

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DER VERWIRRTE ALTE MENSCH (DELIR-GEFAHR)

Unter einem Delir versteht man nicht nur ein Alkohol-Delir, sondern akute Verwirrheitszustände, wie sie vor allem im höheren Lebensalter unter bestimmten Bedingungen drohen können. Dazu gehört eine überraschend große Zahl von Allgemein-Erkrankungen (Herz-Kreislauf, Lunge, Leber, Niere, Schilddrüse, Harnwege u. a.), eine ganze Reihe von Hirn-Erkrankungen (Blutungen, Entzündungen, Systemleiden, Kopfunfälle, Tumore u. ä.) und - was in der Allgemeinheit am häufigsten vermutet wird - so genannte exogene Intoxikationen, sprich Alkohol, Medikamente, Rauschdrogen, vor allem im Entzug. Aber auch seelische, insbesondere psychosoziale Belastungen sind nicht zu unterschätzen. Und deshalb auch die Krankenhaus-Einweisung, insbesondere wenn dabei noch eine Narkose mit Operation notwendig werden sollte. Das führt dann zu einem Verwirrheitszustand, der nicht immer treffend und vor allem rechtzeitig diagnostiziert wird und damit gezielt behandelt werden kann. Nachfolgend deshalb eine allgemeine Übersicht zum Thema: Der verwirrte alte Mensch, Leidensbild, Ursachen und spezifische Hintergründe, diagnostische Hinweise (z. B. Unterscheidung von Delir und Demenz) und vor allem das erwähnte Problem: Krankenhaus-Einweisung und -Behandlung mit seinen umfeld-spezifischen Belastungs-Faktoren - und deshalb auch Behandlungsempfehlungen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Höheres Lebensalter – erhöhte Lebenserwartung – drittes Lebensalter – viertes Lebensalter – Alter und Krankenhaus-Einweisung – Alter und Krankenhaus-Aufenthalt – Alter und stationäre Aufnahme – Klinik-Aufenthalt und höheres Lebensalter – Operation und höheres Lebensalter – Narkose und höheres Lebensalter – Medikamenten-Einnahme und höheres Lebensalter – akuter Verwirrheitszustand im höheren Lebensalter – Delir im höheren Lebensalter – Alters-Delir – perioperatives Delir im höheren Lebensalter – Delir-Definition – Alkohol-Delir – Delir-Ursachen: Medikamente, Genussmittel, endogene Störungen, Infektionen, metabolische, neurologische, gehirn-strukturelle, vaskuläre und Kreislauf-Störungen, Vitamin-Mangel, Entzugs-Syndrome (Alkohol,

Medikamente), weitere Ursachen (Schlafmangel, Umgebungsänderung, postoperativ) – biologische Delir-Ursachen – Sauerstoff-Mangelversorgung des Gehirns – Neurotransmitter-Störungen – Gehirnstoffwechsel-Störungen – Delir oder Demenz – Delir und Lichtverhältnisse – Delir und Geräusch-Bedingungen – Delir nach Narkose – Delir nach Operation – Durchgangs-Syndrom – hypo-aktives Delir – hyper-aktives Delir – hirnorganisches Psychosyndrom - HOPS – „Intensivstations-Psychose“ – Flüssigkeitsmangel und Delir – Seh-Störungen und Delir – Hör-Störungen und Delir – Bewegungs-Einschränkung und Delir-Gefahr – Flüssigkeitsmangel und Delir-Gefahr – Tag-Nacht-Rhythmus und Delir – Suchtgefahr und Delir – einschneidende Lebens-Veränderungen und Delir – Delir-Beschwerdebild – Diagnose eines Delirs – Unterscheidung zwischen Delir und Demenz – test-psychologische Diagnosemöglichkeiten eines Delirs – körperliche Hinweise auf Delir – technische Untersuchungen zur Delir-Diagnose – Alters-Delir und Krankenhaus-Einweisung – Vorbeugung eines Delirs – Therapie eines Delirs – u.a.m.

Wir werden immer älter. Das wissen wir, das sehen wir um uns herum, das registrieren nicht wenige an sich selber - je nach Gesundheitszustand mit gemischten Gefühlen. Aber wir sollten auch dankbar sein. Denn die Statistik spricht für sich: Noch vor wenig mehr als hundert Jahren, also zu Zeiten des Reichskanzlers Bismarck, war die durchschnittliche Lebenserwartung kaum 40 Jahre. Heute ist es rund das Doppelte. Die Lebenserwartung in unserer(!) Zeit und Gesellschaft (aber nicht überall in der Welt) ist also letztlich eine Gnade, vor allem durch die modernen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (die zwar auch ihre Grenzen haben, aber mit ihren lebens-verlängernden Möglichkeiten offensichtlich auch noch nicht am Ende sind).

Solche vorbeugenden, regenerierenden, vor allem aber (akut-)therapeutischen Maßnahmen finden bisweilen ihre ambulanten haus- und fachärztlichen Grenzen und erzwingen damit einen Krankenhaus-Aufenthalt. Das ist an sich schon eine Belastung für jeden, die allerdings im höheren, sprich dritten oder gar vierten Lebensalter zu ernstesten Konsequenzen führen kann. Und zwar unabhängig von dem entsprechenden Leiden, das zur stationären Aufnahme zwingt. Und der Anteil alter Patienten im Krankenhaus steigt, unaufhaltsam. Doch nicht alle Kliniken sind angemessen auf diese speziellen Bedürfnisse, vor allem aber körperlichen und nicht zuletzt psychosozialen und seelischen Beeinträchtigungen sowie Grenzen eingestellt, im Gegenteil: Ein Klinik-Aufenthalt kann im höheren Lebensalter zur folgenreichen Belastung werden, so die Experten (siehe Deutsches Ärzteblatt 21 (2013) 902). Auf was muss man achten?

Alte Menschen sind verwundbarer als junge, niemand bezweifelt das. Schon eine scheinbare Kleinigkeit kann ihr bisher funktionierendes körperliches, aber auch seelisches System aus dem Gleichgewicht bringen. Das sind aber nicht nur beispielsweise Narkose und Operation, das ist auch die naturgemäß reserven-schonende Langsamkeit alter Menschen, die in einem hektischen

Klinikbetrieb (und wo geht es heute nicht mehr hektisch zu, vor allem in einem Krankenhaus) mit dem üblichen knappen Zeit-Budget kollidiert. Dies vor allem dann, wenn der ältere Mensch in der zumeist stress-intensiven Einweisungssituation noch ohne seine Brille oder sein Hörgerät aufgenommen wird, da ist die Desorientierung fast schon programmiert.

Zeit also wäre wichtig, vor allem was den persönlichen Kontakt anbelangt. Denn gerade der ältere Mensch ist sehr auf ein gutes Arzt-Patient-Verhältnis angewiesen. Umso größer ist dann die Enttäuschung, wenn weder Schwester noch Pfleger, schon gar nicht der Arzt die notwendige Zeit aufbringt (bzw. aufbringen kann, man muss da schon fairerweise beide Seiten berücksichtigen).

