

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

## DAS DELIRIUM

### Im Speziellen: das nicht-entzugsbedingte Delir

Den Begriff *Delir* kennt jeder. Meist wird er mit einer Alkoholkrankheit verbunden, besonders im Alkohol-Entzug. Doch das ist nur eine Ursache, wenn auch die bekannteste. Daneben gibt es noch eine Vielzahl organisch bedingter Gründe, vor allem neurologische, internistische, chirurgische und sonstige Krankheiten bzw. Auslöser, von delir-riskanten Arzneimitteln (vor allem im höheren Lebensalter) ganz zu schweigen. Die Heilungsaussichten hängen von einer raschen und zutreffenden Diagnose und gezielten therapeutischen Maßnahmen ab. Und von einer Reihe weiterer Faktoren, nicht zuletzt im höheren Lebensalter und bei mehreren Belastungen auf einmal.

Was also muss man wissen, um rechtzeitig zu erkennen und gezielt zu behandeln, wobei für eine schnelle Diagnose auch das nähere und sogar weitere Umfeld hilfreich ist. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht, bei der jedoch wegen des weit gespannten Ursachen-Spektrums auf Fachbegriffe nicht verzichtet werden kann.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Delirium – nicht-entzugsbedingtes Delir – organisch bedingte seelische Störungen – Delir-Symptomatik – Delir-Beschwerdebild – Delir-Krankheitsbild – akuter Verwirrtheitszustand – organisches Durchgangssyndrom – zerebrale Funktionsstörung – seelische Delir-Folgen – körperliche Delir-Folgen – psychosoziale Delir-Folgen – Delir-begünstigende Ursachen – Delir-Auslöser – neurologische Delir-Ursachen – körperliche Delir-Ursachen – chirurgische Delir-Ursachen – medikamentöse Delir-Ursachen – Delir und Demenz – Arzneimittel und Delir-Risiko – pathophysiologische Delir-Aspekte – Differential-Diagnostik des Delirs – Delir-Verlauf – Delir-Prognose – Heilungsaussichten

eines Delirs – Delir-Prävention – Delir-Vorbeugung – nicht-medikamentöse Präventions-Maßnahmen eines Delirs – medikamentöse Delir-Vorbeugung – medikamentöse Delir-Behandlung – u. a. m.

Wenn von einem Delir die Rede ist, denken die meisten an ein durchaus dramatisch ausuferndes Alkohol-Delir. Doch das ist nur eine Möglichkeit, in einen solchen allseits belastenden Ausnahmezustand in seelischer, geistiger und körperliche Hinsicht zu geraten, und zwar nicht nur belastend für den Patienten, sondern auch das meist überraschte und überforderte Umfeld. Das sagt schon der Begriff, nämlich vom Lat.: de lira ire = „aus der Furche“ oder „aus der Spur gehen“, d. h. im übertragenen Sinne aus einem gesunden Zustand herauszufallen. Einzelheiten zum Alkohol-Delir siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie.

Tatsächlich ist das Alkohol-Delir zwar eine recht bedenkliche Folge, besonders im Entzug, aber bei weitem nicht das einzige Risiko, in ein Delirium zu geraten. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu den Ursachen, Hintergründen, Folgen, präventiven und therapeutischen Möglichkeiten so genannter *nicht-entzugsbedingter Delirien*. Dabei kann aus Gründen des begrenzten Umfangs auf Fachbegriffe nicht verzichtet werden, die bei Interesse anderenorts nachgelesen werden müssen.

Grundlage sind zwei psychiatrische Weiterbildungs-Artikeln, nämlich:

C. Thomas, M. Driessen, V. Arolt: Diagnostik und Behandlung akuter psychoorganischer Syndrome. Der Nervenarzt 5 (2010) 613 sowie

R. Haussmann, M. Bauer, M. Donix: Das nichtentzugsbedingte Delir. Der Nervenarzt 5 (2016) 534

Im Einzelnen:

### **Organisch bedingte seelische Störungen**

Das Delirium zählt zu den häufigsten hirnorganischen Ursachen akuter seelischer Krankheitsbilder in psychiatrischen Aufnahmestationen, im Konsiliardienst und ambulanten Notdienst. Man zählt es zu den so genannten akuten psychoorganischen Syndromen, d. h. (relativ) plötzlich ausbrechende körperliche Beschwerdebilder, die sich überwiegend seelisch, meist aber auch mit körperlichen Zusatz-Belastungen äußern.

