

**Zeitschrift:** Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** 1 (1996)

**Heft:** 2

  

**Artikel:** Delirium : die Verwirrung terminaler Krebspatienten

**Autor:** Stoutz, Noémi de

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091710>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 27.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Es wird immer wieder angenommen, die Diagnose eines Delirium sei Gefühlssache, und selbst bei völlig manifesten Störungen wird in einem entschuldigenden oder gar verteidigenden Ton ein Delirium verneint. Dabei geht es aber ganz klar nicht um irgendeine Schuldfrage, sondern darum, dass Patienten ihrer Möglichkeiten zu denken, zu fühlen, sich auszudrücken und mitzubestimmen beraubt werden durch ein biochemisches Chaos in ihrem Gehirn. Patienten profitieren mehr davon, wenn wir dauernd den Verdacht haben, sie könnten an einem Delirium leiden, als wenn wir grosszügig Verdachtsmomente in den Wind schlagen.

Noémi D. de Stoutz\*

## Delirium: die Verwirrung terminaler Krebspatienten

Verwirrung ist bei Krebspatienten vor allem im Terminalstadium häufig. In verschiedenen Studien wird die Inzidenz unterschiedlich angegeben, je nachdem, wie Verwirrung definiert und diagnostiziert wird und je nach Patientenpopulation. Eine Studie bei terminalen Krebspatienten in einer Palliativstation (1), wo regelmässig der Mini-Mental-Status (MMS) Test (2) durchgeführt wurde, zeigte in 80% der Fälle eine Verminderung der kognitiven Fähigkeiten (Orientierung und Denkfähigkeit).

Die American Psychiatric Association (APA) bemüht sich darum, klare Kriterien für die Diagnose psychiatrischer und psychoorganischer Störungen zu erarbeiten und veröffentlicht diese im «diagnostic and statistical manual of mental disorders» (DSM). Was wir Verwirrung nennen, entspricht unterschiedlichen Krankheitsbildern, deren Ursachen, Prognose und Behandlung ebenfalls verschieden sind (3).

Die Annahme, Verwirrung gehöre zum Sterben und müsse zugelassen und als Gnade angesehen werden, ist zwar nicht ganz falsch, darf aber doch nicht zu Kurzschlüssen und zur Vernachlässigung jener einfachen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verleiten, die den Patienten Lebensqualität geben könnten (4).

\*Oberassistentärztin, Onkologische Palliativstation, Medizin C, Kantonsspital, St.Gallen  
Wiedergabe eines Vortrags, gehalten im Rahmen der Fortbildung für Pflegenden der medizinischen Klinik C, Kantonsspital St.Gallen

### Begriffsverwirrung – Definitionen und Kriterien

Das deutsche Wort Verwirrung ist ethymologisch abgeleitet von werran = verwickeln, durcheinanderbringen. Wir alle haben gewisse Erfahrungen mit Verwirrung, die jenen unserer Patienten ähnlich sind. Wer hat nicht in den Ferien die zeitliche Orientierung verloren? Wer weiss beim Erwachen an einem fremden Ort sofort, wo er ist? Wer ist nicht schon beim Lesen eingeschlafen und hat dabei die unwahrscheinlichsten Sachen in seinem Buch gefunden?

#### a) Kognitive Fähigkeiten

Ein gesundes Gehirn kann verwirrende äussere Umstände sehr rasch einordnen. Dazu benützt es die aktuellen Wahrnehmungen und das im Gedächtnis gespeicherte Wissen, und kombiniert beide in Gedanken, um die Orientierung wiederzufinden und die Situation richtig einzuschätzen. Diese Wahrnehmungs-, Erinnerungs-, Kombinations- und Denkfähigkeit werden mit dem Begriff «kognitive Fähigkeiten» beschrieben.

#### b) Verwirrungszustände

Bei allen verwirrten Patienten sind kognitive Störungen vorhanden. Dazu zählt man die Patienten mit Demenz, Delirium, aber auch mit schweren Depressionen und Psychosen.