Dazu kommt - ebenfalls wichtig, bevor über Narkose und Operation gesprochen wird -, die so genannte Polypharmazie, oder kurz: Fast vier von zehn über 70-Jährigen nehmen mindestens fünf Medikamente ein. Die sind zumeist notwendig und auch erträglich, wobei nicht nur die jeweiligen Nebenwirkungen, sondern auch die Wechselwirkungen untereinander zu berücksichtigen sind. Aber man hat sich in der Regel damit arrangiert. Wird das aber auch so problemlos in dem völlig fremden Umfeld eines Krankenhauses funktionieren? Vielleicht noch mit zusätzlichen Arzneimitteln, die gerade jetzt notwendig geworden sind? Das ist eine offene Frage und verstärkt die Verunsicherung des alten Menschen nicht nur organisch, sondern auch seelisch und sogar geistig.

Seelisch und körperlich leuchtet jedem ein. Warum aber geistig? Das ist die Kern-Frage, die sich allen Beteiligten immer häufiger stellt. Alte Menschen sind mit einem Klinikaufenthalt rasch überfordert, weil vor allem ihre geistige (Fachbegriff: kognitive) Situation auf „dünnem Eis“ gerät. Entsprechenden Studien zufolge erleiden vier bis sechs von zehn Patienten über 65 Jahren nach der Operation einer beispielsweise hüftgelenks-nahen Fraktur ein so genanntes *perioperatives Delir*. Einzelheiten dazu siehe unten.

Von den Ursachen her sind es aber nicht nur Narkose und Operation, was nachvollziehbar wäre, sondern auch die fremde Umgebung. Die ist zwar in jedem Lebensalter eine Belastung, im höheren aber fast schon unbewältigbar. So können dann - nach Aussage der zuständigen Experten - selbst völlig unkomplizierte chirurgische Versorgungs-Maßnahmen den an sich gut bedienten und damit zufriedenen Kranken ggf. dennoch zu einem Langzeit-Patienten machen, der beispielsweise dann auf die Intensivstation der jeweiligen Klinik verlegt werden muss.

Das ist übrigens nicht so selten bei alten Menschen nach einer Operation und wurde früher „Durchgangs-Syndrom“ genannt (s. später). Leider ist dieser Begriff in vielen Fällen zu optimistisch, denn es bleibt nicht beim Durchgang in Richtung Genesung und frühere geistige Fähigkeiten, es kann etwas zurück bleiben, im negativsten Falle zu einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit auswachsen. Auch die Mortalität, also das Sterbe-Risiko nimmt dadurch zu.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zum Thema „*Alters-Delir*“ im Allgemeinen bzw. *perioperatives Delir im höheren Lebensalter* im Speziellen. Zuerst aber eine allgemeine Übersicht, wie sie sich in der Medizin bzw. vor allem in der Psychiatrie darstellt:

Begriff

Ein Delir (vom lat.: de lira = von der Furche, in diesem Fall von dem vorbestehenden Gesundheitszustand abweichend) wird auch als akuter Verwirrtheitszustand bezeichnet. Am ehesten denkt man bei einem Delir an das allseits bekannte Alkohol-Delir oder Delirium tremens (mit dem wohl augenfälligsten Symptom, nämlich dem alkoholbedingten Zittern von Fingern, Händen und Kopf). Dies ist übrigens ein hilfreiches Unterscheidungsmerkmal, obgleich eine Abgrenzung gegenüber anders ausgelösten Delirien nicht immer einfach ist. Deshalb im Anhang eine stichwortartige Kurzfassung des *Alkohol-Delirs*, was aber mit dem jetzigen Thema ursächlich nichts zu tun hat. Oder doch? Einige sehr bedenkliche Aspekte zum Thema *Sucht im Alter* sollen dann doch später auch noch zur Sprache kommen.

Definition

Als Delir bezeichnet man eine akute, vorübergehende, meist reversible fluktuierende Störung der Aufmerksamkeit, Kognition und des Bewusstseins-Niveaus, wie es die Experten nennen. Oder auf Deutsch: plötzlich, zeitlich begrenzt, zumeist rückbildungsfähig und in seiner Intensität zu- und abnehmend, eine Störung der Aufmerksamkeit, des Erkennens (also Wahrnehmung, Erinnerung bzw. Wiedererkennen, Vorstellung, Gedanken, Vermutungen, Erwartungen u. a.) und des Bewusstseins.

Ursachen und Verlauf

Ein Delir können zahlreiche Umstände und schädigende Substanzen verursachen. Einzelheiten siehe Kasten. Allerdings ist es nicht immer so einfach. Bei jedem Zehnten bis Fünften lässt sich selbst heute noch keine zutreffende Ursache identifizieren.

Mögliche Ursachen eines Delirs
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Medikamente</i>: Beispiele in Fachbegriffen sind Anticholinergika, Antiemetika, Antihistaminika, Antihypertensiva, Antiparkinson-Mittel, Antipsychotika, Antispasmodika, Benzodiazepine, Corticosteroide, Digoxin, Hypnotika,

Muskelrelaxantien, Opioide, weitere zentral dämpfende Arzneimittel wie Sedativa, trizyklische Antidepressiva u. a.

- *Genussmittel*: vor allem Alkohol
- *Endokrine Störungen*: Hyperparathyreoidismus, Hyperthyreose, Hypothyreose
- *Infektionen*: Encephalitis, Fieber, Meningitis, Pneumonie, Sepsis, systemische Infektionen, Harnwegsinfekte u. a.
- *Metabolische Störungen*: Säure-Basen-Haushalt, Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, hepatische und urämische Encephalopathie, Hyperthermie, Hypoglykämie, Hypoxie, Wernicke-Encephalopathie usw.
- *Neurologische Störungen*: Zustand nach Contusio cerebri, postiktaler Zustand, transiente Ischämie usw.
- *Gehirn-strukturelle Störungen*: Hirnabszess, cerebrale Blutungen, Hirninfarkt, primäre oder metastatische Hirntumore, Subarachnoidalblutung, Subduralhämatome, Gefäßverschlüsse usf.
- *Vaskuläre bzw. Kreislaufstörungen*: Anämie, kardiale Arrhythmien, akuter Herzinfarkt, Herzversagen, Durchblutungsmangel-Zustände, Schock
- *Vitaminmangel*: Thiamin, Vitamin B12
- *Entzugs-Syndrome*: Vor allem Alkohol (siehe Kasten am Ende), Barbiturate, Benzodiazepine, Opioide
- *Weitere Ursachen*: Veränderungen der Umgebung, lang dauernde Intensivbehandlung, postoperativer Zustand, sensorische Deprivation, Schlafmangel, Harnverhalt u.a.m.

Nach Lehrbüchern der Psychiatrie und der jeweils zuständigen Fachbereiche

Alter

Ein Delir kann in jedem Alter auftreten. Häufiger ist es jedoch bei älteren Patienten. Dies betrifft vor allem jene, die in ein Krankenhaus eingeliefert werden müssen (siehe später). Nicht selten kommt auch ein Delir in Pflegeheimen vor.

Delir-Zustände in jüngeren Jahren gehen meist auf lebensbedrohliche systemische Krankheiten (siehe Tabelle) oder Rauschdrogen-Konsum zurück.