Solche ggf. dramatischen Ereignisse werden immer häufiger, nicht zuletzt wegen der gestiegenen Lebenserwartung (siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie). Trotz ihrer oft ungünstigen Prognose, d. h. Heilungsaussichten,

bleiben sie nicht selten unerkannt und sogar unbehandelt. Das ist jedoch keine ärztliche Nachlässigkeit, sondern die Folge einer so genannten multifaktoriellen Genese. Konkret: Viele, vor allem nur schwer sicher zu diagnostizierende und schwierig einzuordnende Ursachen und Hintergründe, komplex, vielschichtig, kaum durchschaubar, schon gar nicht unter den üblichen Notfall-Bedingungen sofort und sicher lösbar. Denn hier müssen - in Fachbegriffen - akute neurologisch, infektiöse, metabolische und andere somatische Ursachen differential-diagnostisch fundiert durch Anamnese (Vorgeschichte), seelischen und körperlichen Befund, Labor und Bildgebung ausgeschlossen werden. Und dies angesichts eines wachsenden Altersdurchschnitts mit allen Konsequenzen, was aber auch medikamentöse, ja bei der jüngeren Generation Rauschdrogen-bedingte seelische Störungen einschließt.

Zu solchen akuten organisch bedingten psychischen Störungen, wie sie beispielsweise in den Diagnosen-Kategorien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-5® der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) aufgeführt werden, gehören beispielsweise (Auswahl in Fachbegriffen):

Autoimmunerkrankungen (z. B. systemischer Lupus erythematodes, Morbus Behcet), Keime jeglicher Art (Herpes simplex, Lues, HIV, Borrelien, chronische Meningo-Encephalitiden, Sarkoidose, Morbus Whipple). Ferner Unter- oder Fehlernährung (Vitamin B1, B12), Tumore und tumor-assoziierte Erkrankungen, Epilepsien, Organversagen (hepatische Enzephalopathie, Herzinsuffizienz, Delirium bei chronischer obstruktiver Lungenkrankheit), renale Enzephalopathie, Glukosestoffwechselstörungen (Ketoazidose, Hypoglykämie), alters-assoziierte, multifaktorielle Delirien, Neurodegeneration und Demyelinisierung (Multiple Sklerose, amyotrophe Lateralsklerose, Prionerkrankungen). Nicht zu vergessen iatrogene Auslöser (medizinische Änderungen und Interventionen, arzneimittel-bedingte Wechselwirkungen), Schädel-Hirn-Traumata, zerebrovaskuläre Erkrankungen (Ischämie, Blutungen, Vaskulitis, Angiopathien), hormonelle Über- oder Unterfunktionen (Hyperthyreose, Hypothyreose, Hyperparathyreoidismus, Hypoparathyreoidismus, Morbus Cushing), Elektrolytverschiebungen (Natrium, Kalium, Calcium) sowie substanzinduzierte Störungen (Benzodiazepine, Opioide, Rauschdrogen, Lithium, Alkohol), Toxine (Mangan, Kohlenmonoxide, Blei, Quecksilber, organische Lösungsmittel) u.a.m. (Übersicht nach C. Thomas u. Mitarb., Der Nervenarzt 5 (2010) 613).

Mit anderen Worten: Bei den akuten organischen Störungen ist eine schier unübersichtliche Zahl möglicher Ursachen zu bedenken, was sie - wie erwähnt - so schwer rasch und sicher diagnostizierbar macht, die Akut-Behandlung kompliziert, das Risiko einer erhöhten Mortalität (Sterblichkeit) provoziert und als Krankheitsbild sehr kostenintensiv zu werden pflegt.

Nachfolgend nun eines der häufigsten seelisch-körperlichen und psychosozialen Folgen, nämlich

## **Das Delir**

Ein Delir wird definiert als akut auftretendes und in seiner Symptomatik (Beschwerdebild) wechselndes Krankheitsbild mit Desorientierung (meist zur Zeit, seltener zum Ort), mit Aufmerksamkeitsstörungen, formalen Denkstörungen und psychomotorischer (seelisch-körperlicher) Unruhe (dann hyperaktives Delir genannt) oder Apathie (hypoaktives Delir). Außerdem finden sich häufig Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen, bisweilen auch Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen) und Wahnideen.