Im klinischen Alltag ist es vor allem wichtig entscheiden zu können, ob ein Patient an einer Demenz oder an einem Delirium leidet, oder ob sich ein Delirium auf einer vorbestehenden Demenz aufgepfropft hat. Der Zustand dementer Patienten ist oft über lange Strecken recht konstant und stellt keine Notfallsituation dar. Im Gegensatz dazu tritt ein Delirium rasch auf und kann den Ablauf des Lebens auf Abteilungen oder zuhause empfindlich stören und zur notfallmässigen Spitaleinweisung terminaler Patienten führen. Ein Delirium sollte man auch darum nicht verpassen, weil es möglicherweise reversibel ist.

Die Kriterien des DSM IV grenzen das Delirium von anderen Störungen ab, die klinisch ähnlich sind. In Tabelle 1 habe ich eine freie Übersetzung der DSM IV-Kriterien wiedergegeben (3). Hauptelemente, die dem Delirium eigen sind, sind der akute Beginn, die verkürzte Aufmerksamkeitsspanne, das desorganisierte Denken und das veränderte, wechselnde Bewusstsein.

Jene Eigenschaften des Delirium, die es mit anderen Verwirrungszuständen gemeinsam hat, sind im DSM IV bewusst weggelassen worden.

### Verwirrende Klinik - Verwechslungen

Das klinische Erscheinungsbild des Delirium ist recht unterschiedlich. Es ist unbekannt, warum die einen

Tabelle 1

**Diagnostische Kriterien für Delirium, nach DSM IV**

- A. Störung des Bewusstseins (d.h. die Umgebung wird weniger klar wahrgenommen) mit verminderter Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu steuern – einer Sache Aufmerksamkeit schenken, bei der Sache bleiben, einen Themawechsel vollziehen...
- B. Veränderung der kognitiven Fähigkeiten (Gedächtnisstörung, Desorientierung, Sprachstörung) oder Auftreten einer Wahrnehmungsstörung, die nicht durch eine vorbestehende, bekannte oder sich entwickelnde Demenz erklärbar ist.
- C. Die Störung tritt innert kurzer Zeit auf (gewöhnlich Stunden bis Tage) und ist variabel, das heisst im Lauf eines Tages verschieden stark ausgeprägt.
- D. Die Anamnese, die körperliche Untersuchung oder Labortests geben Hinweise darauf, dass die Störung durch die direkten pathophysiologischen Folgen einer inneren Krankheit verursacht ist.

Patienten im Delirium still, zurückgezogen und lethargisch werden, andere agitiert und teilweise aggressiv sind, und wieder andere zwischen Agitiertheit und Lethargie hin und herwechseln (5).

Das Delirium ist eine akute Veränderung im Verhalten von Patienten, die man sich gerne als Reaktion auf kurzfristig vorausgegangene Ereignisse erklärt. Nach schlechten Nachrichten, ermüdenden Untersuchungen, Verlegung in eine unbekannte Umgebung ist man versucht, Agitiertheit als Stressreaktion zu interpretieren, sodass die Diagnose und Behandlung des Deliriums verzögert werden. Bestimmte Formen des Deliriums erhalten gelegentlich eine Etikette aus den Verarbeitungsphasen nach E. Kübler-Ross (6), zum Beispiel «Wut» für agitiertes Delirium oder «Depression» und «Resignation» für lethargisches Delirium (5). Gerade lethargische Patienten, die wir als «friedlich» bewerten, können auch lähmende Angst empfinden. Oft ist es für die Patienten nicht von Vorteil, wenn wir verständnisvoll sein wollen und allzuvielen «noch normal» finden.

**Verwirrung stiftet Verwirrung**

Die Entstehung eines klinisch manifesten Delirium kann man sich als Schneeballeffekt vorstellen. Am Anfang stehen innere Ursachen, die die Hirnfunktionen stören (Tabelle 2). Wenn äussere Faktoren dazukommen, überfordern sie schnell die verbleibenden Möglichkeiten des Patienten, in seinem «Kopf Ordnung zu schaffen». In palliativen Situationen sind im allgemeinen mehrere innere und äussere Ursachen gleichzeitig im Spiel (4).

