

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DELIR IM HÖHEREN LEBENSALTER

Unter einem Delir kann sich jeder etwas vorstellen. Gemeint ist dabei aber meist das Alkohol-Delir. Das ist aber nur eine Delir-Möglichkeit, und nicht einmal die häufigste. Viel eher findet sich das Delir im höheren Lebensalter, zahlenmäßig zunehmend. Dabei besonders bei Palliativ-Patienten im fortgeschrittenen Erkrankungs-Stadium.

Was gilt es zu wissen, und zwar nicht nur für das Krankenhaus- und Pflege-Personal, auch für die Angehörigen, ja möglicherweise Nachbarn, Freunde, Bekannte und sogar zufällig mit einer Delir-Situation Konfrontierte? Dazu einige Hinweise zu Begriff, Definition, klassifikatorische Einteilung und vor allem Beschwerdebild. Denn insbesondere Letzteres kann das nicht nur überraschte Umfeld erheblich irritieren und vor entsprechende Probleme stellen, was das Erkennen, Verstehen und Betreuen von Delir-Situationen anbelangt. Und zwar vor allem im höheren Lebensalter.

Erwähnte Fachbegriffe:

Delir – Delir im höheren Lebensalter – Alkohol-Delir – Delir-Begriff – Delir-Definition – Delir-Einteilung – Delir-Beschwerdebild – formale Delir-Denkstörungen – inhaltliche Delir-Denkstörungen – Delir-Bewusstseinsstörungen – Delir-Orientierungsstörungen – Delir-Gedächtnisstörungen – Delir-Verfolgungswahn – Delir-Beziehungswahn – Delir-Vergiftungswahn – Delir-Beeinträchtigungswahn – feindselige Reaktionen bei Delir – Delir-Aggressionen – Delir-Unruhe – Delir-Angst – Delir-Verlauf – Delir-Sinnestäuschungen – Delir-Halluzinationen – Schlaf-Wach-Rhythmus beim Delir – Tag-Nacht-Umkehr beim Delir – körperliche Delir-Störungen – Delir-Häufigkeit – Delir-Ursachen – körperliche Krankheiten mit Delir-Folgen – seelische Krankheiten mit Delir-Folgen – Delir-Gefahr bei Palliativ-Patienten – nicht-medikamentöse Delir-Therapie – medikamentöse Delir-Therapie – u. a. m.

Wenn von einem Delir, speziell einer drohenden Delir-Gefahr die Rede ist, denkt man zuerst an Alkohol, vor allem das bekannte Alkohol-Entzugsdelir (Einzelheiten siehe Kasten). Im Weiteren auch an Missbrauch oder Abhängigkeit von bestimmten Medikamenten (z. B. Beruhigungsmittel vom Benzodiazepin-Typ); ferner an alle gängigen Rauschdrogen und ggf. sogar Nikotin. Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Alkohol-Delir

Krankheitsbild: flüchtige, kurz dauernde, zumeist optische (Gesichts-)Trugwahrnehmungen, Verwirrtheits-, aber auch depressive und Angstzustände mit wahnhaften Ideen, mit zeitlicher, örtlicher und situativer Desorientierung (während die Orientierung zur Person meist erhalten bleibt, also wer man selber ist).

Typisch ist auch eine unruhige, drängende Betriebsamkeit, erhöhte Beeinflussbarkeit und die charakteristische Sinnestäuschungen: meist kleine bewegte Gegenstände (vor allem Insekten, z. B. Käfer, ganz selten aber die berühmten „weißen Mäuse“). Dafür öfter Fäden, Fuseln, vor allem Draht usw. Auch Tast-Trugwahrnehmungen sind möglich (Kribbeln durch Käferkolonnen, Schwanken des Bettes, Einstürzen der Wände). Und sogar Gehörs-Trugwahrnehmungen wie Stimmen, Musik, Straßenlärm. Manchmal werden ganze Szenen halluziniert. Das Alkohol-Delir kann dramatische Formen annehmen.