Ursachen

Ein Delir kann also viele Ursachen haben (Fachbegriff: Ätiologie). Häufig übersehen oder nicht ernst genommen sind vor allem die zahlreichen Medikamente, die ein Delir auslösen können (vor allem so genannte anticholinerge und psychoaktive Arzneimittel sowie die schmerzlindernden Opiode). Die Ursachen sind nicht vollständig geklärt. So spricht man beispielsweise von einer (dann wenigstens reversiblen, also rückbildungsfähigen) Verschlechterung des cerebralen oxidativen Stoffwechsels (letztlich Sauerstoffversorgung des Gehirns). Ähnliches gilt für so genannte multiple Neurotransmitter-Störungen, also das Ungleichgewicht verschiedener Botenstoffe im Gehirnstoffwechsel. Auch die Freisetzung von so genannten Zytokinen (körpereigene Substanzen mit einer Reihe wichtiger Funktionen) spielt offenbar eine Rolle.

Und natürlich Stress jeder Art, worauf dann im Kapitel *Alters-Delir* konkret eingegangen werden soll.

Wichtig, vor allem zur rechtzeitigen Vorbeugung und damit ggf. Verhinderung, sind so genannte prädisponierende Faktoren, also die krankhafte Situation auslösende oder zumindest in Richtung Verschlechterung verschiebende Ursachen. Das sind zum einen Demenz, Insult (Hirnschlag), die Parkinson-Krankheit u. a. (s. später), zum anderen das fortgeschrittene Alter mit seinen vor allem sensorischen Einbußen (insbesondere Sehen und Hören, aber auch Schmecken und Riechen). Und eine Vielzahl sonstiger Leiden, deren Darstellung hier den Rahmen sprengen würde.

Und - nicht zu vergessen - Aspekte, die dann doch im Regel-Bereich von Patient und Umfeld, vor allem ärztliche Betreuung und Pflege liegen. Was heißt das?

Zum einen der Einsatz von neuen Medikamenten (also nicht nur der bekannten Mehrzahl bisher mehr oder weniger gewohnter), sondern eben neue, deren Nebenwirkungen und damit seelisch-körperliche Folgen nicht abschätzbar waren. Kurz: Vorsicht bei der Rezeptierung neuer Arzneimittel, insbesondere im höheren Lebensalter.

Dann Infektionen jeglicher Art. Und die häufige, aber meist unterschätzte, zumindest übersehene Dehydratation (also volkstümlich: Flüssigkeitsmangel bis hin zur regelrechten Ausdörrung des Organismus). Nicht zu unterschätzen die Immobilität oder eine - beispielsweise krankheits- oder situationsbedingt erzwungene - Immobilisierung (Bewegungseinschränkung oder gar Bewegungslosigkeit). Schließlich - selbst in unserer Zeit und Gesellschaft - eine mögliche Unterernährung (man denke an einsame Menschen, die aus verschiedenen Gründen nicht mehr für sich ausreichend sorgen können). Oder durchaus sinnvolle und ggf. unersetzliche Maßnahmen wie ein Blasenkatheter.

Bei entsprechenden Risiko-Patienten kann sogar die Verminderung sensorischer Reize in der Nacht, d.h. nicht mehr die gewohnten Licht- und vor allem Geräusch-Bedingungen ein Delir bahnen, worauf man wohl am wenigsten gefasst ist, handelt es sich doch um einen ganz normalen Tag-Nacht-Rhythmus.

Und zuletzt etwas, was nachträglich noch ausführlicher besprochen werden soll, nämlich die (ja in der Regel dann notwendige und nicht umgehbare) Operation. Das heißt aber eben auch Narkose mit entsprechenden Anästhetika und anticholinergen Medikamenten während der Operation, vor allem wenn die Narkose wegen schwieriger Operationsbedingungen länger dauern muss. Dann droht nicht selten gerade für ältere Patienten auf der nachfolgenden Intensivstation ein Delir. Zur Erinnerung: früher etwas optimistisch auch „Durchgangs-Syndrom“ genannt, weil es unter normalen, d. h. glücklichen Umständen auch wieder zurückgehen *kann*.

Exkurs: Suchtgefahr im Alter

Obgleich das Alkohol-Delir oder Delirium tremens (siehe die Übersicht am Ende dieses Beitrags) auf einer anderen Ursachen-Ebene angesiedelt ist, sei doch in diesem Zusammenhang auf ein Phänomen hingewiesen, dass die Ärzteschaft immer häufiger vor Probleme stellt, was eine rechtzeitige Diagnose (und erfolgreiche Therapie?) anbelangt. Gemeint ist die Sucht im Alter. Dazu eine kurzgefasste Übersicht, wie sie beispielsweise das Deutsche Ärzteblatt 27-28 (2013) 1188 im Rahmen eines aktuellen Kongressberichtes referiert:

Die *Sucht im Alter* ist nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch in der Medizin ein noch weitgehend unterschätztes Problem. Immerhin wird man langsam auf diese riskante Entwicklung aufmerksam, selbst in der Politik. Auf jeden Fall steigt die Zahl der Betroffenen sogar im höheren Lebensalter: So belegt die jüngste Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, dass

– 34% der Männer im Alter von 65 bis 79 Jahren sowie 18% der gleichaltrigen Frauen in riskanter und damit gesundheits-schädigender Weise *Alkohol* konsumieren.

Die Gründe für die Abhängigkeit im Alter sind beispielsweise einschneidende Lebens-Veränderungen wie Ruhestand, Tod des Partners, Umzug (in ein Altersheim) u. a. - und damit das Gefühl der Einsamkeit und Hilflosigkeit.

Die Senioren sind aber auch verstärkt der Gefahr einer *Arzneimittel-Abhängigkeit* ausgesetzt. Dazu gehören vor allem so genannte psychotrope Medikamente (also mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Gemütsleben). Beispiele: opioid-haltige Schmerzmittel, Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine und die so genannten Z-Substanzen (neuere Schlafmittel-Generation). Hier sollen

– 3% der Männer und 5% der Frauen gefährdet sein. Bei Letzteren ab 60 Jahren steigt der Anteil auf 12%. Gesamthaft gesehen rund 1,4 bis 1,9 Millionen Deutsche mit einer (drohenden) Arzneimittel-Abhängigkeit; ein großer Teil davon die ältere Generation.

Die Folgen von Alkohol- und Arzneimittel-Missbrauch oder gar -Abhängigkeit sind im höheren Lebensalter vor allem Stürze, Depressionen und Verwirrheitszustände im Sinne eines (drohenden) Delirs. Dabei entschuldigt man diese Folgen gerne mit den so genannten alters-typischen Erkrankungen. Damit bleibt aber die eigentliche Ursache unentdeckt (was auch gar nicht so ungern hingenommen wird, und zwar von beiden Seiten, nämlich Patienten auf der einen und Angehörige, Freunde sowie schließlich Ärzte auf der anderen Seite - weil scham-besetzt).

Das muss sich aber ändern, denn Sucht im Alter wird zum ernstesten Problem, und zwar nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich gesehen.