Es ergeben sich zwei Phasen eines Deliriums. In der ersten, präklinischen Phase erscheint uns der Patient

im alltäglichen Umgang normal. Ihm selbst ist vage bewusst, dass etwas nicht stimmt, vielleicht halluziniert er und weiss dabei genau, dass das Gesehene nicht zur Realität gehört. Er überspielt Unsicherheiten mehr oder weniger gekonnt, indem er Dinge äussert, die nicht falsch sein können. «Ja, ja, so ist das Leben» und «Welch ein Wetter heute» tönen immer adäquat, sollten uns aber misstrauisch machen.

Erst wenn der Patient seine Verwirrung nicht mehr überspielen kann, wird sie klinisch manifest und es fällt uns auf, dass seine Aussagen und sein Benehmen unlogisch, unzusammenhängend oder «daneben» sind.

Im Delirium können sich nicht nur Phasen der Agitiertheit und der Lethargie, sondern auch Phasen mit adäquaten und inadäquaten Aussagen abwechseln.

Ein Delirium stiftet nicht nur beim betroffenen Patienten eine zunehmende Unordnung. Besonders wenn agitierte Phasen vorkommen, entsteht folgender Teufelskreis oder «destruktives Dreieck» (7):

Der Patient spricht wirr, ist agitiert oder soporös, erkennt zeitweise die Menschen nicht und hat Mühe, seine Symptome (Schmerzen, Übelkeit) verständlich zu beschreiben. In agitierten Phasen kann er sich selbst gefährden.

Die Angehörigen bekommen Angst, interpretieren Unruhe als Ausdruck von Schmerzen, sind verletzt wenn sie nicht den gewünschten Kontakt haben können sondern mit Gleichgültigkeit oder Aggressivität empfangen werden. Sie wenden sich an die Pflegenden mit der Forderung, sofort etwas zu tun, damit der Patient «nicht leiden muss».

Tabelle 2

**Innere Ursachen von Delirien bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren**

**Strukturelle Ursachen**

Hirnmetastasen	R, I
Cerebrovasculärer Insult	I
Meningitis, Enzephalitis	R, I
sensorische Defizite	(R), I

**Metabolische Ursachen**

Elektrolytstörungen	R
Dehydrierung	R
Durchblutungsstörungen	R, I
Hypoxie	R, I
Nierenversagen	R, I
Leberversagen	(R), I
Infekte	R, I
Medikamente	R

R=reversibel I=irreversibel

Tabelle 3

**Confusion Assessment Method**

4 Fragen zur Früherfassung eines Deliriums, täglich für jeden Patienten zu beantworten.

1. Hat sich etwas an seinem/ihrer Bewusstsein, Verhalten oder Denken verändert?

Ja  Nein

z.B. jede Schicht beobachtet anderes Verhalten, Veränderung kommt und geht, nicht immer gleich stark ausgeprägt.

2. Hatte er/sie Mühe, einem Thema oder einer Tätigkeit seine/ihre Aufmerksamkeit zu widmen?

Ja  Nein

z.B. liess sich leicht ablenken, schlief beim Waschen/Essen ein, konnte im Gespräch nicht bei der Sache bleiben oder einen Themawechsel nicht nachvollziehen.

3. War sein/ihr Denken desorganisiert, unzusammenhängend?

Ja  Nein

z.B. «daneben» antworten, unlogische Gedankensprünge, unklare Folge der Ideen

4. Wie würdest Du gesamthaft seinen/ihren Bewusstseinszustand beschreiben?

normal  
 überaufmerksam, lässt sich ablenken  
 schläfrig aber weckbar  
 schwer weckbar  
 nicht weckbar = koma

Die Ärzte und Pflegenden stehen desto mehr unter Handlungs- und Erfolgsdruck, als auch andere Patienten und Familien durch die Agitiertheit des Zimmernachbarn gestört werden. Man ist versucht, sich die Zeit für Ursachensuche und ursächliche Behandlung nicht zu nehmen sondern möglichst rasch und effizient zu sedieren. Viele sedierende Medikamente bewirken selber wiederum Verwirrung, ausserdem erschweren sie die Erfassung anderer Symptome, sodass meistens auch zuviele Schmerzmittel gegeben werden (8). Wenn die Verwirrungsursache behoben werden kann, so ist die Besserung des Zustandes unter der Sedierung schwer beurteilbar.

