unerwartete Gedankensprünge? (Bei MSQ, bei Testung Denkvermögen)	
4) <b>Veränderte Bewusstseinslage:</b> Hyperalert? oder Somnolent?	
Wahrscheinliches Delir: [1a oder 1b] und 2 und [3 oder 4]; Sicheres Delir: [1a und 1b] und 2 und [3 oder 4]	

TAB. 1 Charakteristische Hauptmerkmale der psychotischen Störungen		
Wahn	Der Wahn beschreibt eine feste Überzeugung, die trotz gegenteiliger Evidenz nicht verändert werden kann	Subtypen: Verfolgungswahn: Person glaubt, durch eine Person, Organisation, Gruppen gequält oder bedroht zu werden. Beziehungswahn: Person glaubt, Gesten, Kommentare oder andere Hinweise aus der Umgebung usw. seien speziell auf sie gemünzt. Körperbezogener Wahn: wahnhafte Sorge in Bezug auf die eigene Gesundheit und Organfunktionen. Größenwahn: Überzeugt, über ein besonderes Talent, Wohlstand oder Berühmtheit zu verfügen. Nihilistischer Wahn: Überzeugung der Nichtexistenz der eigenen Person, anderer Menschen oder der Welt als Ganzes. Liebeswahn: fälschlicherweise überzeugt, dass jemand anders sie selbst liebt. Bizzarrer Wahn: Überzeugung, ein Fremder habe seine inneren Organe entnommen und ersetzt. Gedankenentzug: Gedanken durch äussere Kraft entzogen. Gedankeneingebung: fremde Gedanken wurden eingegeben. Kontrollwahn: Äussere Macht lenkt Körper. Nichtbizzarrer Wahn: Überzeugung der Überwachung durch Polizei ohne Beleg.
Halluzinationen (H.)	Halluzinationen sind wahrnehmungsähnliche Erfahrungen, die ohne adäquate externe Reize auftreten	Erscheinen den Betroffenen eindeutig und klar, können durch die Betroffenen nicht kontrolliert werden und treten mit der gleichen Intensität und Wirkung auf wie normale Wahrnehmungen. Alle Sinnesmodalitäten: Stimmenhören und andere akustische H., optische H., taktile H. (Körperhalluzinationen), Geruchs- und Geschmacks-H.
Desorganisiertes Denken (desorganisierte Sprache)	Auf desorganisiertes Denken (formale Denkstörung) wird üblicherweise aus den sprachlichen Äusserungen der Betroffenen geschlossen	Entgleisung/Assoziationslockerung: von einem Gedanken zum nächsten springen. Danebenreden: Antworten können nur indirekt oder gar nicht mit den Fragen verbunden sein. Zerfahrenheit, Wortsalat in schweren Fällen.
Grob desorganisiertes Verhalten oder gestörte Motorik incl. Katatonie	Kann sich unterschiedlich manifestieren, von kindlicher Albernheit bis zu unvorhersehbarer Unruhe	Machen sich bei zielgerichteten Verhaltens bemerkbar und führen zu Schwierigkeiten bei Alltagsaktivitäten. Katatone Verhaltensweisen: ausgeprägtes Nachlassen der Reagibilität auf die Umgebung, aktiver Widerstand gegenüber Aufforderungen, sich zu bewegen, das Verharren in rigiden, unpassenden oder bizarren Stellungen, Katatoner Stupor/Mutismus: vollständiges Fehlen von verbalen oder motorischen Antworten. Katatone Erregung: sinnlose und nicht durch äussere Reize hervorgerufene, übermässige motorische Aktivität. Andere Charakteristika: wiederholte stereotype Bewegungen, Starren, Grimassieren, Mutismus und Echolalie.
Negativsymptome	Negativsymptome erklären einen wesentlichen Teil der Morbidität bei Schizophrenie und sind bei anderen psychotischen Erkrankungen weniger ausgeprägt	Verminderter emotionaler Ausdruck: Reduktion der mimischen Emotionsexpression, verminderter Augenkontakt, Reduktion der Prosodie des Sprechens und der übrigen Körpersprache. Avolition: Abnahme der selbstinitiierten, zweckgerichteten Aktivität. Person kann während langer Zeitperioden nur dasitzen, kaum Interesse zeigen, an einer Arbeit oder sozialen Aktivitäten teilzunehmen. Alogie: Abnahme der sprachlichen Äusserungen. Anhedonie: verringerte Fähigkeit, angesichts positiver Stimuli Freude zu empfinden. Stark gekürzt und wörtlich übernommen aus dem DSM-5 Manual Deutsche Ausgabe (6)