Früher nannte man das Delir einen „akuten Verwirrtheitszustand“ oder „ein organisches Durchgangssyndrom“, auf jeden Fall eine zerebrale (Gehirn-)Funktionsstörung durch die unterschiedlichsten Ursachen. Zwar kann es sich zurückbilden und tut das auch in der Mehrzahl der Fälle (Stichwort: potentielle Reversibilität), doch kann das Sterberisiko besonders im höheren Lebensalter zur schwer kalkulierbaren Gefahr werden. Zumindest findet sich dann dort ein in der Regel nicht mehr (voll) kompensierbarer Funktionsverlust mit deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität oder gar rascher Demenz mit Pflegebedürftigkeit. Und das alles - wie schon erwähnt - durchaus kostenintensiv, worüber inzwischen auch offen geredet werden darf.

## **Beschwerdebild**

Das Delir ist also ein exakt definiertes Krankheitsbild, ausgelöst durch unterschiedliche Ursachen, von meist fluktuierendem (wechselndem) Verlauf und charakterisiert durch bestimmte Haupt-Symptome. Beispiele: Beeinträchtigungen des Bewusstseins bis hin zu komatösen Zustandsbildern (schwerster Grad der Bewusstseinsstörung, bei der der Patient nicht mehr weckbar ist). Die frühesten, meist übersehenen Zeichen einer Bewusstseinsstörung sind der Rückgang der geistigen Beweglichkeit, der Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit auf etwas so gezielt, ausdauernd und konsequent wie nötig zu richten und vor allem gerichtet zu lassen sowie Defizite beim Aufmerksamkeits-Wechsel. Häufig bestehen Gedächtnis- und Orientierungsstörungen. Auch Sprach- und Sprechstörungen sind möglich. Bei den Wahrnehmungsstörungen finden sich optische Halluzinationen (Trugwahrnehmungen) und inhaltliche Denkstörungen, z. B. flüchtige Wahnideen. Auch formale Denkstörungen wie ein inkohärenter (nicht zusammenhängender) Gedankengang sind nicht selten.

Die Psychomotorik imponiert als unruhig, nervös, fahrig, gespannt - oder dem Gegenteil, also dem Fehlen jeglicher spontanen Aktivität bis zur Gefühls-, Gemüts- und Teilnahmslosigkeit. Der Schlaf ist fast immer betroffen, charakte-

riert durch einen gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus mit nächtlicher Verschlechterung des Leidensbildes.

### **Begünstigende Faktoren und Auslöser des Delirs**

Als direkter Auslöser eines Delirs gelten neben dem hier nicht zur Diskussion stehenden Entzug bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit folgende Faktoren (in Fachbegriffen. Einzelheiten siehe Fachliteratur oder Arzt):

- *Akut-neurologische Erkrankungen:* Schlaganfall, Hirnblutungen, Schädel-Hirn-Trauma, Infektionen, Metastasen und hirneigene Tumore.
- *Interkurrente somatische Störungen:* Fieber, Hypothermie, Hypoxämie, Schock, Infektionen (Harnwege, Lunge, Darm), Anämie, Dehydratation, Malnutrition, metabolische Entgleisungen (z. B. Blutzucker, Kalzium, Hypo-natriämie), Hypalbuminämie u. a.
- *Chirurgische Eingriffe:* Herzchirurgie, längerer Einsatz der Herz-Lungen-Maschine, orthopädische Eingriffe, Notfalloperationen (vor allem Hüftfraktur) u. a. Ferner generell schwere/akute Erkrankungen, Schmerzen, Blutverlust.
- *Sonstige nicht-medikamentöse Faktoren:* Fixierung, Blasenkatheter, Infusionsbehandlung, Immobilisation, multiple diagnostische/therapeutische Maßnahmen, Behandlung auf einer Intensivstation, akute Lungenkrankheits-Syndrome, Schmerzen, emotionaler Stress, längerfristiger Schlafentzug usw.

Am häufigsten sind es generell Infektionen, Schmerzen, Exsikkose, Elektrolyt-entgleisungen, Operationen und akute zerebrale Ereignisse. Aber auch Mangelernährung und Beschränkung der Bewegungsmöglichkeit (wie durch Infusionen, Katheter, Pflegestuhl und Fixierungen, intensivmedizinische Behandlungen etc.).

