



Egemen Savaskan
Wolfgang Hasemann
(Hrsg.)

Leitlinie Delir

Empfehlungen zur Prävention,
Diagnostik und Therapie des
Delirs im Alter

Leitlinie Delir

Leitlinie Delir

Egemen Savaskan, Wolfgang Hasemann (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

Angelika Abt-Zegelin, Dortmund; Jürgen Osterbrink, Salzburg;

Doris Schaeffer, Bielefeld; Christine Sowinski, Köln;

Franz Wagner, Berlin

Egemen Savaskan
Wolfgang Hasemann

(Herausgeber)

Leitlinie Delir

Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik
und Therapie des Delirs im Alter

unter Mitautorenschaft von

Markus Baumgartner

Dan Georgescu

Martina Hafner

Reto W. Kressig

Julius Popp

Erich Rohrbach

Ruth Schmid

Henk Verloo



Prof. Dr. med. Egemen Savaskan (Hrsg.), Chefarzt, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Alterspsychiatrie, Minervastrasse 145, Postfach 1668, CH-8032 Zürich, E-Mail: egemen.savaskan@puk.zh.ch
Dr. phil. Wolfgang Hasemann RN (Hrsg.), Leiter Basler Demenz-Delir-Programm, Ressort Pflege/MTT, Praxisentwicklung Pflege, Universitätsspital Basel, Hebelstrasse 2, CH-4031 Basel, E-Mail: Wolfgang.Hasemann@usb.ch
Dr. med. Markus Baumgartner. Clenia Schlössli AG.
Dr. med. Dan Georgescu. Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -Psychotherapie (SGAP), Bereich Alters- und Neuropsychiatrie, Psychiatrische Dienste Aargau AG.
Dr. med. Martina Hafner. Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG), Universitäre Altersmedizin und Rehabilitation, Felix Platter Spital Basel.
Prof. Dr. med. Reto W. Kressig. Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG), Universitäre Altersmedizin und Rehabilitation, Felix Platter Spital Basel.
PD Dr. med. Julius Popp. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV).
Erich Rohrbach. Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK).
Ruth Schmid. Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK).
Prof. Dr. phil. Henk Verloo. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV).

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z. Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3000 Bern 9
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
Internet: www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann
Bearbeitung: Michael Herrmann
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: Basil Emmel, Basel
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2017
© 2017 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95761-6)
ISBN 978-3-456-85761-9
<http://doi.org/10.1024/85761-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	5
Dank	9
Vorwort	11
1. Einführung	13
<i>Dan Georgescu</i>	
2. Definition	21
<i>Markus Baumgartner und Martina Hafner</i>	
3. Klassifikation, Klinik und Prädilektionstypen	23
<i>Markus Baumgartner und Martina Hafner</i>	
3.1 Subsyndromale bzw. subdiagnostische Delirien	26
3.2 Prädilektionstypen	27
4. Pathogenese	31
<i>Julius Popp</i>	
4.1 Klinische Subtypen und Pathogenese	33
4.2 Delir und anhaltende kognitive Störung oder Demenz	33
4.3 Delir und Depression	35
5. Prävalenz, Epidemiologie, Kosten	37
<i>Julius Popp</i>	
6. Risikofaktoren, Risikofaktoren-Management, Prävention	41
<i>Henk Verloo, Ruth Schmid, Erich Rohrbach und Wolfgang Hasemann</i>	
6.1 Klassifizierung der Delir-Risikofaktoren	42
6.2 In der Fachliteratur häufig dokumentierte Delir- Risikofaktoren [4]	45