Beschwerdebild

Ein besonderes, ja kennzeichnendes Problem ist die erschwerte Fähigkeit oder gar Unfähigkeit, sich auf konkrete Aufgaben oder Erkenntnisse zu konzentrieren. – Desgleichen die Schwierigkeit, das notwendige Niveau der Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten (volkstümlich: unaufmerksam), vor allem ein eigenartiger Wechsel der Aufmerksamkeits-Leistung. – Auch das Bewusstsein fluktuiert, d. h. zeigt ein ungewöhnliches Auf und Ab. – Viele Patienten sind nicht nur zu Zeit und Ort, manche auch zu ihrer eigenen Person unzureichend bis völlig desorientiert. – Halluzinationen, also Sinnestäuschungen oder Trugwahrnehmungen sind möglich, und zwar auf allen Gebieten, sprich Sehen, Hören, Schmecken und Riechen. – Das führt natürlich zu einem desolaten Zustand der Verwirrung, mit allen Folgen für Alltag und tägliche Routine. – Und es verändert die Persönlichkeits-Struktur und die affektive (Gemüts-)Situation des Patienten.

Die Folgen sind nachvollziehbar: Das Denken wirkt desorganisiert und diffus, die Sprache ist oft gestört, nicht nur akustisch (z. B. Nuscheln), sondern auch durch Neologismen (Wortneubildungen, die noch nie jemand gehört hat und die auch der Patient nicht erklären kann). Dazu aphasische Fehler (Aphasie = Störung der Sprachlautbildung, der Artikulation, letztlich Störung der erworbenen Sprachfähigkeit). Schließlich kann das gesamte Sprachmuster verworren bis chaotisch anmuten. Auch hier wechselt das Beschwerdebild über Minuten bis Stunden, kann während des Tages zurückgehen oder ganz verschwinden, um aber in der Nacht wieder verstärkt aufzutreten.

Solche Symptome wirken erst einmal irritierend auf das Umfeld, da ja niemand weiß, was sich hier entwickelt. Das heißt, es sind weniger die eigentlichen

Krankheitszeichen, es ist mehr das Verhalten des Patienten, was aus diesen Symptomen resultiert. Und dieses Verhalten kann - schlicht gesprochen - ungemessen bis gestört oder gar „verrückt“ anmuten. Da ist die häufig zu findende Ängstlichkeit, konkret Furchtsamkeit auf Grund bestimmter, eigentlich nicht bedrohlicher Umstände, die nur den Patienten verunsichern, leichter erklärlich.

Schwierigkeiten macht auf jeden Fall eine vermehrte Reizbarkeit und hyperaktive Umtriebigkeit (fachlich auch als agitiert bezeichnet); und manchmal eine sonderbare, auf jeden Fall nicht normale Überwachtheit. Andere Patienten - oder derselbe, plötzlich gleichsam umschlagend - können ungewöhnlich ruhig, dann auch zurückgezogen und schließlich nahezu lethargisch werden (d. h. schläfrig, fast nicht mehr auf Weckfunktionen reagierend). Am meisten irritiert aber – wie erwähnt – dieses Schwanken oder gar Umschlagen zwischen beiden krankhaften Zuständen.

Oftmals sind auch der Schlaf-Wach-Rhythmus und die Ess-Gewohnheiten gestört, und zwar massiv, was zu erheblichen Betreuungsproblemen führen kann. Die Krankheits-Einsicht ist in der Regel gering oder gar nicht vorhanden, die Urteilsfähigkeit zumindest gestört. Das geht nicht zuletzt auf die kognitiven Einbußen zurück (vom lat.: cognoscere = erkennen).

Auf jeden Fall verdrießt, irritiert oder verunsichert dieses Verhalten nicht nur den Patienten selber, sondern auch sein Umfeld, sprich Partner, Familie, Nachbarn, Pflegekräfte u. a., besonders wenn man nicht weiß, was sich hier krankheitsbedingt abspielt.

Diagnostische Aspekte

Da stellt sich die Frage: Wie kann man so etwas möglichst früh erkennen, fachgerecht einordnen und damit Hilfe mobilisieren? Die Antwort ist letztlich unbefriedigend: Man kann es eben nur selten rechtzeitig, fachgerecht und vorbeugend bzw. therapeutisch befriedigend auffangen. Wer das Gegenteil behauptet, hat entweder weniger praktische Alltags-Erfahrungen oder in seinem speziellen Fall Glück gehabt. Die Regel ist es nicht - leider.

Denn die Diagnose muss klinisch gestellt werden, wie es die Fachleute bezeichnen: Jeder Patient mit einem wie auch immer gearteten pathologischen Befund einer kognitiven Beeinträchtigung benötigt eine gründliche Untersuchung seines seelischen Status. Das heißt in Fachbegriffen: Zuerst wird die Aufmerksamkeit getestet. Am einfachsten ist dabei die sofortige(!) Wiederholung der Benennung von drei Gegenständen, dann das Zahlen-Nachsprechen (die Fähigkeit, sieben Ziffern vorwärts und fünf Ziffern rückwärts zu wiederholen) und das Aufzählen der Wochentage vorwärts und rückwärts.

Allerdings muss die zu prüfende Aufmerksamkeits-Störung (d. h. der Patient nimmt Anweisungen oder andere Informationen nicht auf) von einem schlech-

ten Kurzzeit-Gedächtnis unterschieden werden (d. h. der Kranke nimmt zwar Informationen auf, vergisst sie aber schnell wieder).

Nach der Eingangs-Untersuchung können auch standardisierte diagnostische Kriterien eingesetzt werden, was dann dem Hausarzt oder Facharzt für Psychiatrie (in diesem Fall mit gerontologischen, geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen oder -psychologischen Kenntnissen) vorbehalten bleibt, immer häufiger auch speziell geschultem Pflegepersonal. Einzelheiten deshalb siehe die entsprechende Fachliteratur.

- **Delir oder Demenz:** Wichtig ist grundsätzlich die Befragung von nahen Familienmitgliedern, Freunden, ggf. Nachbarn und im entsprechenden Fall auch Pflegepersonal. Hier geht es vor allem um die Frage: sind die irritierenden psychischen Veränderungen neu oder liegt ihnen eine eventuell schon länger beeinträchtigende Demenz zugrunde? Das ist nebenbei nicht einfach zu unterscheiden. Denn wenn zuvor eine Demenz beeinträchtigt hat, aber nicht diagnostiziert wurde, und jetzt ein sich darüber lagerndes zusätzliches Delir zu einem komplexen Beschwerdebild zusammenfügt, dann ist das besonders schwer auseinanderzuhalten. Man kann es sich denken. Einzelheiten dazu siehe der nachfolgende Kasten.