Ein besonderes Problem ist der ältere Patient (also über 65 Jahre), wobei eine Reihe offenbar immer wiederkehrender Risikofaktoren genannt werden. Dazu gehören Demenz, körperliche Co-Morbidität (also wenn eine Krankheit zur anderen kommt), schwere körperliche Grunderkrankung, verminderte Alltagsaktivität, Harnkatheterisierung, Polypharmazie, Albumin-Erniedrigung, pathologischer Harnstoff, Hypo- oder Hypernatriämie und längerer Aufenthalt im Akutkrankenhaus.

Von besonderer Bedeutung sind neben dem Alter der Schweregrad der Grunderkrankung, wenn nicht gar eine Multimorbidität (d. h. mehrere Leiden). Ferner längere Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, ggf. zusätzlich eine Visusminde-

rung (Sehschwäche), Harnkatheterisierung, Hyper- oder Hyponatriämie, Demenzerkrankung (auch leichtere kognitive Störungen) und Polypharmazie (mehrere Medikamente: s. später). Auch ein Alkoholabusus hat seine Konsequenzen (also nicht unbedingt eine bereits bestehende Alkoholkrankheit, dann ggf. über den Entzug mit einem Alkohol-Delir zu bezahlen), sondern ein Übermaß an Alkohol im Alltag. Auch Schlaganfall-Patienten haben ein hohes Delir- und Sterblichkeits-Risiko.

### **Arzneimittel und operative Eingriffe als Delir-Risiko**

Die modernen medikamentösen Möglichkeiten sind ein Segen, da gibt es keine Diskussion. Es ist nur die alte Frage, die bereits der Arzt Paracelsus vor einem halben Jahrtausend mit dem lateinischen Spruch: „dosis facit venenum“ anmahnte, also: die Dosis macht das Gift. Es ist aber - leider - bei der Delir-Gefahr nicht nur eine überhöhte Dosis und zu lange Tabletten-Einnahme, es sind auch einige Arzneimittel darunter, die von sich aus nicht unriskant bleiben, was die mögliche zusätzliche Bahnung eines Delirs anbelangt. Einzelheiten würden hier zu weit führen und müssen mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden. Potenziell delir-begünstigende Substanzen bzw. Medikamente sollen aber wenigstens als Arzneimittelgruppen angedeutet werden.

Beispiele: Analgetika, Antibiotika, Virostatika, Anticholinergika, Antikonvulsiva, Antidepressiva, Kortikosteroide, Dopaminergika, gastrointestinal-wirksame Medikamente, Hypnotika, Antidiabetika, Phasenprophylaktika, Antihistaminika, Parkinson-Medikamente, Urologika, Neuroleptika, Benzodiazepine, Antihypertensiva, Digitalis, Kortikoide, Opiode u.a.m.

Bei operativen Eingriffen sind es ebenfalls eine Vielzahl Delir-begünstigender Begleiteffekte wie Blutdruckabfall, mangelhafte Sauerstoffversorgung, Schmerzen, Blutverlust, anästhetische Arzneimittel und andere Medikamente die ein Delir bahnen können.

Entscheidend ist aber auch hier meist die schon erwähnte multifaktorielle Genese, d. h. mehrere oder gar eine fast nicht mehr überschaubare Vielzahl von Gefährdungsmomenten. Dabei gilt die alte Erfahrung: Bei mehreren prädisponierenden Faktoren reichen bereits geringe Auslöser um ein Delir zu bahnen. So haben gerade ältere Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen, die aber ansonsten ärztlicherseits gut im Griff sind, dabei jedoch notgedrungen mit entsprechender Multimedikation (also mehrere Arzneimittel) und ggf. leichten geistigen Einschränkungen ein besonderes Risiko, selbst bei einer banal erscheinenden Infektion (Blase, Bronchien, Lungen) oder leichten Exsikkose (zu geringe Flüssigkeitszufuhr).

Oder kurz: Niemand kann sich so recht vorstellen, wie sich ausgerechnet in diesem Fall ein akuter Verwirrtheitszustand mit zeitlicher, ja örtlicher Desorien-

tierung, Störungen von Aufmerksamkeit, Denken und Handeln, ja seelisch-körperlicher Unruhe oder Apathie, vor allem nachts dann mit Halluzinationen und Wahnerleben entwickeln konnte. Es kann aber, es hat sich nur eben mehrschichtig, schwer durchschaubar und langsam entwickelt, bis es - meist recht spät - dann auch vom Umfeld registriert wird.