sition gegenüber einem Toxin (1). Ein nicht vollständig ausgebildetes Delir, welches in DSM-IV als subsyndromal bezeichnet wurde, wird nun als «Abgeschwächtes Delir-Syndrom» bezeichnet (4,5). Ferner sprechen wir bei einer erhöhten psychomotorischen Aktivität mit Unruhe und Stimmungslabilität von einem «hyperaktiven Delir», bei Antriebslosigkeit und Lethargie von einem «hypoaktiven Delir» und bei über Tagen fluktuierendem Aktivitätsniveau oder psychomotorischer Unauffälligkeit vom «Gemischten Aktivitätstyp» (6) (Abb. 1). Eine Aufmerksamkeitsstörung kann mittels Monate Rückwärtstest festgestellt werden (10), die Bewusstseinsstörung durch Orientierungsfragen zur Umwelt und zur Person. Akutheit des Beginns und Fluktuationen können durch fremdanamnestic Angaben verifiziert werden. Mindestens ein weiterer Funktionsbereich muss verändert sein: 1) Gedächtnis und Lernen (MMSE Fragen 11–13: Zitrone – Schlüssel – Ball), 2) Desorientierung (erste 10 Fragen des MMSE), 3) Veränderungen der Sprache (MMSE Fragen 22–24), 4) Wahrnehmungsstörung (Halluzinationen, Illusionen oder Fehlinterpretationen) oder perzeptuell-motorischen Störung (z.B. veränderte Schmerzinterpretation). Differentialdiagnostisch sind eine Demenz und mögliche nichtkognitive Symptome einer Demenz abzugrenzen (11). Häufig stellt sich jedoch die Frage, ob neben einer bekannten Demenz ein zusätzliches Delir besteht. Veränderte Wachheit und plötzliche Verhaltensänderungen sowie gestörte Aufmerksamkeit können in Kombination die Differentialdiagnose,

d.h. Delir bei Demenz, sichern (12). In der Wachheit stark eingeschränkte Patienten, welche formal nicht testbar sind, «sollte(n) als schwere Aufmerksamkeitsstörung klassifiziert werden» (S. 823) (6), was von europäischen und amerikanischen Delirfachgesellschaften als diagnostisch einschränkend und der Diagnosestellung hinderlich bewertet wird (13).

### Psychotische Begleitsymptome beim Delir

Bei etwa einem Drittel der Delirien treten zusätzlich psychotische Symptome auf, welche der symptomatischen Behandlung mit (atypischen) Neuroleptika zugänglich sind (14). Typische psychotische Symptome im Rahmen eines Delirs können neben den bereits genannten Wahrnehmungsstörungen (Fehlinterpretation, Illusion, Halluzination) die Entwicklung von wahnhaften Gedanken (Verfolgungs-, Vergiftungswahn) sein, in denen Betroffene gerne den Einsatz von Polizei etc. einfordern oder der regulären Medikamenteneinnahme plötzlich misstrauen. Inkohärente Gedankengänge, die keiner Logik folgen und Gedankensprünge ohne Zurückkehren zum Ausgangspunkt sind Ausdruck der formalen Denkstörung bei psychotischen Delirsymptomen und sind vom Laien als Verwirrung oder Verwirrtheit erkennbar. Das psychomotorische Aktivitätsniveau kann dann als Ausdruck der psychotischen Entwicklung gesteigert sein und zeigt sich typischerweise durch Unruhe, Nesteln, unablässiges Reden, Schreiben, Jammern oder Stöhnen.