Von zunehmender Bedeutung aber, vor allem wegen erfreulich wachsender Lebenserwartung, ist das *Delir im höheren Lebensalter*. Und hier insbesondere bei Palliativ-Patienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungs-Stadium (vom Lat.: palliare = mit einem Mantel bedecken, was speziell die pflegerische Hilfe charakterisieren soll).

Dort kann es dann zu erheblicher, ja extremer Belastung kommen. Und zwar nicht nur für den Betroffenen, auch für seine Angehörigen und später das Krankenhaus- und zuletzt das Pflege-Personal.

Das geht insbesondere auf die Symptomatik, also das Beschwerde- oder Leidenbild dieses Erkrankungs-Status zurück, von den überraschenden Erst-Symptomen bis zum finalen Zustand eines Sterbenden. Um was handelt es sich?

Nachfolgend deshalb in Ergänzung zu bereits verfügbaren Beiträgen in dieser Serie eine kurze Übersicht. Grundlage ist das allgemeine Lehrbuch-Wissen sowie ein Fachartikel über die *Behandlung von Delir bei Palliativpatienten – Stellenwert von Neuroleptika* durch die Experten I. Hainsch-Müller, C. Aulmann und I. Djukic in der Fachzeitschrift *tägliche praxis* 63 (2020) 711. Weitere Hinweise siehe am Ende dieser Übersicht. Im Einzelnen:

Begriff – Definition – klassifikatorische Einteilung

Beim *Delir* (vom Lat.: de lira = von der Furche, in diesem Fall von dem vorbeistehenden Gesundheitszustand abweichend) handelt es sich nicht um ein eigenständiges Krankheitsbild, sondern um ein Syndrom, also eine überzufällig häufig gemeinsam auftretende Gruppe von Krankheitszeichen. In diesem Fall eine akute Funktionsstörung des Gehirns.

Die weltweit ton-angebenden Klassifikations-Systeme wie ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und DSM-5[®] der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) weisen dabei auf folgende Kriterien hin:

1. akuter Beginn, 2. Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, 3. kognitive Dysfunktion (geistige Störungen), 4. Veränderung der Psychomotorik (des seelisch-körperlichen Bewegungsmusters), 5. fluktuierender (wechselnder) Verlauf sowie 6. affektive (Gemüts-)Störungen.

Das Besondere, meist sogar Dramatische und für das oft ahnungslose Umfeld speziell Irritierende und damit Belastende: Ein Delir entwickelt sich in der Regel innerhalb von wenigen Stunden bis Tagen. Dieser akute Beginn unterscheidet es von zwei weiteren und vor allem häufigen Störungen mit bisweilen ähnlichem Beschwerdebild, nämlich Depressionen und Demenz. Hier aber hilft ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal: beide Krankheiten entwickeln sich langsam fortschreitend und für das Umfeld eher schleichend und schwer durchschaubar. Das Delir hingegen zeigt seine zwar individuelle, meist trotzdem charakteristische Dramatik.

Außerdem weisen Delir-Patienten vor allem Bewusstseinsstörungen auf, d. h. eine beeinträchtigte Bewusstseins-Klarheit. Und sie sind nicht mehr in der Lage ihre Aufmerksamkeit auf ein Ziel zu richten, d. h. über eine gewisse Zeitspanne aufmerksam zu bleiben und die Aufmerksamkeit ggf. gezielt zu wechseln, je nach Bedarf oder gar Notwendigkeit.

Damit sind wir schon mitten in der Symptomatik, dem

Beschwerdebild

Neben den erwähnten Bewusstseinsstörungen geht es dabei vor allem um kognitive Störungen (vom Lat.: cognoscere = erkennen). Dabei können sowohl die Orientierung (insbesondere zu Zeit und Ort) als auch die Merkfähigkeit (vor allem das Kurzzeit-Gedächtnis) und die Auffassungs-Fähigkeit gestört sein. Das wird hauptsächlich bei der Störung des Denkablaufs sowie sprachlichen Auffälligkeiten deutlich.