### **Pathophysiologische Aspekte**

Pathophysiologisch, also was die krankhaften Lebensvorgänge und gestörten Funktionen im menschlichen Organismus anbelangt, ist das Delir ein besonders kompliziertes Krankheits-Phänomen.

Rein neurophysiologisch nimmt man eine so genannte Dysbalance verschiedener Neurotransmitter an. Bei diesen Botenstoffen spielt in diesem Fall vor allem das Acetylcholin eine bedeutsame Rolle, wobei durchaus auch andere Neurotransmitter- und Neuropeptid-Systeme beteiligt zu sein scheinen. Stichworte in Fachbegriffen: Endorphin-, Serotonin-, Norepinephrin-, und Gamma-Aminobuttersäure; ferner in wissenschaftlicher Diskussion: Dopamin und Noradrenalin. Als Auslöser gelten - wie erwähnt - jedoch auch so genannte prodeliogene Medikamente, Infektionen, metabolische Entgleisungen, Operationen, eine Vorschädigung des Gehirns im Allgemeinen und wohl auch die genetische (Erb-)Ausgangslage.

Kurz: ein vielfältiger, ja verwirrend komplexer Mechanismus im Gehirnstoffwechsel. Dabei können allerdings auch lokalisierte zerebrale Läsionen eine Rolle spielen, also Schädigungen der Gehirnssubstanz, vor allem im Bereich des präfrontalen Kortex, rechts-parietal sowie im Bereich der subkortikalen Kerngebiete (Thalamus und Nucleus caudatus rechts). Konkrete Fragen also an den behandelnden Facharzt.

Meist dürften sich jedoch verschiedene Belastungen addieren, z. B. bei Patienten in Intensivpflege und Älteren. Hier diskutiert man das so genannte Schwellenkonzept. Dabei wird die allseits registrierbare Ausbildung eines Delirs durch einzelne, aber auch mehrere gleichzeitig oder hintereinander auftretende Ursachen getriggert (ausgelöst). Dabei hängt der Schweregrad der einzelnen Belastungs-Ursachen oder deren Summe von der Vorschädigung des Gehirns und/oder dem Alter des Betroffenen ab. Ohne eine solche Vorschädigung sind es meist schwerwiegende, oft metabolische, also Stoffwechsel-Ursachen, die ein Delir auslösen. Hier ist dann auf sogenannte subsyndromale Delir-Formen zu achten, also ein Delir mit weniger ausgeprägtem, vielleicht sogar täuschend „harmlosem“ Beschwerdebild. Denn - das weiß man inzwischen - auch deren Heilaussichten können durchaus ungünstig verlaufen, besonders wenn es an der notwendigen Vorsicht, konkret Delir-Prävention (vorbeugende Maßnahmen) mangelt.

Das leitet zu einer weiteren Aufgabe über, nämlich der so genannten

### **Differentialdiagnostik des Delirs**

Hier geht es um die Frage: was könnte es sonst noch sein: Denn die konkrete Diagnose eines Delirs muss rasch, gezielt und konsequent erfolgen, um die danach notwendigen Maßnahmen treffen zu können. Um herauszufinden, was dem erst einmal unklaren Leidensbild nun wirklich zugrunde liegt, greift man auf eine Reihe diagnostischer Instrumente zurück, von denen hier nur zwei Beispiele mit wissenschaftlicher Abkürzung genannt werden: CAM und DRS, beide mit hoher Sensivität, Spezifität und guter Validität, wie die wissenschaftlichen Qualitätsbegriffe lauten.

Um aber weiter zu kommen, muss bei einem deliranten Syndrom unverzüglich nach den möglichen Ursachen gefahndet werden. Und da stehen im differential-diagnostischen Blickfeld besonders die erwähnten Infektionen, Elektrolyt-Verschiebungen, die Exsikkose (Ausdörrung), schwerwiegende Organ-Störungen, möglicherweise Delir-bahnende Medikamente (vor allem mit so genannten anticholinergen Eigenschaften) und zerebrale Ischämien, Subdural-Hämatome, intrazerebrale Blutungen u. a. Dabei wird man auch gleich nach vorangegangenen Sturz-Ereignissen fragen sowie ein Auge auf zunehmende Bewusstseinsstörungen und neu auftretende neurologische Krankheitszeichen haben. Wichtig ist hier neben der zerebralen Bildgebung auch die Elektroenzephalographie (EEG), vor allem was die schwierige Differential-Diagnose zwischen Delir und Demenz anbelangt, auch wenn die Unterscheidungsmöglichkeiten bisweilen begrenzt sein mögen.