Die Unterscheidung zwischen Delir und Demenz	
Delir	Demenz
<i>Krankheits-Beginn:</i> halbwegs plötzlich (Fachbegriff: subakut) bis überraschend, zumindest zeitlich eingrenzbar	langsam und schrittweise oder schleichend, mit unscharfem zeitlichen Beginn
<i>Dauer:</i> Tage bis Wochen, ggf. auch länger	meist anhaltend für den Rest des Lebens
<i>Ursache:</i> fast immer eine andere Störung oder Krankheit (z. B. Infektion, Flüssigkeitsdefizit, neues Medikament oder Absetzen eines Arzneimittels u. a.)	meist chronische Krankheit des zentralen Nervensystems mit den Diagnosen Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz u. a.
<i>Verlauf:</i> meist rückbildungsfähig	langsam fortschreitend

<i>Beschwerdebild in der Nacht:</i> fast immer gestört	ebenfalls häufig schlechter werdend
<i>Aufmerksamkeit:</i> erheblich gestört	anfangs keine ernsteren Auswirkungen, im Verlauf einer fortschreitenden Demenz dann immer ausgeprägter
<i>Bewusstseins-Niveau:</i> schwankt zwischen wach und apathisch	anfangs keine Auswirkungen, bei fort- schreitender Demenz aber immer ge- ringer
<i>Orientierung zu Zeit und Ort:</i> unterschiedlich, aber häufig ge- stört	je nach Schweregrad zunehmend ge- störter
<i>Sprache:</i> verlangsamt, oft unzusammen- hängend und unangemessen nach Form und Inhalt	zunehmend Wortfindungsstörungen
<i>Gedächtnis:</i> unterschiedlich und oft fluktuie- rend gestört	zunehmend schlechter, vor allem für kurz zurückliegende Ereignisse
<i>Wahrnehmungsstörung-Halluzina- tionen:</i> häufig und in praktisch allen Quali- täten (vor allem Hören, Riechen, Sehen und Schmecken)	möglich, aber nicht grundsätzlich zwingend
<i>Schlafstörungen:</i> häufig, neben Einschlafstörungen und Früherwachen vor allem „zer- hackter Schlaf“	in dieser Form ebenfalls, aber nicht zwingend
<i>Bewegungsmuster:</i> entweder unruhig-gespannt-hyper- aktiv (agitiert) oder verlangsamt, umständlich, lethargisch	in dieser Form möglich, aber nicht zwingend
<i>Medizinische Maßnahmen:</i> sofort nötig	nötig, aber nicht notfallmäßig dringend
Nach gängigem Lehrbuchwissen	

Seelische Störungen anderer Art als ein Delir können eine Reihe vergleichbarer Symptome bahnen, in der Regel aber nicht so akut wie ein Delir (also eher subakut, wie der Fachausdruck heißt). Und fast nie mit der hier dominierenden sonderbaren Unaufmerksamkeit und dem fluktuierenden (Auf- und Ab-) Bewusstsein.

- **Alkohol:** Wichtig ist allerdings - wie erwähnt sogar im höheren Lebensalter - die Frage: Alkoholkonsum, und wenn ja, wie lang und intensiv, ggf. bis hin zu Alkohol-Missbrauch oder gar -Abhängigkeit? Hier wäre dann der am Schluss angeführte Kasten über das Alkohol-Delir nachzuprüfen.
- **Medikamente:** Ähnliches droht auch für verschreibungspflichtige Arzneimittel; und nicht weniger folgenreich für (manche) frei verkäufliche mit so genannter zentral-nervöser Wirkung. Einige Substanzen finden sich im Kasten über *Ursachen eines Delirs*, bei weitem aber nicht alle. Dies gilt auch für mögliche Wechselwirkungen (Fachbegriff: Arzneimittel-Interaktionen), die in den seltensten Fällen vorher absehbar sind, obgleich es dazu eine hinreichende Fachliteratur gibt (sowohl im Beipackzettel für den Patienten als auch in den Fach-Informationen für den Arzt). Die Zunahme eingenommener Medikamente und ihre unerwünschten bzw. Wechselwirkungen sind ein Problem, das Arzt und Patient im wachsenden Maße beschäftigen wird (siehe Lebenserwartung und medikamentöse Unterstützung).

Hier geht es übrigens auch um Aspekte, die erst einmal zweitrangig erscheinen, aber nicht sind. Beispiele: Veränderung der Dosis, wobei nicht nur eine Überdosierung, gelegentlich auch eine Dosisreduktion gemeint ist. Außerdem das abrupte Absetzen (oder Vergessen) eines Medikaments, was im Falle einer Suchtgefahr zu Abstinenz-Symptomen und ohne Suchtgefahr zu Absetz-Symptomen führen kann, ggf. mit Delir-Bahnung.

- **Organische Krankheiten:** Die vom Arzt vorgenommene *körperliche Untersuchung* konzentriert sich vor allem auch auf Symptome eines Gehirn-Traumas, in welcher Form auch immer (z. B. Kopf-Unfall). Oder einer Infektion (z. B. vom gängigen Fieber bis zu neurologischen Warn-Symptomen wie Meningismus, Kernig- und Brudzinski-Zeichen u. a.). Auch ein Tremor (Zittern) oder Myoklonus (Muskelzuckungen) wollen geklärt sein (Beispiels-Ursachen: Urämie, Nierenversagen, Rauschdrogen- oder Medikamenten-Vergiftung). Das Gleiche gilt für eine Augenmuskellähmung, Ataxie (Koordinationsstörungen beim Gehen), für Hirnnerven-Lähmungen, motorische oder sensorische Besonderheiten (Bewegung und Sinnesorgane), einen auffälligen Augenhintergrund u.a.m.

Und schließlich bestimmte Labor-Untersuchungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, zumal sie ausschließlich den Arzt betreffen und seine situations-gemäße Verdachtsdiagnose einschließlich ggf. Untersuchungen wie CT oder MRT (Verdacht auf ZNS-Läsionen, sprich Gehirnstörungen durch?). Diese aufwändigen technischen Untersuchungsverfahren werden übrigens immer dann zum Einsatz kommen, wenn keine fassbare Ursache des Delirs festgestellt werden kann bzw. der Patient älter als 65 Jahre ist, ein entsprechender Verdacht vorausgesetzt. Gleiches gilt für die Lumbalpunktion (Gewinnung von Nervenwasser) und ein EEG, je nach Untersuchungsbefund.

Sonderfall: Alters-Delir und Delir bei Krankenhaus-Einweisung

Nun ist das Delir zwar so alt wie die Menschheit, aber nimmt auch zu. Zwei nicht unwesentliche Gründe sind zum einen die gestiegene Lebenserwartung und zum anderen die erhöhte Zahl von Krankenhaus-Behandlungen. Das eine ist durchaus positiv, auch wenn es Ausnahmen gibt, die zwar bedauerlich sind, dem Wunsch nach „gesundem Altwerden“ aber in der Regel nicht entgegen stehen; das andere ist - auch wenn es sich paradox anhört -, letztlich ebenfalls positiv. Warum? Weil wir in unserer Zeit und Gesellschaft „rundum“ betreut und behandelt werden können (auch wenn man mehr auf die Klagenden hört, weil die Zufriedenen sich ja meist nicht äußern). Kurz: Die Zunahme der Delirien heute ist selbstverständlich im Auge zu behalten, hat aber nicht ausschließlich negative Ursachen. Und das gilt nicht nur für die Medizin, sondern auch für jeden Einzelnen einschließlich seines näheren Umfeldes. Was heißt das konkret?