So pflegt das Denken sowohl verlangsamt als auch beschleunigt zu sein, bisweilen sogar sprunghaft, assoziativ gelockert bis völlig zerfahren. Unter Assoziation versteht man eine Verknüpfung von Gedächtnisinhalten, z. B. Ideen, Vorstellungen, Gefühle oder Bewegungen. Wenn das vorliegt, nennt man es in der Fachsprache auch *formale Denkstörungen*, bei denen es also um die gestörte Form, also Art und Weise des Denkens geht.

Es drohen aber beim Delir auch *inhaltliche Denkstörungen*, die besonders von Wahngedanken geprägt sein können. Am häufigsten treten dabei Verfolgungs-, Beziehungs-, Beeinträchtigungs- und Vergiftungswahn auf. Das hört sich erst einmal deutlich krankhaft, weil nachvollziehbar gestört und damit auch rasch als krankhaft erkennbar an. In der Realität des Alltags, d. h. Klinik- oder Heimbetreuung oder gar zu Hause ist es aber erst einmal eine verwirrende Situation. Und damit eher generelle psychosoziale Belastung, auch wenn nach und nach als „nicht normal“ oder in Fachkreisen „pathologisch“ einstuftbar. Denn vor allem delirante Erkrankte können nicht nur ihre Angehörigen, sondern auch Mitpatienten und das ganze Behandlungsteam in ihren Wahn einbeziehen - mit allen Folgen.

Das kann nicht nur zu Ratlosigkeit, Verunsicherung, ja Bestürzung, sondern auch - besonders daheim - zu folgenschweren Irrtümern, ja Kränkungen und ggf. irrümlichen Schlussfolgerungen und damit Fehl-Interpretationen führen. Man kann es sich denken: Ein vertrauter Mensch kommt plötzlich mit den „abstrusesten Ideen, Vorwürfen oder gar Drohungen ohne jeglichen Grund“ (Zitat).

Außerdem drohen vielleicht noch paranoide Erlebnis-Muster, zum Beispiel Vergiftungswahn mit Ablehnung der empfohlenen Medikamente, ja Nahrungs- und Trink-Verweigerung. Oder gar Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn mit feindseligen Reaktionen und aggressiven Durchbrüchen gegenüber Familienmitgliedern, Nachbarn, Freunden oder Behandlungsteam. Für Letztere kann man zwar einwenden, dass gehöre zum beruflichen Alltag und dürfte schon in der Ausbildung zum Thema geworden sein. Sicherlich, aber belastend bleibt es trotzdem – und zwar nicht nur für den Pflegebereich und vor allem Mitpatienten, auch für die irritierten Angehörigen sowie Patienten-Besucher und zuletzt den Kranken selber (Stichwort: Therapie-Verweigerung und Folgen).

Ein weiteres Problem ist der anfangs nicht so seltene Umstand, dass diese formalen und inhaltlichen Denkstörungen nicht nur dem direkten (z. B. familiären oder nachbarschaftlichen) Umfeld, auch dem Behandlungsteam schwer durchschaubar oder gar verborgen bleiben können und zwar über längere Zeit. Schließlich ist man ja mit einer solch gravierenden Verdachts-Diagnose selbst bei verstörenden Symptomen erfahrungsgemäß nicht vorschnell bei der Hand. Denn man beginnt erst einmal nachzudenken, was die reale Ursache, der greifbare Hintergrund oder die bisher nicht geleisteten oder leistbaren (Pflege-

und Betreuungs-)Aufgaben sein könnten. Im Zweifel also für den Patienten, wenn auch letztlich nicht zu seinem Vorteil, da eine konkrete Diagnose und gezielte Behandlung erst einmal verzögert wird.

Hier hilft oft die so genannte Motorik weiter. D. h. die nach außen mehr oder weniger eindeutig sichtbaren und damit irritierenden Verhaltensänderungen des Patienten. Dabei können die Kranken im Delir entweder psychomotorisch unruhig und agitiert (gespannt, getrieben, ggf. zitternd), ja leicht durcheinander zu bringen und damit ängstlich, ja panik-bereit sein. Das nennt man die hyperaktive Form des Delirs. Oder im Gegenteil: verlangsamt, gehemmt, wenig kommunikativ bis bewegungsarm, ja apathisch bis lethargisch (z. B. teilnahmslos oder gar schläfrig bis bewusstseins-gestört). So die hypoaktive Form.