6.3	Nichtpharmakologische Delir-Risikofaktoren	47
6.4	Pharmakologische Delir-Risikofaktoren	49
6.4.1	Langzeitpflege	52
6.4.2	Spitex	52
7.	Nichtpharmakologische Interventionen für die Prävention	63
	<i>Wolfgang Hasemann, Erich Rohrbach, Ruth Schmid und Henk Verloo</i>	
7.1	Zusammenfassung der Fachliteratur	63
7.1.1	Prävention von Delir	64
7.1.2	Nichtpharmakologische Prävention und Behandlung	65
7.1.3	Langzeitpflege	68
7.1.4	Spitex	68
7.1.5	Schlussfolgerungen	68
7.2	Hypoaktives Delir	69
7.3	Unvollständige klinische Formen	69
7.4	Protokolle bei Multi-Komponenten-Interventionen	70
7.5	Hospital Elder Life Program – revidiertes Protokoll	70
7.6	Spitäler mit der Auszeichnung „Senior friendly“	70
7.7	Angehörigenbetreuung	71
7.8	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	72
7.9	Empfehlungen zur nichtpharmakologischen Behandlung	73
7.9.1	Grundlagen	73
7.9.2	Empfehlungen	74
8.	Diagnostik, Assessment, Monitoring	103
8.1	Apparative Diagnostik	103
	<i>Egemen Savaskan, Martina Hafner, Julius Popp und Reto G. Kressig</i>	
8.2	Assessment	104
	<i>Wolfgang Hasemann, Ruth Schmid, Erich Rohrbach und Henk Verloo</i>	
8.2.1	Setting	105
8.2.2	Messverfahren	105
8.2.3	Gemessene Konstrukte	106
8.2.4	Sprachversionen	106
8.2.5	Empfehlungen	106
8.2.6	Patientenpopulation	107
8.2.7	Berufsgruppe	107
8.2.7.1	Disziplin	107

8.2.7.2	Setting	107
8.2.8	Schweregradskalen	108
8.2.9	Alkoholentzugs-Screening	108
8.2.10	Medikamentenstudien	108
8.2.11	Beurteilung fluktuierender Symptome	109
8.2.12	Operationalisierung und Differenzierung von Delir-Symptomen	109
8.2.12.1	Beobachtung versus Assessment	110
8.2.12.2	Indikation, Häufigkeit und Dauer von Delir-Screenings	111
8.2.13	Ins Deutsche übersetzte Skalen	111
8.2.13.1	DOS	111
8.2.13.2	Neecham	112
8.2.13.3	DRS-R-98	112
8.2.13.4	CAM	113
8.2.13.5	CAM-ICU	114
8.2.13.6	ICDSC	114
8.2.13.7	Nu-DESC	115
8.3	Ausblick	117
9.	Biomarker	127
	<i>Egemen Savaskan</i>	
9.1	Prädiktive Faktoren	128
9.2	Diagnostische Faktoren	129
9.3	Faktoren für den Schweregrad des Delirs	129
9.4	Andere Faktoren	130
10.	Pharmakologische Therapie	133
	<i>Egemen Savaskan, Martina Hafner und Reto W. Kressig</i>	
10.1	Wichtige Grundregeln der Psychopharmakotherapie	134
10.2	Antipsychotika	135
10.2.1	Haloperidol	136
10.2.2	Atypische Antipsychotika	137
10.3	Benzodiazepine	138
10.4	Cholinesterasehemmer	139
10.5	Andere Medikamente	139
10.6	Medikamentöse Delir-Prophylaxe	140

11. Entzugsdelir bei Abhängigkeitserkrankungen	145
<i>Egemen Savaskan</i>	
11.1 Epidemiologie der Abhängigkeitserkrankungen	
im Alter	146
11.2 Risikofaktoren	147
11.3 Pathophysiologie des Entzugssyndroms	149
11.4 Diagnostik	150
11.5 Therapie	151
11.5.1 Nichtpharmakologische Interventionen	151
11.5.2 Pharmakologische Interventionen	152
11.5.2.1 Benzodiazepine	153
11.5.2.2 Antipsychotika	154
11.5.2.3 Antiepileptika	155
11.5.2.4 Barbiturate	155
11.5.2.5 Sympathikolytika	155
11.5.2.6 Andere Substanzen	155
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	161
Sachwortverzeichnis	163

Dank

Für die Unterstützung beim Literaturreview danken wir Frau Deborah L. Leuenberger, Inselspital Bern.

Für die Zurverfügungstellung des Umschlagbildes danken wir Herrn Basil Bommel, Basel.