Wie die Experten in ihren Fachzeitschriften und -büchern zunehmend diskutieren, ist bereits jetzt schon und in Zukunft immer häufiger folgendes zu beachten:

– Der *alte* Patient wird zum Normalfall. Dies vor allem im Krankenhaus. Ja: Der Anteil alter Patienten im stationären Bereich steigt stetig. Leider sind die Kliniken auf die nun wachsenden speziellen Bedürfnisse nicht immer angemessen, geschweige denn optimal eingestellt. Das kann einen stationären Aufenthalt, zusätzlich zum Einweisungsgrund, also einer ja dann doch ernsteren Erkrankung, zum Problem werden lassen.

Dabei beginnt es oft mit einer zumindest vermeidbaren Banalität, einer Alltäglichkeit, haus-üblichen Situation bzw. Reaktion, z. B. einem Sturz, und zwar ohne Fraktur oder sonstige ernstere Folgen. Warum? Was in jungen und mittleren Jahren eher problemlos ausgeht und relativ sicher am Ort des Geschehens diagnostiziert werden kann, pflegt im höheren Alter eine nicht geringe Zahl von Konsequenzen anzustoßen, die der Arzt dann doch lieber unter den besonders sicheren Bedingungen einer stationären Behandlung abklären lässt. Soweit so sinnvoll, doch im höheren Lebensalter nicht ohne Risiken.

Wie im Deutschen Ärzteblatt 2 (2013) 902 unter dem erwähnten Titel *Der alte Patient wird zum Normalfall* dargestellt, wird man ab einem gewissen Alter und einer entsprechenden Gesundheitslage alles tun, was grundsätzlich sinnvoll, ggf. nötig ist. Doch auch da kann es schon Probleme geben, allein was Blasenkatheeter, Antibiotika oder Durchliegen (Fachbegriff: Dekubitus) anbelangt.

Bedeutsam aber ist etwas anderes, was zwar jeder kennt, sich aber nur schwer mildern lässt: gemeint ist die ungewohnte Umgebung. Jeder der schon einmal in einer Krankenstation lag, weiß, was das auch seelisch bedeutet. Einerseits ist man froh, gut betreut zu sein, sich diagnostisch und therapeutisch in Sicherheit wiegen zu können, andererseits... siehe oben.

Beim alten Menschen ist das naturgegeben noch viel ausgeprägter: Sie sind verwundbarer auf allen Ebenen, eine Kleinigkeit kann ihr bisher funktionierendes System im seelisch-körperlichen und psychosozialen Bereich völlig aus dem Lot bringen. Dazu kommen die alters-typischen Besonderheiten, auf die man nicht speziell hinweisen muss. Auf eine aber vielleicht schon: Denn „die Langsamkeit alter Menschen kollidiert pausenlos, wenn auch notgedrungen mit dem knappen Zeit-Budget des Krankenhaus-Personals“ (Zitat einer Fachkraft).

Natürlich braucht der alte Mensch mehr Zeit als der junge, aber woher nehmen im üblichen angespannten Zeitrahmen. Und auch der Arzt-Patient-Kontakt hat eine viel größere Bedeutung als in allen anderen Altersstufen, aber es fehlt inzwischen eklatant an Ärzten, jedenfalls in Deutschland (die bekannte Arzt-Flucht junger Mediziner ins Ausland auf Grund der allseits beklagten Nachteile, die sich inzwischen bei uns etabliert haben). All das mag jetzt mit der konkreten Einweisungs-Diagnose wenig zu tun haben, mit dem Gesundheitszustand eines älteren Menschen in einer solchen Situation aber sehr wohl.

Das schlägt besonders auf die so genannte „kognitive Situation“ durch. Wir erinnern uns: cognoscere = erkennen, ein Sammelbegriff für ein weites Feld geistiger, aber eben auch seelischer und schließlich körperlicher Möglichkeiten, dann auch Grenzen und schließlich Defizite, mit allen Folgen.

Solche Konsequenzen sind beispielsweise - gemäß entsprechenden Studien - ein akuter Verwirrheitszustand, heute also auch als Delir bezeichnet. Nach den Daten einer deutschen Krankenhaus-Prävalenz-Studie leiden je nach Diagnose-System zwischen 5 und 13,3% der nicht-intensiv-pflichtigen Patienten ab 70 Jahren in den ersten Tagen nach Aufnahme an einem Delir; bei Schwerkranken ist die Prävalenz deutlich höher (Deutsches Ärzteblatt 2 (2013) 904). Und nach einer anderen statistischen Erkenntnis erleiden 44 bis 61% der Patienten über 65 Jahre nach der Operation einer hüftgelenks-nahen Fraktur ein so genanntes perioperatives Delir. Sind alte Menschen ohnehin schon überfordert, dann tun Narkose, Operation und zuletzt die fremde Umgebung

schließlich das übrige. Wenn dann die Betroffenen unter den nachvollziehbar stress-intensiven Bedingungen einer notfallmäßigen Klinikaufnahme noch ohne Brille und Hörgerät eingewiesen werden, kann die Desorientierung komplett sein (siehe Einleitung).

Auf diese Weise kann ein alter Patient nach einer völlig unkomplizierten chirurgischen Versorgung schließlich zum Langzeitpatienten auf der Intensivstation werden, das gibt es nämlich nicht ganz selten, so die Experten. Hier wird auch deutlich, dass die früher gebräuchlichen Begriffe für eine solche Entwicklung dann doch etwas zu optimistisch gewesen sind. Sie hießen nämlich (bzw. heißen gelegentlich noch immer) „Durchgangs-Syndrom“, etwas konkreter auch Hirnorganisches Psychosyndrom-HOPS oder verharmlosend „Intensivstations-Psychose“.

Weitere diagnostische Probleme

Das könnte man so durchgehen lassen, wenn nicht dabei ein Problem zum anderen käme. Beispiele: Da ist zum einen eine zunehmend spezialisierte Medizin, die rein statistisch darauf hinausläuft, dass etwa vier von zehn über 70-Jährigen mindestens fünf Medikamente einnehmen, von denen man übrigens nicht immer weiß, wie sie sich untereinander „vertragen“ (die erwähnten Arzneimittel-Wechselwirkungen). Mit anderen Worten: „Hier kann das Eis schon etwas dünn werden“ - mit allen Konsequenzen.

Zum anderen ist hier die schon erwähnte Prä-Disposition zu berücksichtigen, d. h. zusätzlich eine so genannte Multimorbidität (also wenn eine Krankheit zur anderen kommt). Konkret: Die naturgegebene Schwächung allseits durch das hohe Lebensalter und vielleicht zusätzlich Infektionen, Schmerzen, seelische Belastungen u.a.m.

Kein Wunder, dass vor allem ungeschultes Personal häufig nicht in der Lage ist, ein beginnendes Delir rechtzeitig zu erkennen. Das gestaltet sich vor allem dann schwierig, wenn die Symptome mit einer Demenz verwechselt werden. D. h. mit einer altersbedingten Geistesschwäche, die man ohnehin - nebenbei statistisch nicht haltbar - fast jedem älteren Patienten unterstellt, für nicht beherrschbar einschätzt und dann eben als eine schicksalhafte Diagnose durchgehen lässt, gegen die man ja bekanntlich wenig bis nichts unternehmen kann.

In der Tat - und das kam schon zur Sprache - ist es mitunter sehr schwer, beides auseinander zu halten. Aber es gibt Differenzierungs-Hinweise, die sollte man kennen (siehe Kasten).