TAB. 2 Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen			
Psychotische Störung	Diagnostische Kriterien	Beginn/Dauer	ICD-10
Schizotype Persönlichkeitsstörung	Tiefgreifendes Muster sozialer und zwischenmenschlicher Defizite, das durch akutes Unbehagen in und mangelnde Fähigkeit zu engen Beziehungen gekennzeichnet ist. Verzerrungen der Wahrnehmung oder des Denkens; sowie eigentümliches Verhalten	Beginn: Frühes Erwachsenenalter	F21
Wahnhaftige Störung	Die Wahnhaftige Störung ist durch das Vorhandensein von Wahnphänomenen ohne andere psychotische Symptome gekennzeichnet.	mindestens einen Monat	F22
Kurze Psychotische Störung	Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome. Mindestens eines davon muss (1), (2) oder (3) sein: 1. Wahn. 2. Halluzinationen. 3. Desorganisierte Sprechweise 4. Grob desorganisiertes oder katatones Verhalten.	> 1 Tag < 1 Monat	F23
Schizophreniforme Störung	Die Schizophreniforme Störung entspricht dem Symptombild der Schizophrenie mit kürzerer Dauer sowie vom fehlenden psychosozialen Funktionsabfall	< 6 Monate	F20.81
Schizophrenie	A. Zwei (oder mehr) der folgenden Symptome, jedes bestehend für einen erheblichen Teil einer einmonatigen Zeitspanne (oder kürzer, wenn erfolgreich behandelt). Mindestens eines dieser Symptome muss (1), (2) oder (3) sein. 1. Wahn. 2. Halluzinationen. 3. Desorganisierte Sprechweise 4. Grob desorganisiertes oder katatones Verhalten. 5. Negativsymptome. B. seit dem Beginn der Störung sind eine oder mehrere zentrale Funktionsbereiche wie Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen oder Selbstfürsorge deutlich unter dem Niveau, das vor dem Beginn erreicht wurde.	Beginn: Teilw. Kindheit oder Adoleszenz Dauer: > 6 Monate Floride Phase > 1 Monate	F20.9
Schizoaffective Störung	Die Schizoaffective Störung ist ein Störungsbild mit gemeinsam auftretender affektiver Episode und zeigt floride Schizophreniesymptome und mindestens 2 Wochen lang Wahnphänomene oder Halluzinationen ohne dass vorherrschende affektive Symptome vorausgegangen sind oder nachgefolgt.	> 2 Wochen	bipolar F25.0 Depressiv F25.1
Substanz-/Medikamenten-induzierte Psychotische Störung	A. Vorhandensein von einem oder beiden der folgenden Symptome: 1. Wahn. 2. Halluzinationen. B. 1. Die Symptome aus Kriterium A entwickeln sich während oder kurz nach einer Substanzintoxikation, einem Substanzentzug oder nach Einnahme eines Medikaments. Alkohol F10.x59; Cannabis F12.x59; Phencyclidin F16.x59; Anderes Halluzinogen F16.x59; Inhalat F18.x59; Sedativum, Hypnotikum oder Anxiolytikum F13.x59; Amphetamin (oder anderes Stimulans) F15.x59; Kokain F14.x59; Andere Substanz F19.x59.		F10, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19
Psychotische Störung aufgrund Medizinischen Krankheitsfaktors	Halluzinationen und Wahnphänomene treten häufig im Rahmen eines Delirs auf. Allerdings wird die zusätzliche Diagnose einer Psychotischen Störung aufgrund eines Anderen Medizinischen Krankheitsfaktors nicht gestellt, wenn das Störungsbild ausschliesslich im Verlauf eines Delirs auftritt.		

Stark gekürzt und wörtlich übernommen aus dem DSM-5 Manual Deutsche Ausgabe (6)

### Worin sich das Delir von psychotischen Störungen abgrenzt

Von anderen psychotischen Störungen unterscheidet sich das Delir durch das Vorhandensein einer Bewusstseinsstörung, insbesondere der Desorientierung und der Aufmerksamkeitsstörung und dem Fluktuieren der Symptome im Tagesverlauf. Tabelle 1 und 2 geben einen Überblick über die differentialdiagnostischen Kriterien zu psychotischen Störungsbildern wieder. Die Delirium Rating Scale R-98 kann zwischen Delir und Schizophrenie unterscheiden (15) (siehe [www.delir.info](http://www.delir.info)). Eine Zusammenfassung der nationalen «Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter» sind in Savaskan et al. 2016 beschrieben (11).