Es gibt kaum eine Situation in der palliativen Medizin und Pflege, die so viele Konflikte nach sich zieht, wie ein Delirium mit starker Agitiertheit.

**Verwirrung voraussehen - Früherfassung**

Es gibt Hinweise darauf, dass mindestens die agitierten Formen des Delirium verhütet werden können, wenn es früh erkannt und behandelt wird. In einer kanadischen Palliativstation wurde ab 1990 zweimal wöchentlich bei jedem Patienten ein MMS Test durchgeführt. Bei jeder grösseren Veränderung gegenüber

früheren Tests wurden Ursachen für die kognitive Störung gesucht und möglichst behoben, ein Opiatwechsel durchgeführt und Haldol in kleinen Dosen verabreicht. Das Resultat war ein signifikant geringerer Verbrauch sedierender Medikamente seit Einführung dieser Massnahmen (9).

Nun ist es aber kaum realistisch, diese Massnahmen überall einzuführen, der MMS Test ist auch nicht spezifisch für Delirien.

Die folgenden Methoden scheinen anwendbar, müssten aber viel systematischer angewendet werden.

**a) Anamnese:**

Man kann ohne weiteres die Patienten fragen, ob sie sich manchmal verwirrt fühlen. Wir haben verständlicherweise Hemmungen, so etwas zu fragen. Patienten sind aber selten beleidigt, wenn man die Frage höflich formuliert. Sie sind sogar oft erleichtert, wenn sie erste Anzeichen einer Verwirrung schon verspürt haben und nun darüber sprechen können. Es bedeutet auch eine Erleichterung zu erfahren, dass sie nicht «spinnen», sondern dass Krankheit und/oder Medikamente so etwas verursachen können.

Auch Angehörige können uns über ein beginnendes Delirium gelegentlich Auskunft geben, bevor wir es selber bemerken. Besonders wenn wir einen Patienten noch nicht gut kennen und wenn eine vorbestehende Demenz uns die Beurteilung zusätzlich erschwert, können die Nächsten des Patienten subtile Veränderungen schon wahrnehmen.

**b) Beobachtung**

Es wurde bereits erwähnt, wie zweideutig vieles ist, was wir bei deliranten Patienten beobachten.

Die Wertigkeit verschiedener Beobachtungen lässt sich wissenschaftlich belegen. Die Kriterien des DSM IV sind ein Beispiel dafür, wie aus einer ganzen Menge von klinischen Phänomenen jene herausortiert werden, die ein Delirium zuverlässig anzeigen.

Auf diesen Kriterien baut das «confusion assessment method» (CAM) auf (10). Das CAM lässt sich in einem einfachen Fragebogen zusammenfassen, den ich übersetzt und für den täglichen Gebrauch angepasst habe (Tabelle 3). Wir werden in unserer Palliativstation testen, ob die Früherfassung des Delirium durch tägliches Beantworten dieser vier Fragen verbessert werden kann. Zumindest macht einen das wiederholte Lesen der Fragen aufmerksam auf die Dinge, auf die es ankommt.

**c) Abklärung**

Wenn der Verdacht besteht, dass ein Patient an einem Delirium leidet, können spezifischere Tests den Verdacht erhärten. Dazu muss gelegentlich ein Psychiater

beigezogen werden. Ursachen für das Delirium müssen gesucht werden, wobei keine besonders belastenden Untersuchungen nötig sind (4, 5):

Als erstes muss die Medikamentenliste auf mögliche Verursacher überdacht werden. Dabei darf man auch Entzugssyndrome nicht vergessen. Eine venöse Blutentnahme für Hämatologie und Chemie kann Hinweise auf Anämie (Sauerstofftransport!), Infektionen, Elektrolytstörungen und Organversagen geben. Eine Pulsoxymetrie ersetzt vorteilhaft die arterielle Blutgasanalyse, um ein Sauerstoffdefizit festzustellen. Urin- und Sputumbakteriologie, Lungenauskultation oder allenfalls ein Thoraxröntgen vervollständigen die Suche nach Infekten, gelegentlich braucht es noch einen Abdomenultraschall, um einen Abszess auszuschliessen.

