Übernahmeanfrage bei Delir

Häufige Argumente bei der Bitte um psychiatrische Übernahme deliranter Patienten von somatischen Stationen und Vorschläge für die kollegiale Beratung.

> „Liegt (…) eine behandlungsbedürftige somatische Erkrankung vor, so sollte verwirrten alten Menschen die Behandlung derselben nicht vorenthalten werden. Psychische Auffälligkeiten dürfen kein Vorwand für eine Verlegung ‚unangenehmer Patienten' in eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sein." (Schmidt-Endres, Deutsches Ärzteblatt 49/2003)

„Ein Delir ist ein psychiatrisches Krankheitsbild!"

Dennoch steht die Behandlung der Ursache im Vordergrund. Die meisten Delirien haben eine somatische Ursache wie Exsikkose, Infektion, Sepsis, metabolische Entgleisung, Schmerz, Harnverhalt oder Entzug; bei einem großen Teil spielen Medikamente eine Rolle (siehe Tabelle). Erforderlich sind sorgfältige organische Diagnostik und Behandlung der Grunderkrankung. Auf Intensivstationen gehören Monitoring und Management des Delirs zur Basisbehandlung (S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin, DAS-Leitlinie 2020). Auf somatischen Stationen unterstützt der psychiatrische Konsil- oder Liaisondienst.

„Die Verlegung ist im Sinne des Patienten!"

Ortswechsel destabilisieren. Zu den wirksamsten nichtmedikamentösen Maßnahmen gehören Kontinuität der Bezugspersonen, Einbeziehung Angehöriger, ruhige Gesprächsführung, wiederholte Orientierungshilfen, Seh- und Hörhilfen, Schlaf-Wach-Rhythmus und frühe Mobilisation. Ein Wechsel des gesamten Behandlungssettings wirkt dem entgegen.

„Wir haben nicht genug Personal für eine Sitzwache!"

Die Organisation einer 1:1-Betreuung ist Aufgabe der behandelnden Station. Ein Delir mit Gefahr von Stürzen und Fehlhandlungen erfordert häufig eine kontinuierliche Überwachung. Die Übernahme auf eine geschlossene psychiatrische Station ersetzt diese nicht.

„Der Patient muss fixiert werden – das geht nur in der Psychiatrie!"

Kurzzeitige Fixierungen sind auf jeder Station möglich. Bei akuter Gefährdung ist eine kurzzeitige Fixierung in der Regel durch **§ 34 StGB** gedeckt und erfordert weder Unterbringung noch Betreuer noch gerichtliche Genehmigung.

Längere oder regelmäßige Maßnahmen bedürfen der Einwilligung des Betreuers, Bevollmächtigten oder notvertretenden Ehegatten und der Genehmigung des Betreuungsgerichts (**§ 1831 Abs. 4 BGB**, **§ 1358 BGB**). Ein vorläufiger Betreuer kann im Eilverfahren bestellt werden (**§§ 300, 301 FamFG**). Eine Unterbringung und damit eine Verlegung in die Psychiatrie ist dafür nicht erforderlich; auch eine Behandlung gegen den natürlichen Willen (**§ 1832 BGB**) setzt nur einen stationären Krankenhausaufenthalt voraus.

Delirogene Medikamente (Auswahl)

Substanzgruppe	Beispiele
Analgetika	Opioide (v. a. Pethidin, Tramadol), Salicylate in hoher Dosis
Anticholinergika	Atropin, Scopolamin, Biperiden, Oxybutynin, trizyklische Antidepressiva (Amitriptylin, Imipramin)

Antiarrhythmika, Herz-Kreislauf	Amiodaron, Lidocain, Flecainid, Digoxin, Clonidin, Betablocker
Antibiotika, Virustatika	Chinolone, Cephalosporine, Penicilline in hoher Dosis, Metronidazol, Isoniazid, Aciclovir
Antiepileptika	Phenobarbital, Phenytoin, Valproat (Hyperammonämie), Topiramat
Antihistaminika	H1-Blocker der ersten Generation (Diphenhydramin, Doxylamin, Promethazin), H2-Blocker
Antiparkinsonmittel	Levodopa, Dopaminagonisten, Amantadin
Kortikosteroide	Prednisolon, Dexamethason
Psychopharmaka	Clozapin, niederpotente Antipsychotika, Lithium (Intoxikation)
Sedativa, Hypnotika	Benzodiazepine, Z-Substanzen, Barbiturate
Sonstige	Theophyllin, Chloroquin, Zytostatika (z. B. 5-Fluoruracil)

Quellen: S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2020, AWMF 001-012); §§ 1358, 1831, 1832 BGB; §§ 300, 301 FamFG.

© Dr. Mark Elsner · www.avd-psychiatrie.de · Arbeitshilfe ohne Gewähr; maßgeblich sind Gesetzestext, Fachinformation und Leitlinien.