Denn ein Delir, zumal im Krankenhaus ausgelöst, hat Folgen, ist letztlich ein „akutes Organ-Versagen des Gehirns“. Natürlich ist es leichter, einen hyperaktiven Delir-Patienten zu erkennen (siehe Beschwerde-Hinweise oben), wäh-

rend ein so genanntes hypo-aktives Delir einem schon mal auf den ersten Blick durchgehen kann, weil es nicht weiter auffällt, vielleicht sogar als „pflegeleicht“ eingestuft wird. Selbst Patienten ohne eindeutige Demenz, also „nur“ mit leichteren geistigen Beeinträchtigungen (Fachbegriff: Mild cognitive impairment) - von den einen als akzeptabler Alters-Zustand, von den anderen jedoch als Vorphase einer späteren Demenz interpretiert - sollen hier mit gewissen Nachteilen zu rechnen haben, so manche Experten.

Differentialdiagnostisch problematisch sind dann allerdings auch klinische Aspekte, die selbst den geschulten Arzt vorübergehend vor Probleme stellen können. Dazu gehören beispielsweise so genannte immunologisch ausgelöste Hirnfunktions-Störungen, die zeitweise delir-ähnlich ausfallen können und ernstere neurologische Krankheiten wie der Morbus Parkinson und die Lewy-Körperchen-Demenz (beides Erkrankungen, die einen besonderen Risikofaktor für ein Delir darstellen können). Einzelheiten zu diesen Leiden siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie.

Die Konsequenz aus diesen Erkenntnissen lautet also: Wichtig ist das rechtzeitige Erkennen durch ein geschultes Personal sowie ggf. entsprechende neuropsychiatrische Tests, von denen die einfacheren auch schon von nicht darauf spezialisierten Pflegekräften eingesetzt werden können (z. B. Mini-Mental-Test und Uhren-Test bei einem abgrenzungs-bedürftigen Demenz-Verdacht). Für den Experten schließlich gibt es eine Vielzahl von so genannten Screening-Instrumenten, die allerdings auch nicht immer zur gewünschten Klarheit beitragen, vor allem wegen der unterschiedlichen Diagnose-Systeme, die weltweit den Ton angeben (also die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung - APA mit ihrem DSM-System und die Weltgesundheitsorganisation - WHO mit ihrer ICD-10). Hier pflegen die entsprechenden Institutionen sich dann ihre eigenen Erfahrungen zu Nutze zu machen, um zu einem so genannten klaren diagnostischen Algorithmus des Diagnose-Weges zu kommen.

Und was soll man tun?

Zur medikamentösen Behandlung eines akuten Verwirrtheitszustandes bzw. Delirs siehe die entsprechende Fachliteratur bzw. der betreuende Arzt. Hier soll es nur um die mehr psychosozialen Aspekte gehen. Im Einzelnen:

Eine durchdachte Therapie verbessert auch die Prognose, die Heilungsaussichten. Das ist eine alte Erkenntnis. Und dies ist hier notwendiger denn je. Denn bei einem Delir, vor allem nach stationärer Aufnahme, droht eine erhöhte Morbiditäts- und sogar Mortalitätsrate (also Erkrankungs- wenn nicht gar Sterbehäufigkeit).

Bestimmte Ursachen eines Delirs wie beispielsweise Hypoglykämie, Intoxikation, Infektion, Medikamenten-Belastung, Elektrolyt-Verschiebungen u. a. (um

bei den entsprechenden Fachbegriffen zu bleiben) bilden sich unter spezieller Behandlung noch am ehesten zurück. Die erwünschte klinische Erholung insgesamt aber pflegt langsamer zu verlaufen und kann nicht nur Tage, sondern Wochen bis Monate dauern. Das führt dann insbesondere bei Älteren nicht nur zu längeren Krankenhaus-Aufenthalten, sondern auch zu einer erhöhten Komplikations-Gefahr, von erhöhten Kosten oder gar einer Langzeit-Behinderung ganz zu schweigen.

Tatsächlich sind die Heilungsaussichten nach einem ernsteren Delir nicht erfreulich. In machen Statistiken heißt es: Bis zu zwei Jahre nach dem Auftreten eines Delirs ist das Risiko für eine kognitive und funktionelle Verschlechterung, ja Heim-Unterbringung oder vorzeitigen Tod ggf. erhöht.

Mit anderen Worten: Der gezielten Therapie kommt höchste Priorität zu. Sie besteht aus der Behandlung der jeweiligen Ursache (siehe obige Einzelheiten) und der Milderung verschlechternder Aspekte (desgleichen). Aber auch - und das mag manchen überraschen, obgleich bei einigem Nachdenken dann doch wieder nicht - aus der kontinuierlichen und gezielten Unterstützung des Patienten durch seine Angehörigen (falls verfügbar oder überhaupt noch vorhanden).

Das gilt übrigens auch für den Klinikaufenthalt, selbst wenn es seine personellen Grenzen hat. So empfehlen die Kliniker selber etwas, was jeder bestätigen, aber leider nicht jeder Klinikbetrieb zu leisten vermag:

- Den Tagesablauf des Patienten nach Möglichkeit gut durchstrukturieren, um Kontinuität und Vertrautheit zu erreichen.
- Dazu gehört auch die Einführung von Ritualen, an denen sich der sonst orientierungslos gewordene Patient halten kann.
- Überhaupt die Orientierung, sie ist das Rückgrat einer geistigen und damit letztlich auch seelischen Stabilität: Dazu zählen alltägliche Orientierungshilfen wie Uhr, Kalender, nicht zuletzt Familien-Fotografien u. ä.
- Überhaupt soll die Umgebung möglichst gleichbleibend sein (d. h. gleiches Krankenzimmer, gleiches Personal), ruhig und gut beleuchtet. Helligkeit und Lautstärke sind ganz wichtige Faktoren, die sich den organischen Alters-Einschränkungen des Patienten anpassen sollten (sofern möglich, wie die Realität aussieht, weiß natürlich jeder Klinikbesucher und -patient, das Personal ohnehin).
- Zu den Behandlungs-Grundlagen (und zwar nicht nur in der Klinik, auch zu Hause) gehören natürlich genug Flüssigkeit (der alte Menschen „vergisst“ bekanntlich das Trinken und dörft damit rasch aus, die Folgen sind erst einmal seelischer und geistiger Natur) sowie ein Minimum an Bewegungs-Aktivierung.

- Und - wie schon erwähnt, nachvollziehbar und trotzdem gerne vergessen - Brille und Hörgerät nutzen, d. h. ggf. Ersatzbrille und Hörgerät-Batterien besorgen. An derlei wird bekanntlich am wenigstens gedacht, denn „was braucht ein alter Mensch im Klinikbett noch solche Informations-Hilfen...“.
- Und schließlich sollte man dem älteren Menschen - zur Vermeidung oder möglichst raschen Überwindung eines drohenden Delirs - häufige Re-Orientierungen und Rückversicherungen vermitteln, und zwar durch Angehörige wie Pflegepersonen. Auch das wird gerne vernachlässigt, denn der Patient besteht ja nicht darauf und zieht sich in seiner Hilflosigkeit und vor allem Orientierungslosigkeit ohnehin immer mehr zurück (was allerdings dann in einem Teufelskreis münden kann, der zuvor abgebremst werden sollte).