Manchmal lässt sich sogar eine Mischform beobachten (in der Fachsprache auch als solche bezeichnet). Wobei die hyper- und hypoaktiven Verhaltensstörungen im Tages- und sogar nächtlichen Verlauf wechseln können, was das Umfeld besonders verstört und auch professionelle Pflegekräfte irritiert.

Das nennt man dann einen fluktuierenden (also wechselnden) Verlauf. Und der ist nicht selten. Vor allem kann er täuschen, nicht nur wegen mangelndem Kenntnisstand von Umfeld oder Behandlungsteam, auch wegen krankhaft verwirrender Ursachen. So kann es durchaus vorkommen, dass ein Patient über mehrere Tage während der morgendlichen Visiten gegenüber dem Behandlungsteam unauffällig bleibt, um dann aber im Tagesverlauf (und dabei speziell in den Abendstunden und nachts) das so genannte Vollbild eines Delirs zu zeigen. Hier ist dann in Expertenkreisen der lückenlose Austausch (Dienstwechsel!) beobachteter Auffälligkeiten unersetzlich, insbesondere was Denken und Verhalten des Patienten betrifft.

Im Weiteren sind auch so genannte affektive Veränderungen möglich, d. h. Gemüts-Störungen. Beispiele: traurig, reizbar, ängstlich, euphorisch, ratlos etc.

Neben den erwähnten Wahrnehmungsstörungen (also Verkennungen und Sinnestäuschungen, insbesondere optischen Halluzinationen) belastet häufig ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus bis hin zur Tag-Nacht-Umkehr. Und - je nach Ursache des Delirs - auch so genannte vegetative Symptome wie Tachykardie (Herzrasen), Mydriasis (Pupillenerweiterung mit Lichtempfindlichkeit), erhöhte Temperatur, vermehrtes Schwitzen, aber auch trockene Haut und Schleimhäute (Letzteres mit den bekannten Folgen im Nasen-Rachenraum) usf.

Häufigkeit und mögliche Ursachen

Insbesondere in der Palliativ-Medizin stellt also das Delir ein häufiges Problem dar. Man spricht sogar von einer so genannten Hochrisiko-Population, etwa vergleichbar mit den Intensiv-Patienten, die ebenfalls deutlich zugenommen

haben. So scheinen bis zu 80 % der Palliativ-Patienten in den Tagen und Stunden vor dem Tod ein Delir zu entwickeln. Aber auch außerhalb der terminalen (End-) Lebensphase zeigen sich immer häufiger entsprechende Symptome, z. B. bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen. Allein schon hier spricht die Statistik eine deutliche Sprache: 13 bis 42 % bei stationärer Aufnahme, 26 bis 62 % im Verlaufe des Klinikaufenthaltes und 59 bis 88 % in den Wochen vor dem Tode.

Obgleich also häufig, sind die so genannte Pathophysiologie, d. h. die krankhaften Abläufe der einzelnen Organ-Systeme nach wie vor nicht ausreichend geklärt. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur, vor allem unter den fachlichen Stichworten cholinerges Defizit, dopaminerges Überschuss, Neurotransmitter-Störungen sowie entsprechende Substanzen (Glutamat, Serotonin, endogene Opioide, Kortisol, inflammatorische Zytokine) u. a. m. Eine abschließende Übersicht, allseits akzeptiert, steht noch aus.

Dafür sind bestimmte delir-prädisponierende Vulnerabilitäts-, d. h. organische oder funktionelle Verwundbarkeits-Faktoren sowie äußere Umfeld-Bedingungen unstrittig. Meist geht es einfach darum, dass es nach Überschreitung einer individuellen Belastungs-Schwelle zum Ausbruch des Delirs kommt. Bei ausgesprochen anfälligen Patienten reichen dabei relativ schwache äußere Schädigungs-Ursachen, während es umgekehrt stärkerer Noxen (Schadstoffe bzw. schädliche Bedingungen) bedarf, um im entsprechenden Fall ein Delir auszulösen.