Die neurologische Untersuchung kann Hinweise auf einen zerebrovaskulären Insult oder Hirnmetastasen geben. Ein gründlicher Neurostatus ist für die Patienten recht belastend und wenn man diese Piste wirklich verfolgen will, ist gelegentlich ein Schädel-CT das schonendere Verfahren.

#### Verwirrung behandeln – medizinisch und pflegerisch

Meist ist das Delirium von Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren multifaktoriell und nur ein Teil der Ursachen ist reversibel.

Diese sollten immer gezielt behandelt werden, denn auch wenn dadurch ein Delirium nicht völlig behoben wird, so lassen sich in vielen Fällen die agitierten Phasen vermindern. Zum Beispiel sprechen Delirien bei dehydrierten Patienten, im Gegensatz zur Demenz, auf eine sparsame Rehydrierung meistens an.

Die Indikation für Haloperidol (Haldol) wurde in der erwähnten kanadischen Studie sehr breit gestellt (9). Man kann es etwas salopp beschreiben als Mittel, das im Gehirn «Ordnung schafft», und tatsächlich greift es in den Metabolismus einiger Neurotransmitter ein, die für delirante Zustände verantwortlich gemacht werden.

Haldol ist ein Neuroleptikum ohne sedierende Wirkung, das im Vergleich mit anderen Psychopharmaka den Kreislauf besonders wenig beeinträchtigt. Die wichtigste Nebenwirkung ist eine parkinson-ähnliche Muskelsteifigkeit, die man meist mit wenig Biperiden (Akineton) bekämpfen kann.

Im Fall eines präklinischen Delirium, das nur den Patienten selbst stört, reicht oft eine ganz kleine Dosis (1 mg Haldol 1–3 mal täglich per os oder subkutan) um die subjektive Störung zu beheben. Auch ein klinisch manifestes Delirium mit vorwiegend hypoaktiver, lethargischer Komponente lässt sich mit Dosen in derselben Grössenordnung behandeln. Zusätzlich werden Reservedosen von 1 mg Haldol maximal stündlich ver-

ordnet, um eine beginnende Agitiertheit abfangen zu können.

Andere Neuroleptika sind stärker sedierend und können besonders in agitierten Phasen wertvoll sein. Zur Nacht geben wir gerne Pipamperon (Dipiperon) oder Levomepromazin (Nozinan) um den gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus zu korrigieren. Das Verhalten deliranter Patienten ist ja nachts oft ausgesprochen turbulent.

Zur Sedierung sollte nur im äussersten Notfall auf Benzodiazepine zurückgegriffen werden. Das Mittel der Wahl ist dann das Midazolam (Dormicum), wegen seiner kurzen Halbwertszeit und weil es wahrscheinlich keine aktiven Metaboliten hat, sodass es gut steuerbar ist (7). Eine Infusion von 1–2 mg/Stunde kann den Patienten beruhigen, er erwacht eine bis zwei Stunden nachdem die Infusion abgestellt worden ist. Wenn er dann einen gewissen Neuroleptikaspiegel hat, kann eine neuerliche Agitiertheit verhütet werden. Man muss sich aber im klaren sein, dass alle Benzodiazepine die Schlafqualität verschlechtern, dass sie eine Amnesie bewirken und nach einiger Zeit zu Entzugssymptomen führen, drei Mechanismen, die selber ein Delirium herbeiführen können. Zur Behandlung eines Delirium dürfen Benzodiazepine also nur ganz kurzfristig eingesetzt werden.

Zum pflegerischen Management gehört einerseits die Mitverantwortung bei der Früherfassung des Delirium. Auch die Art, wie verordnete Reservemedikamente verwendet werden, ist zum grossen Teil den Pflegenden überlassen. Das betrifft nicht nur Haldolreserven, sondern jede Reserve zur Symptomkontrolle.