### **Delir-Verlauf**

Der Verlauf eines Delirs - niemand mag es nach diesen Ausführungen bezweifeln -, ist ausgesprochen vielgestaltig und aufgrund der fluktuierenden (wechselnden) Symptomatik oftmals schwer und sicher einzugrenzen. Auf jeden Fall kann ein Delir wenige Stunden dauern, aber auch Wochen oder gar Monate anhalten. Ein so genanntes chronifiziertes Delir wird erst nach mehr als sechs Monaten Dauer schließlich den Demenzen zugerechnet.

### **Prognose (Heilungsaussichten)**

So nimmt es nicht Wunder, dass die dafür zuständigen Fachleute, meist Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und spezialisierte Psychologen bei der Prognose eines Delirs eher zurückhaltend sind. Angesichts der mehrschichtigen Ursachen, Auslöser und sonstigen Bedingungen durchaus verständlich.



Einfacher ist es, wenn es sich „lediglich“ um die Diagnose und Behandlung von Infektionen, Exsikkose (die erwähnte Ausdörrung durch mangelhafte Flüssigkeitszufuhr), leichte Intoxikation (Vergiftungen), eine Entzugs-Symptomatik (siehe delir-begünstigende Arzneimittel) und Schmerzen handelt. Hier ist in der Regel mit einer kompletten Restitution (Wiederherstellung der vorherigen Gesundheitslage) zu rechnen. Bei so genannten multifaktoriellen Delirien, d. h. mehrschichtigen Ursachen und verschiedenen Auslösern und vor allem teilweise unvermeidbar (siehe Operationen), kann das Leidensbild langwierig verlaufen und mit verbleibenden Funktionseinbußen verbunden sein. Dies nicht zuletzt was den geistigen Zustand und die Selbstständigkeit anbelangt, vor allem im höheren Lebensalter. Ähnliches gilt für neurotoxische Auslöser, d. h. Vergiftungen, die es auf Funktion und Substanz des Gehirns abgesehen haben. Hier handelt es sich meist um Zustände nach Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall oder ernsteren medikamentösen Intoxikationen. Wenn es bereits Demenz-erkrankte Patienten betrifft, ist bei einem zusätzlichen Delir mit einem eher ungünstigen Verlauf zu rechnen. Allerdings gilt auch die Erkenntnis: nichts ist exakt vorhersehbar, es gibt erstaunliche Entwicklungen in die negative, aber durchaus auch positive Seite.

### **Prävention eines Delirs**

Wie kann man dem Ausbruch eines Delirs vorbeugen? Nach allem, was bisher gesagt wurde, ist klar: Es gibt Möglichkeiten, die erfolgreich greifen, aber dann muss man eben auch das delirante Leidensbild so früh als möglich erkennen und über Haus- und schließlich Facharzt konsequent therapeutisch angehen. Das leuchtet ein, ist aber im Alltag nicht einfach umzusetzen, vor allem wenn es um die schon erwähnten subsyndromalen Verläufe geht, also „verdünnte“ und damit schwer exakt erkennbare krankhafte Zustände.

Hier sind vor allem die Angehörigen gefordert, denen so etwas auffallen sollte. Aber das ist leichter gesagt als getan und hängt von vielerlei Umständen ab, insbesondere von der geradezu existentiellen Frage: Gibt es überhaupt noch Verwandte, Nachbarn, Freunde oder wenigstens ein schon zuvor eingebundenen Pflegedienst? Und wenn ja, wie reagieren sie auf die erstmals schwer durchschaubare Wesensänderung oder gar Verhaltensstörungen? Noch kritischer, ja dramatischer wird es dann, wenn sich ggf. Selbst-Gefährdungen oder gar eine unerklärliche Fremd-Gefährlichkeit abzeichnen, was bei manchen Delir-Formen nicht auszuschließen ist.