Als so genannte *prädisponierende (also risikoreich bahnende) Faktoren* zählen im Allgemeinen:

Hohes Lebensalter, männliches Geschlecht, leichte kognitive (geistige) Störungen bis hin zur Demenz, zerebrale (Gehirn-)Vorschädigung, Delir in der Vorgeschichte, Multimorbidität (d. h. mehrfach krankheits-belastet), Polypharmazie (Mehrfach-Medikation, insbesondere durch psychotrope Medikamente mit Wirkung auf das Seelenleben, aber auch anticholinergischer Wirkung), schließlich Sehbehinderung und Schwerhörigkeit, vollständige und teilweise Immobilität (körperliche Behinderung), Schmerzen sowie Alkoholabusus oder -abhängigkeit in der Vorgeschichte.

Die auslösenden Faktoren sind ebenfalls vielfältig. Handelt es sich um nicht-medikamentöse Ursachen, geht es vor allem um Mangelerscheinungen (Dehydratation = Austrocknung, Hypoxämie = verminderter Sauerstoffgehalt im Blut, Thiamin-, Vitamin-B1-, -B12- oder Folsäuremangel). Ferner um Infektionen, Blutbild-Veränderungen, Störungen des Zentralen Nervensystems (Hirndruck, Hirntumoren, Hirnmetastasen, Epilepsie) sowie weitere Erkrankungen (z. B. Hyper- oder Hypothyreose = Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse),

Nebennieren-Störungen, Harn- oder Stuhlverhalt und nicht zuletzt die erwähnten Entzugs-Syndrome bei Alkoholabhängigkeit, Nikotin- und Beruhigungsmittel-Missbrauch etc.

Aber auch um so genannte steroidale Medikamente. Und um bei Letzterem zu bleiben, gilt es ohnehin eine ganze Reihe von Arzneimitteln im Auge zu behalten, die potenziell delirogen, also delir-riskant werden können. Dazu zählen in Fachbegriffen Analgetika, Anticholinergika, Antikonvulsiva, Antiphlogistika, Kardiaka, Sympathomimetika, Tuberkulostatika, Zytostatika, Steroide, Lithium, Metronidazol, Theophyllin, Antiparkinson-Mittel u. a. Einzelheiten siehe die Auskunft des behandelnden Arztes oder die so genannte Priscus-Liste im Internet.

Anhang: Delir-Gefahr bei Palliativ-Patienten

Der Schwerpunkt dieser Ausführungen liegt - wie erwähnt - bei den Palliativ-Patienten. Sie nehmen nicht nur angesichts einer wachsenden Lebenserwartung zu, hier gilt es auch spezielle Aspekte zu berücksichtigen. Denn bei dieser Klientel lässt sich eine wachsende Zahl von delir-riskanten Faktoren ausmachen, die für die Entstehung des Delirs zumindest bahrend sein können. Denn entsprechende Untersuchungen zeigen, dass Palliativ-Patienten im Durchschnitt 2 bis 6 prädisponierender Faktoren aufweisen. Sie leiden nicht nur an einer schweren und fortgeschrittenen Erkrankung, es liegen auch häufig komorbide Störungen vor (d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt). Und das noch in verschiedenen Organ-Systemen, die mit entweder spezifischen oder unterschiedlich ausgelösten Symptomen, starken Schmerzen und einer insgesamt hohen Stressbelastung einhergehen.