Vorwort

„Verwirrheitszustände“, „akutes psychoorganisches Syndrom“, „Durchgangssyndrom“ oder „akuter exogener Reaktionstyp“ sind Begriffe, die für ein komplexes klinisches Bild stehen, welches unter „Delir“ als Synonym zusammengefasst wird. Das Delir ist ein ätiologisch unspezifisches hirnologisches Syndrom mit akut auftretender, stark fluktuierender Symptomatik, die im klinischen Alltag für die Diagnostik und Therapie eine besondere Herausforderung darstellt. Ältere Personen und vor allem jene mit einer Demenzerkrankung sind sehr anfällig. Die Ursache des Delirs kann sehr vielfältig sein: somatische und neurologische Erkrankungen, aber auch ganz alltägliche Faktoren, wie Orientierungsstörungen, Immobilität, Dehydratation, Mangelernährung und sogar Verstopfung, können bei älteren Personen Delir auslösen. Die Identifizierung der Risikofaktoren und die Diagnose der Ursache sind essenziell, weil eine rasche kausale Therapie die schwerwiegenden Folgen des Delirs abwenden kann. Dabei stellt die Früherkennung des Delirs ein grundlegendes Problem dar, weil das klinische Bild sehr wechselhaft ist und zwischen hyper- und hypoaktivem Typ wechseln kann.

Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Fachpersonen der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (SGAP), der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG), des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VfP) haben im vorliegenden Manual die aktuelle klinische Evidenz und – weil für viele Interventionen bei dieser Indikation oft keine Evidenz vorhanden ist – die klinische Erfahrung der Experten in der Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter zusammengefasst. Es war wichtig, die Prävention und nichtpharmakologische Interventionsmöglichkeiten gut herauszuarbeiten und in den Vordergrund zu stellen. Die Psychopharmakotherapie soll in der Delir-Therapie eine möglichst eingeschränkt eingesetzte Option bleiben, weil viele der verabreichten Substanzen schwere Nebenwirkungen haben können. Das As-

essment wurde ausführlich diskutiert, weil es die Grundlage einer erfolgreichen Behandlung ausmacht.

Die erfolgreiche Delir-Diagnostik und -Therapie sind Teamarbeit und nur in einem interdisziplinären und interprofessionellen Rahmen möglich. Daher wird im vorliegenden Manual versucht, die Bedürfnisse einzelner in der Betreuung der Betroffenen involvierter Berufsgruppen zu berücksichtigen und für den klinischen Alltag nützliche Hinweise zu geben. Dabei ist uns bewusst, dass das Thema „Delir“ nie abschließend behandelt werden kann. Die Sensibilisierung für dieses Thema und die Fortbildung des Behandlungsteams sollen zur Verbesserung der Diagnostik und Therapie beitragen.

Prof. Dr. med. E. Savaskan

Dr. phil. W. Hasemann

1. Einführung

Dan Georgescu

Seit den 1990er-Jahren besteht ein anhaltender Trend zur Publikation von medizinischen Leitlinien, Richtlinien, Konsensen, Diagnostik- oder Behandlungsempfehlungen. Solche Guidelines sollen das medizinische Personal bei der Wahl von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Nutzen-Risiko-Abwägung, Auswahl einer wirksamen Behandlung, Qualitätssicherung) unterstützen und ihm rechtlichen Schutz (z.B. bei Haftungsklagen) bieten [1]. Immer mehr Krankheitsbilder wurden zum Gegenstand von Guidelines, die sich von Expertenmeinungen und -konsensen in Richtung breit abgestützter Leitlinien entwickelten, die evidenzbasiert sind und den Grad der Empfehlung und die Stufe der Evidenz aufzeigen.

Das Delir wurde bereits in den 1990er-Jahren in den USA und Großbritannien als eines der ersten neuropsychiatrischen Krankheitsbilder zum Gegenstand eigener Guidelines [2, 3], in Kontinentaleuropa setzte der Trend später ein. Eine Umfrage [4] von 2006 ergab, dass in Europa nur in den Niederlanden [5, 6] und in Großbritannien [7] nationale Delir-Guidelines – in Deutschland nur für Alkoholentzugsdelir [8] – bestanden und stattdessen meistens angepasste Versionen der amerikanischen Leitlinien sowie lokal entwickelte Empfehlungen verwendet wurden. Interdisziplinär (Psychiatrie, Geriatrie, Neurologie u. a.) bzw. interprofessionell (z.B. mit Beteiligung der Pflege) entwickelte Guidelines waren selten. Die Autoren empfahlen die Abkehr von lokalen, monodisziplinären Guidelines zugunsten der Entwicklung nationaler bzw. internationaler Leitlinien durch Vertreter mehrerer Disziplinen und Professionen, vor allem der Pflege, und die Beteiligung von Betreuern und Angehörigen von betroffenen Patienten. Außerdem empfahlen sie, die Diagnose und das Management des Delirs als „Marker“ für die Gesamtversorgungsqualität eines Akutspitals zu betrachten.