Deshalb diskutieren die Fachleute: vom Hausarzt bis zum Neuroradiologen und nicht zuletzt die Pflegekräfte, falls (regelmäßig) eingebunden, auch folgende Aspekte:

- *Nicht-pharmakologische Präventionsmaßnahmen:* Dabei gilt: Vorbeugung ohne medikamentöse Einflussnahme wird zwar von jedem bejaht, ist aber

durchaus mühsamer als die Gabe von Arzneimitteln; man frage nur die Betroffenen. Beispiele: Die wichtigsten Säulen einer solchen Delir-Prävention sind so genannte Re-Orientierungsmaßnahmen. Dazu gehört das Anbringen sichtbarer Uhren und Kalender, die Sicherstellung an Hilfsmitteln (Brille, Hörgerät), so genannte re-orientierte Gesprächsinhalte (Einzelheiten siehe die zuständigen Experten bzw. einige Kapitel in dieser Serie), eine ausreichende Schlafdauer und vor allem -qualität (nächtlicher Geräuschpegel!), desgleichen eine ausreichende Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, nach einer Operation eine ruhige postoperative Mobilisierung und schließlich die angepasste Dosisreduktion psychotroper Arzneimittel mit direkter Wirkung auf das zentrale Nervensystem.

Außerdem müssen alle so genannten „potenziell pro-delirogenen Faktoren“ möglichst klein gehalten werden, d. h. insbesondere Infektionen und Schmerzen. Das alles hört sich „vernünftig“ an, benötigt aber im Pflege-Alltag einen erheblichen Einsatz seitens des Umfeldes einschließlich geschulten Pflegepersonals.

- Bei der *medikamentösen Delir-Prävention* gibt es für die Ärzteschaft ständig aktualisierte Delir-Leitlinien, die allerdings nicht immer einheitlich ausfallen und vor allem therapeutisch optimistisch stimmen. Einzelheiten dazu deshalb siehe die dafür zuständigen Experten, was den Delir-präventiven Effekt von Melatonin-Agonisten, hochpotenten Neuroleptika (antipsychotisch wirkende Substanzen), Tranquilizern (Beruhigungsmittel) u. ä. anbelangt.

## **Medikamentöse Delir-Therapie**

Diese erfahrungs-bedingte Zurückhaltung oder Ambivalenz seitens der Ärzteschaft betrifft auch die pharmakologische *Delir-Therapie*. Hier sind es dann allerdings andere, nicht nur beunruhigende, sondern auch selbst- und fremdgefährlich riskante Delir-Reaktionen, die eine medikamentöse Behandlung unumgänglich machen. Dazu gehören vor allem die so genannten Neuroleptika, die als erste Wahl der pharmakologisch notwendigen Delir-Behandlung antipsychotisch wirken. Einzelheiten dazu siehe die Experten, vor allem was die am häufigsten eingesetzten Arzneimittel Haloperidol, Olanzapin, Quetiapin und Risperidon anbelangt.

Hier gilt eben auch das, was immer wieder in Entscheidungs-Schwierigkeiten bringt, nämlich den schmalen Grat zwischen erwünschter Wirkung (nicht zuletzt siehe Selbst- und Fremdgefährlichkeit) und lästigen, schweren oder gar bedrohlichen Nebenwirkungen, was den Ärzten zwar klar ist (Regel: keine Wirkung ohne Nebenwirkungen), aber im Einzelfall eben auch ver- und erträglich austariert werden muss.

Dies gilt übrigens auch für die wohl am häufigsten rezeptierte, leider aber auch missbrauchte Arzneimittelgruppe im seelischen Bereich des höheren Lebensalters, die Benzodiazepine (Beruhigungs- und Schlafmittel ähnlicher chemischer Struktur). Sie werden gerne genutzt, doch ist gerade hier das Risiko einer so genannten Übersedierung (schlicht: zu viel der medikamentösen Beruhigung) zu beachten. Dies vor allem bei drohender Sturz-Gefahr und damit im weiteren Behandlungsverlauf einem neuen Delir-Risiko.

## LITERATUR

Grundlage vorliegender kurz gefasster Übersicht sind die beiden Fachartikel

*C. Thomas, M. Driessen und V. Arolt: **Diagnostik und Behandlung akuter psychoorganischer Syndrome.** Der Nervenarzt 5 (2010) 613*

*R. Haussmann, M. Bauer und M. Donix: **Das nichtentzugsbedingte Delir.** Der Nervenarzt 5 (2016) 534*

Dort auch überwiegend englischsprachige weiterführende Fachliteratur.