Außerdem werden mit zunehmender Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit immer mehr Menschen nicht mehr in ihrem gewohnten Umfeld betreut. Es folgen immer häufiger mehrfache und oft kurzfristige Verlegungen zwischen zu Hause oder Pflege- und Krankenhäusern, wenn nicht gar Hospiz-Einrichtungen. Das erfordert für den ohnehin schwer belasteten Kranken ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit an die jeweils neue Umgebung. Und Risiken, die auf mehrschichtiger Ebene drohen. Stichworte: Mangelernährung, Dehydrierung (Austrocknung), notwendige, aber belastende Eingriffe wie Infusionskanülen, Dauerkatheter usf. Und nicht zu vergessen: Die erwähnte Polypharmazie, d. h. die verschiedenen, ja durchaus für ihre spezielle Indikation sinnvollen, wenn nicht unerlässlichen Arzneimittel. Wobei aber eben auch potenziell stark delirogene (delir-riskante) Medikamente berücksichtigt werden müssen. Beispiele in Fachbegriffen: Opioide, Kortikosteroide Benzodiazepine, Antihistaminika, Chemotherapeutika usw.

Und das alles bei höherem Lebensalter, vorbestehenden kognitiven Beeinträchtigungen, wenn nicht gar psychischen Störungen, erschwert durch altersbedingte Seh- und Hörfähigkeit und teilweise bis vollständiger Immobilität

(Bewegungseinschränkung bis -unfähigkeit). In Fachkreisen wird dann noch die veränderte Pharmakokinetik betont, d. h. der Einfluss des Organismus auf die verordneten Arzneistoffe, was vor allem mögliche Leber- und Nierenfunktionsstörungen auslösen kann.

Die Folgen: Nicht nur der Verlust der Selbständigkeit, auch die Fähigkeit, sich der Umwelt mitzuteilen, an den therapeutischen Entscheidungen teilzuhaben, seinen (freien) Willen zu äußern. Ferner die Verminderung des Urteilsvermögens, was eine ganze Reihe von Zusatzproblemen auslöst, von folgenreicher Sturzgefahr u. a. ganz zu schweigen. Kein Wunder, dass hier nicht nur eine erhöhte Fremd-, sondern auch Eigengefährdung droht, die ggf. zu mechanischer Fixierung, Isolation, vielleicht zur Zwangsmedikation zwingen könnte (was alles noch komplizierter macht).

Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen

Das besondere Problem des Delirs ist der Umstand, dass es sogar im klinischen (Stress-)Alltag lange unerkannt bleibt. Das gilt insbesondere für die hypoaktive Delir-Form (s. o.). Zwar gibt es zum rechtzeitigen Erkennen und gezielten Handeln eine ganze Reihe von diagnostischen Skalen und Mess-Instrumenten, was aber eine entsprechende Schulung des Pflege- und Krankenhaus-Personals voraussetzt, die nicht grundsätzlich zu erwarten ist - von der üblichen Personal- und Zeit-Not ganz zu schweigen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur.

So nimmt es nicht Wunder, dass die vor allem rechtzeitige Therapie nicht immer garantiert sein kann. Gleichwohl gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, wenn auch Grenzen. Im Einzelnen:

- Die **nicht-pharmakologische Therapie des Delirs** beginnt mit der rechtzeitigen Vorbeugung, was allerdings auch eine rechtzeitige Identifikation von Risiko-Patienten voraussetzt, einschließlich der Begrenzung potenzieller Risiko-Faktoren, wie sie oben dargestellt wurden.

Gleichwohl gelten folgende Basis-Maßnahmen als effektiv, ja unersetzlich:

- Wichtige Voraussetzungen sind und bleiben eine ruhige und sichere Umgebung, d. h. Lärm-Reduktion, natürliches Licht, vielleicht sogar das Mitbringen von vertrauten Gegenständen von zu Hause in die Klinik.

Im Weiteren die Vermeidung von Ortswechsel (auch durch Verlegung von Station und Zimmer). Ferner der Aufbau einer geregelten Tagesstruktur mit adäquatem Tag-Nacht-Rhythmus sowie die Förderung der Mobilität (z. B. möglichst Bettgitter und Fixierungen vermeiden).