Seit dieser Umfrage wurden eine internationale „Kern-Leitlinie“ [9] und verschiedene nationale [z.B. 10–21] Delir-Guidelines publiziert. Die neueren Guidelines werden nicht mehr monodisziplinär – keine „Splendid Isolation“ der Vertreter einzelner Fachdisziplinen [22] – entwickelt, sondern sind bestrebt, verschiedene Ansätze, Erfahrungen und Sichtweisen zu berücksichtigen und zu integrieren, zumal es wenige Krankheitsbilder gibt, bei deren Management so viele Fachdisziplinen und Professionen involviert sind, wie beim Delir. In der Schweiz wurden 2007 erstmals evidenzbasierte klinisch-praktische Guidelines zu Prävention, Screening, Diagnostik und Behandlung des Delirs publiziert [23, 24]. Sie basierten auf einer extensiven und systematischen Literaturrecherche sowie der strukturierten Befragung eines multidisziplinären Expertenteams des Lausanner Universitätsspitals.

Eine Arbeitsgruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) veröffentlichte 2014 die Charta zur Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen [25]. Mit der Charta richtet sich die SAMW vor allem an die in der Gesundheitsversorgung aktiven Fachleute, Berufsverbände und Institutionen. Sie empfiehlt unter anderem, dass die Berufs- und Fachverbände – unter Berücksichtigung internationaler Empfehlungen – gemeinsame, interprofessionelle Leitlinien entwickeln, die auf institutioneller Ebene von den verschiedenen Berufsgruppen durch gemeinsame, interprofessionelle Standards ergänzt werden. Diese Leitlinien und institutionellen Standards sollen Leitplanken bilden, deren Beachtung gegenseitiges Vertrauen schafft. Ein Abweichen von Leitlinien und Standards solle möglich bleiben, bedürfe jedoch der Begründung.

Die vorliegenden Therapieempfehlungen zum Delir im Alter folgen den internationalen und nationalen Trends und Empfehlungen. Anfang 2014 bildete sich die Arbeitsgruppe aus Vertretern der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie, der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie, des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner und des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft, um die Empfehlungen gemeinsam zu entwickeln.

Diese nationalen Guidelines sollen – wie im SAMW-Papier empfohlen – den aktuellen medizinischen Standard der Diagnostik und Behandlung des Delirs im Alter abbilden und somit als Voraussetzung für ein fachlich fundiertes – das heißt gemäß den anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften (Art. 26 HMG) erfolgreiches – ärztliches und pflegerisches Handeln gelten [25]. Sie entsprechen dem aktuellen medi-

zinischen Wissensstand – auf sie kann und soll der Behandler Bezug nehmen, weil sie ihm erlauben, seine Sorgfaltspflicht angemessen wahrzunehmen (Art. 3 HMG) [26] und die Qualität von Diagnostik und Behandlung zu sichern.

Diese Schweizer Therapieempfehlungen bei Delir sind von Experten aus mehreren Zentren interdisziplinär und interprofessionell entwickelt worden. Medizinische und pflegerische Ansätze wurden angemessen erörtert und evaluiert – entsprechend hoch gewichtet ist auch der Stellenwert der diagnostischen Screening- und Assessmentinstrumente sowie der nichtmedikamentösen Maßnahmen zur primären, sekundären und tertiären Prävention des Delirs.