**Dr. phil. Wolfgang Hasemann, RN, PhD**

Universitätsspital Basel, Hebelstrasse 10, 4031 Basel

**Prof. Dr. med. Reto W. Kressig**

Universitäre Altersmedizin  
Felix-Platter Spital, Burgfelderstrasse 101, 4055 Basel  
[RetoW.Kressig@fps-basel.ch](mailto:RetoW.Kressig@fps-basel.ch)

**Interessenkonflikt:** Die Autoren haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

#### Take-Home Message

- ◆ In bis zu einem Drittel der Delirien liegen begleitende psychotische Symptome vor
- ◆ Psychosen können von Delirien anhand der fehlenden Bewusstseinsstörung (Aufmerksamkeitsstörung, Vigilanzstörung und Desorientierung) unterschieden werden
- ◆ Bei der Differentialdiagnose kann die Delirium Rating Scale R-98 Unterstützung bieten
- ◆ Eine Zusammenfassung der «Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter» sind in Savaskan et al. 2016 nachzulesen

**Literatur:**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association 2013.
2. Hasemann W, Grossmann F, Bingisser R, Kressig RW, Nickel CH. Testing the validity of the mCAM-ED. in preparation. 2016.
3. Gunten Av, Mosimann UP. Delirium upon admission to Swiss nursing homes: a cross-sectional study. *Swiss Med Wkly.* 2010;(21. January).
4. American Psychiatric Association. Delirium, dementia, and amnestic and other cognitive disorders. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. p. 135-47.
5. Meagher DJ, Morandi A, Inouye SK, Ely W, Adamis D, MacLulich AJ, et al. Concordance between DSM-IV and DSM-5 criteria for delirium diagnosis in a pooled database of 768 prospectively evaluated patients using the delirium rating scale-revised-98. *BMC Med.* 2014;12(1):164.
6. Maier W. Neurokognitive Störungen (NCD). In: Falkai P, American Psychiatric Association, editors. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-5. Göttingen: Hogrefe; 2015.
7. Grossmann F, Hasemann W, Graber A, Bingisser R, Kressig RW, Nickel C. Screening, detection and management of delirium in the emergency department - a pilot study on the feasibility of a new algorithm for use in older emergency department patients: the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2014;22(1):19.
8. Thomas C, Kreisel SH, Oster P, Driessen M, Arolt V, Inouye SK. Diagnosing delirium in older hospitalized adults with dementia: adapting the confusion assessment method to international classification of diseases, tenth revision, diagnostic criteria. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(8):1471-7.
9. Hasemann W, Kressig RW, Ermini-Fünfschilling D, Pretto M, Spirig R. Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien. *Pflege.* 2007;20(4):191-204.
10. Meagher J, Leonard M, Donoghue L, O'Regan N, Timmons S, Exton C, et al. Months backward test: A review of its use in clinical studies. *World J Psychiatry.* 2015;5(3):305-14.
11. Savaskan E, Bopp-Kistler I, Buerge M, Fischlin R, Georgescu D, Giardini U, et al. [Recommendations for diagnosis and therapy of behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD)]. *Praxis (Bern 1994).* 2014;103(3):135-48.
12. Richardson SJ, Davis D, Bellelli G, Hasemann W, Meagher D, Kreisel S, et al. Evaluating tests of attention and level of arousal in patients with Delirium Superimposed on Dementia: a prospective multi-centre observational study in older patients admitted to hospital. 2016:in preparation.
13. European Delirium Association, American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med.* 2014;12(1):141.
14. Trzepacz PT, Meagher DJ. Neuropsychiatric Aspects of Delirium. In: Yudofsky SC, Hales RE, editors. *Neuropsychiatry and Behavioral Neurosciences.* 5 ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2008. p. 445-518.
15. Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Canary K, Norton J, Jimerson N. Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-98: Comparison with the Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2001;13(2):229-42.