

## Leserbrief

### Delir-Management bei älteren Patienten: Geriatrer als Ansprechpartner für die Anästhesisten

Leserbrief zu: Siegemund et al. Postoperatives Delirium: Prophylaxe und Therapie. Teil 2 [1].

Ich möchte den Beitrag von Siegemund und Kollegen sehr gerne kurz kommentieren. In der Quintessenz schreiben die Autoren, dass die atypischen Neuroleptika Quetiapin und Risperidon zur peroralen Therapie und Prophylaxe von Delirien eingesetzt werden können. Das stimmt, jedoch sollten die Leser darauf aufmerksam gemacht werden, dass die erwähnten atypischen Neuroleptika in der Schweiz offiziell nicht für die Indikation Delir zugelassen sind. Im Falle von Quetiapin wird bei alten Patienten mit psychotischen Symptomen und Verhaltensstörungen (die schlecht von einem Delir zur unterscheiden sind) und einer bekannten Demenz sogar vor dem Einsatz gewarnt. Es handelt sich daher, wenn man es genau nimmt, um einen *off-label use*, der meiner Meinung nach deklariert werden sollte. Zwar ist Haloperidol auch nicht explizit für die Indikation Delir zugelassen. Doch aufgrund der Zahl der Studien und deren Ergebnisse kann diese Substanz mit gutem Gewissen als Medikament gegen das Delir empfohlen werden. Schliesslich zeigten Marcantonio et al. in einer randomisierten Studie [2], dass mit einem geriatrischen Assessment gerade bei älteren Patienten nach Hüftfrakturen die Inzidenz und die Schwere eines Deliriums reduziert werden konnten. Sowohl die Kenntnis der Risikofaktoren für die Delirientstehung und die Erfahrung im Umgang mit multimorbiden kognitiv eingeschränkten alten Patienten machen den Geriater eigentlich zu einem wichtigen Ansprechpartner der Anästhesisten für das perioperative Delir-Management. Projekte in der Schweiz, die ein derartiges gemeinsames Management anbieten, sind etabliert beziehungsweise in Planung. Ein weiterer Trend in den USA sind spezielle Kursangebote in Geriatrie für angehende Fachärzte operativer Disziplinen und für Anästhesisten: Aus geriatrischer Sicht ein sehr zukunftsorientiertes Angebot.

Thomas Münzer

#### Korrespondenz:

PD Dr. med. Thomas Münzer  
Geriatrische Klinik  
Rorschacherstrasse 94  
CH-9000 St. Gallen  
[thomas.muenzer@geriatrie-sg.ch](mailto:thomas.muenzer@geriatrie-sg.ch)

#### Literatur

1 Schweiz Med Forum. 2011;11(21):367-9.  
2 J Am Geriatr Soc. 2001 May;49(5):516-22.

### Replik

Wir danken Herrn Dr. Münzer für seine Klarstellung im Hinblick auf die atypischen Neuroleptika Quetiapin und Risperidon zur peroralen Therapie und Prophylaxe von Delirien. Er hat mit seiner Anmerkung, dass es sich dabei um einen *off-label use* handelt, natürlich recht. Allerdings besteht bei der Therapie von postoperativen oder infektbedingten Delirien das Problem, dass es gar keine Medikamente gibt, welche speziell für die Therapie eines solchen Delirs zugelassen sind. Dies bedeutet, dass man sich mit jedweder Therapie auf rechtlich sehr dünnem Eis befindet. Im Weiteren wurde der Einsatz von Haloperidol durch die verschärfte Warnung der amerikanischen Arzneimittelaufsicht (FDA) zur intravenösen Applikation für viele Kollegen weiter kompliziert. Eine i.v.-Applikation von Haloperidol ausserhalb einer Intensivstation wurde damit praktisch verunmöglicht.

Um die Patienten auf eine Allgemeinstation verlegen zu können, benötigt der klinisch tätige Intensivmediziner eine perorale Alternative. Dass wir uns in unserem Beitrag vor allem mit Quetiapin befasst haben, liegt vor allem daran, dass die hausinternen Richtlinien der Akutgeriatrie des Universitätsspitals Basel die Verabreichung von Quetiapin in 5-mg-Dosen bei der Therapie eines Delirs vorsehen. Diese kleine, wenig sedierende Dosis wird von der Spitalpharmazie Basel extra für diese Indikation hergestellt, da vonseiten der Herstellerin kein Interesse an der professionellen Vermarktung dieser Dosierung zur Delirtherapie besteht. Aus dem eben Gesagten geht hervor, dass wie von Kollege Münzer angeregt unsere Empfehlungen in enger Absprache mit der Geriatrie des Universitätsspitals Basel getroffen wurden. Auch wir sind der Ansicht, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Geriatern und Anästhesisten/Intensivmediziner bei der Behandlung von deliranten Patienten absolut wünschenswert ist. Allerdings gibt es viele operativ tätige Spitäler, an welche keine stationäre Geriatrie angeschlossen ist, und unser Beitrag wollte sich an eine möglichst breite Leserschaft wenden. Darüber hinaus würden auch wir die Unterstützung, Planung und Durchführung von Studien zur Prophylaxe und Therapie des postoperativen und intensivtherapie-assoziierten Delirs ausgesprochen begrüssen.

Martin Siegemund