Bezüglich der pharmakologischen Behandlung liegt eine besondere Situation vor: Es besteht eine Diskrepanz zwischen der Fachinformation einerseits und der klinischen Praxis, der wissenschaftlichen Literatur und den Guidelines andererseits. Die Fachinformation (Summary of Product Characteristics [SPC]) umfasst unter anderem die zugelassenen Indikationen, Dosierungen, zugelassenen Patientenpopulationen sowie technisch-pharmazeutische Vorgaben und wird in der Schweiz auf der Arzneimittelinformationsplattform (AIPS) von Swissmedic veröffentlicht [27]. Mit Ausnahme von Clomethiazol („Verwirrheitszustände verbunden mit Erregtheit und Unruhe bei älteren Personen“), Zuclopenthixol („Schwere Konfusions- und Unruhezustände bei arteriosklerotischen Patienten“), Promazin („Involutionen-, Alters- und Intoxikationspsychosen“) sowie einigen Präparaten mit Zulassung für Delirium tremens (Benzodiazepine wie Lorazepam, Diazepam und Dikaliumpromazin, Neuroleptika wie Haloperidol und Clotiapin) verfügt kein Arzneimittel über die explizite Zulassung für die Delir-Behandlung. Dies auch, wenn man die üblichen, veralteten Synonyme wie Verwirrtheit (szustand), Konfusion (szustand), Intoxikationspsychose, toxische Psychose, Desorientiertheit, Bewusstseinsbeeinträchtigung, delirante Psychose, pharmakogenes Delirium, pharmakotoxische Psychose, enzephalopathisches Syndrom, exogene Psychose, organische Psychose, Steroidpsychose usw. berücksichtigt. Das delirante (Syndrom bzw. die synonymen Begriffe) sind keineswegs abwesend in den AIPS-Fachinformationen, da es in Zusammenhang mit unerwünschten Wirkungen, Kontraindikationen, Vorsichtsmaßnahmen, Warnhinweisen und Überdosierung sehr oft genannt wird. Somit besteht eine besondere Situation: Medikamente, die über eine entsprechende Zulassung verfügen, werden durch die Guidelines nicht empfohlen (z. B. Clomethiazol),

während andere Arzneimittel dem aktuellen Standard zwar entsprechen, aber streng interpretiert „off-label“ verordnet werden müssen (z. B. Haloperidol, Olanzapin). Insbesondere bei älteren Neuroleptika mit Zulassung vor der Einführung des DSM-III (1980) finden sich noch Indikationen wie „psychomotorische Erregungszustände“, „zerebralsklerotisch bedingte Unruhe“, Erregungszustände beim Alkoholentzugssyndrom“, „Psychosen bei Alterspatienten“, „Dämpfung von Erregbarkeit und Hyperaktivität bei Verhaltensstörungen“, „akute Krise von Alkoholikern und Drogensüchtigen“, „Entziehungssyndrome von chronischen Toxikomanen“, „chronische Psychosen“ etc. [27]. Immerhin erlauben diese Indikationen eine breite Anwendung, während sich bei neueren, bewährten Antipsychotika die eng gefassten Indikationen in Bezug auf die Delir-Behandlung wegen der Off-label-Situation als Nachteil erweisen. Diese Problematik besteht auch in anderen Ländern, das empfohlene Vorgehen bei fehlender Zulassung variiert von Land zu Land [4]. Eine Anpassung der Fachinformation an den aktuellen Wissensstand zu erwarten, ist angesichts der heutigen Zulassungskriterien wenig realistisch – leider bewirkt verstärkter Druck auf die pharmazeutische Industrie bei bewährten Präparaten oft, daß diese vom Markt zurückgezogen werden und sich die Versorgungssituation verschlechtert [1].

Der Schweizer Arzt muss sich bei der Behandlung deliranter Syndrome somit bewusst sein, dass er sich kaum auf die Fachinformation stützen kann und sich bei seinem Off-label-Einsatz somit auf die wissenschaftliche Literatur, auf die hausinternen Standards sowie auf nationale oder internationale Guidelines stützen muss. Trotz der Bemühungen der Autoren, den aktuellen Wissensstand abzubilden, hat der Mediziner bei seinem ärztlichen Handeln und Unterlassen kritisch zu hinterfragen, inwiefern diese Leitlinien die verfügbare Evidenz tatsächlich angemessen berücksichtigen [28]. Außerdem muss er eventuelle neue Entwicklungen beachten, die nach Verabschiedung einer Leitlinie stattgefunden haben und zum medizinischen Standard geworden sind [28]. Schließlich besteht wegen des Off-label-Einsatzes eine erhöhte Aufklärungspflicht des behandelnden Arztes [29]. Die angemessene Dokumentation (Gründe für seine Behandlungswahl, erfolgte hinreichende Aufklärung und Nutzen-Risiko-Abwägung) ist zwingend [29]. Allerdings können Personen im deliranten Zustand weder aufgeklärt noch kann ihre Einwilligung eingeholt werden. Im Sinne sowohl einer „good practice“ als auch des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts ist daher die Behandlung mit den Vertrauenspersonen zu besprechen [30].