Außerdem so genannte re-orientierende Maßnahmen. D. h. Anbringung von Kalender und Uhr im Patientenzimmer sowie kognitive Stimulationen durch entsprechende Therapieverfahren, Familienbesuche etc. Und natürlich die Vermeidung von irritierenden Einflüssen, d. h. störende Fremdkörper (z. B. Dauerkatheter) sowie die so genannte sensorische Deprivation, d. h. folgenschwerer Reiz-Entzug durch beeinträchtigte Sinnesorgane, verhinderbar durch entsprechende Hör- und Sehhilfen.

- Wichtig ist natürlich die personelle Kontinuität in der Behandlung und Betreuung; einerseits eine pflegerische Grundvoraussetzung, andererseits rein organisatorisch nicht immer zufriedenstellend realisierbar - mehr denn je.

- Und schließlich die Vermeidung der schon erwähnten Polypharmazie. Will heißen: Viele bzw. letztlich zu viele Arzneimittel für entsprechende Indikationen (Heilanzeigen), die zwar wichtig, aber in der Gesamt-Belastung riskant werden könnten. Deshalb die rechtzeitige Identifikation von potenziell delirogenen Medikamenten. Und wenn nicht vermeidbar, dann ggf. Dosisreduktion oder Umstellung. Außerdem die Verbesserung der Urin- und Stuhlausscheidung bei Obstipation (Verstopfung) und Harnverhalt. Nicht zu vergessen die Sauerstoff-Sättigung bei respiratorischer Insuffizienz (z. B. Atemstörungen durch chronisch obstruktive Lungenerkrankung, fortgeschrittene amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Lungen-Metastasen u. a.).

- Und nicht zuletzt die Verhinderung der drohenden Entzugs-Beschwerden, falls Alkohol, Nikotin oder bestimmte Medikamente zum Sucht-Problem geworden sein sollten. Wobei das größere Problem nicht die konkreten Behandlungs-Maßnahmen, sondern der unzureichende Informations-Stand der therapeutischen Seite ist, nicht zuletzt durch lückenhafte Angaben oder Verheimlichung seitens Patient und/oder Angehörigen.

- **Medikamentöse Therapie**

Hilfreich aber auf jeden Fall die modernen medikamentösen Möglichkeiten, vor allem durch die fortschreitenden wissenschaftlichen Erkenntnisse und entsprechenden Fach-Publikationen. Dafür gibt es spezielle Fach-Empfehlungen (z. B. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung), die mit ihren gezielten Empfehlungen, aber auch Warnungen eine Linderung der anstehenden Beeinträchtigung bis hin zur Sterbe-Begleitung möglich machen. Einzelheiten müssen im jeweiligen Bedarfsfall mit dem zuständigen Arzt besprochen werden.

Schlussfolgerung

Die Behandlung von Palliativ-Patienten im fortgeschrittenen Erkrankungs-Stadium ohne Heilungs-Möglichkeiten kann für alle Beteiligten eine

schwere Aufgabe werden, die nebenbei immer häufiger wird. Dabei gilt es neben der in der Regel erheblichen „somatischen (körperlichen) Symptom-Last“ auch die parallel laufenden seelischen Beeinträchtigungen mit psychosozialen Folgen im weitesten Sinne im Auge zu behalten.

Das Delir ist in dieser Hinsicht besonders häufig zu diagnostizieren und gezielt zu behandeln. Dafür gibt es inzwischen eine erfreulich große Zahl an Hilfsmöglichkeiten, und zwar sowohl auf der diagnostischen als auch therapeutischen Ebene. Sie sollten und werden immer öfter professionell und damit für die Betroffenen „gnadenvoll“ genutzt. Ein wenig Dankbarkeit, selbst in dieser hoch-komplexen finalen Situation, ist angezeigt.

Literatur

Grundlage dieser kurz gefassten Übersicht ist der Fachartikel

*I. Hainsch-Müller, C. Aulmann (Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Augsburg) sowie I. Djukic (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Augsburg): **Behandlung von Delir bei Palliativpatienten – Stellenwert von Neuroleptika.** tägliche praxis 63 (2020) 711*

Weitere Informationen zu diesem Themenbereich siehe auch die entsprechenden Beiträge in dieser Internet-Serie

<http://www.volker-faust.de/psychiatrie>