Denn wie finden es inzwischen sogar jene Experten, die mit der psychologischen Seite des Problems scheinbar wenig zu tun haben (z. B. Anästhesisten und Operateure), zumal es sich beim End-Aufwand schließlich lohnt:

„Durch die Anwesenheit eines bekannten Gesichts wird viel Stress von den Patienten genommen. Das bekannte Gesicht und die Ansprache, das ist eine personifizierte Anxiolyse“ (Simone Gurlit). Oder auf Deutsch: Angstlösung durch Mitmenschlichkeit im direkten Sinne - auch im Alltags- und sogar Klinik-Stress.

Anhang: das Alkohol-Delir

Nachfolgend - wie erwähnt - eine populär-medizinische Übersicht zum Thema *Delirium tremens*. Denn zum einen gehört das Alkohol-Delir oder *Delirium tremens* noch immer zu den häufigsten Delir-Formen, vor allem unerkannt, übersehen, falsch eingeordnet - und damit nicht adäquat behandelt. Zum anderen ist es zwar nur eine mögliche Delir-Ursache, kann aber bei entsprechenden Kenntnissen des Umfelds für den Betroffenen nicht nur heilsam, sondern auch lebensrettend sein. Und es treten Symptome auf, die ggf. auch sonst für ein Delir anderer Ursache einen nützlichen Hinweiswert haben können. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht:

Die Art der alkoholischen Getränke spielt offenbar keine wesentliche Rolle. Ähnliches scheint auch für eine erbliche Belastung und sogar die Dauer von Missbrauch und Abhängigkeit zu gelten. Beim Alkohol-Delir sind individuelle Aspekte nicht unerheblich.

Der Altersgipfel liegt zwischen 30 und 40 Jahren, doch ist ein Alkohol-Delir praktisch in jedem Alter möglich (selbst bei unter 20-Jährigen beschrieben).

Das Delir bricht nur scheinbar plötzlich aus. In Wirklichkeit häufen sich zuvor unmotiviert Schweißausbrüche und morgendliches Erbrechen nach Alkohol-

genuss mit dem „dicken roten Kopf“. Auch das erst feinschlägige Zittern der gespreizten Finger nimmt zu und wird immer grober. Die Leistungsfähigkeit schwindet. In dieser Stufe spricht man auch gelegentlich von einem Prädelir, obgleich es keine echte Vorstufe des Deliriums ist.

Delirante Erlebnisse treten nicht selten zuerst im Traum auf. Dabei bestehen enge Beziehungen zwischen Traum-Halluzinationen und späteren Wahnwahrnehmungen im Wachzustand. Häufig kommt es nicht zu einer vollständigen Delir-Ausbildung, sondern bleibt bei Vorstadien.

Vorstadien sind charakterisiert durch depressive Zustände, Eifersuchts-Ideen, kurz dauernde Halluzinationen (Wahnwahrnehmungen) und epileptische Anfälle (die nicht selten dem Delir unmittelbar vorausgehen und hier oft das erste, zumeist aber verkannte klinische Zeichen eines drohenden Delir-Ausbruchs sind).

Das eigentliche Alkohol-Delir tritt nicht nur nach Alkohol-Entzug (im typischen Fall zwischen ein und vier Tagen später) auf, sondern auch nach Fortdauer der Alkohol-Zufuhr, nach Exzessen sowie provoziert durch akute körperliche Krankheiten, Unfälle und Infektionen. Es ist gekennzeichnet durch raschen Wechsel der Bewusstseinsklarheit mit flüchtigen, kurz dauernden, zumeist optischen Trugwahrnehmungen, Verwirrtheitszuständen, aber auch depressiven oder wahnhaften Ideen (z. B. sinnlose Eifersuchts-Vorstellungen).

Während des Delirs sind Kopf und Augenbindehaut hochgerötet, der Körper schweißbedeckt. Über Ort und Zeit ist der Patient völlig desorientiert, weiß aber im Allgemeinen trotz leichter Verwirrtheit, wer er ist. Manche imponieren sogar noch als ausgesprochen schlagfertig.

Charakteristisch ist eine unruhige, drängende Betriebsamkeit. Sie nesteln ständig an sich herum oder versuchen das Bett zu verlassen, um ihrer alten beruflichen Tätigkeit nachzugehen (Beschäftigungs-Delir). Die Kritikfähigkeit ist aber stark herabgesetzt, die Suggestibilität (Beeinflussbarkeit) erheblich erhöht.

In seltenen Extrem-Fällen können manche Patienten sogar nach Aufforderung von einem vorgelegten Blatt Texte ablesen, deren Inhalt man nach vorheriger Suggestion beliebig wechseln lassen kann. Manch lesen sogar von einem leeren Blatt ganze Geschichten ab.

Kennzeichnend sind Wahn-Wahrnehmungen auf den verschiedensten Sinnesgebieten. Meist werden kleine bewegte Gegenstände halluziniert: Käfer, Fäden, Fusseln (ganz selten aber die berühmten „weißen Mäuse“), bisweilen kommt es zu taktilen (Tastsinn) Wahn-Wahrnehmungen mit vermeintlichem Kribbeln durch Käfer-Kolonien, durch Ungeziefer, durch Schwanken des Bettes, Einstürzen der Wände; oder zu akustischen Halluzinationen: Stimmen, Musik, Straßenlärm u. a. Mitunter werden ganze Szenen halluziniert, wobei die

Betroffenen über Theatervorführungen, Truppen-Aufmärsche, Jahrmärkte u. a. eindrücklich zu berichten wissen.

Bisweilen ist die Stimmung wohlgelaunt und unternehmungslustig, überwiegend jedoch bedrückt oder gar angsterfüllt, verstärkt durch die Wahn-Wahrnehmungen.

Unangenehm sind die vegetativen Störungen, vor allem Schwitzen und Zittern, die allgemeine Schwäche und Abgeschlagenheit. Und natürlich riskant die bisweilen drohenden epileptischen Anfälle.

Unbehandelt dauert das Alkohol-Delir einige Tage. Früher endete es nicht selten tödlich. Inzwischen konnte die Sterblichkeitsrate deutlich eingedämmt werden. Besondere Schwierigkeiten bereiten aber auch heute noch Lungen-Komplikationen.

Oft mündet ein behandeltes Delir in einen tiefen Schlafzustand, aus dem die Patienten nach außen „halbwegs gesund“, ohne Verwirrtheit, aber mit keinerlei Erinnerung an das Geschehene aufwachen. Danach zeigen sich deutlich Gedächtnisstörungen. Im Gegensatz zur früheren Schlagfertigkeit und Betriebsamkeit wirken sie jetzt ausgesprochen gleichgültig, abgestumpft und einfallsarm.

LITERATUR

Lebens- und schließlich Leidensbereich mit wachsender Problematik (steigende Lebenserwartung!), was sich inzwischen auch in umfangreichem wissenschaftlichem und populärmedizinischem Schrifttum niederschlägt. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie sowie das Fachkapitel *Akute Verwirrheitszustände (Delir) – wissenschaftlich gesehen*.