Es ist eine schwierige Herausforderung, bei agitierten Patienten zu entscheiden, ob die Unruhe durch beängstigende Halluzinationen, eine volle Blase, paranoide Fehlinterpretationen oder eben Schmerzen ausgelöst ist. Noch schwieriger kann es sein, Angehörige davon zu überzeugen, dass nicht jede Unruhe mit Schmerzmitteln bekämpft werden muss.

Reorientierende Massnahmen allein können kein Delirium beheben. Sie sind aber hilfreich, um in der Frühphase oder in der Erholungsphase, wenn Patienten sich in einer verwirrenden Umgebung nicht zu rechtfinden, den Schneeballeffekt zu vermindern.

Dazu gehören möglichst wenige Wechsel der Pflegenden, Vermeidung von unnötigen Ortswechslern, von ungewohnten Geräuschen und missverständlichen Pflegeverrichtungen.

Einrichtungsgegenstände wie eine gut sichtbare grosse Uhr und ein Kalender mit grossen Zahlen unterstützen die zeitliche Orientierung. Wichtig ist aber auch, dass nachts nicht von draussen kommende Lichteffekte (Verkehr) sich mit Halluzinationen und Träumen vermischen. Geschlossene Fensterläden oder

Vorhänge und ein Nachtlicht, das das Zimmer klar erkennen lässt, schaffen eine eindeutig überblickbare Situation.

Erklärungen werden von deliranten Patienten meist nicht aufgenommen und verarbeitet. In der präklinischen Phase kann ein Patient dankbar sein zu erfahren, dass das Durcheinandersein wahrscheinlich reversibel ist. Nach einem Delirium muss ein Patient über seine Erfahrung berichten und sich versichern können, dass ihm niemand böse ist und dass so etwas auch nicht im gleichen Mass wieder auftreten muss. Mitten im Delirium aber ist gutes Zureden nutzlos und je wortreicher, desto verwirrender.

Kurze klare Sätze zur Reorientierung, kurze Anweisungen und Befehle, eine knappe Erklärung jeder Pflegeverrichtung können hilfreich sein. Hingegen ist bei deliranten Patienten nicht damit zu rechnen, dass sie sinnvoll mitbestimmen können, welche Behandlung nun für sie gut sein soll.

#### **Verwirrung ertragen – die Angehörigen, das Team**

Jedes Delirium ist für Angehörige und Pflegende eine grosse Belastung. Es ist wichtig, den oben beschriebenen Teufelskreis mit seinem Potential an Konflikten und Kurzschlusshandlungen zu vermeiden.

Wir müssen die Angehörigen sehr ernst nehmen. Als eigentliche «Kenner» des Patienten spielen sie eine wichtige Rolle bei der Früherfassung des Delirium, und sie sind wertvolle Partner wenn es darum geht, dass nur wenige möglichst vertraute Menschen sich beim verwirrten Patienten aufhalten. Andererseits müssen wir auch die Belastung ernst nehmen, die das Delirium für sie bedeutet. Viele ihrer Forderungen kommen davon, dass sie ihr eigenes Leiden auf den Patienten projizieren. Sie leiden darunter, dass ein geliebter Mensch nicht mehr sich selbst ist, die Beziehung in Frage gestellt ist, der Abschied nicht in der gewünschten Form stattfinden kann.

Sie brauchen ausführliche Erklärungen, mitfühlende und mittragende Unterstützung, Aufwertung ihrer oben beschriebenen Aufgaben aber auch Entlastung von der damit verbundenen Verantwortung.

Bei irreversibler Verwirrung ist das Behandlungsziel ein für Patienten und Umgebung erträglicher Zustand. Im Interesse der Angehörigen kann man gelegentlich einer starken Sedierung den Vorzug geben. Ein von erschöpften Angehörigen ausgedrückter Euthanasiewunsch kann aber nicht als der Wille des Patienten gelten.

Auch innerhalb des Teams entstehen im Zusammenhang mit Delirien gerne Konflikte. Ein einheitliches Verständnis der Mechanismen, eine einheitliche Strategie im Management sind ebenso wichtig wie ein ent-

schiedener Widerstand gegen alles, was das Team spalten könnte.

Patienten und Angehörige tendieren dazu, Teammitglieder gegeneinander auszuspielen. Wer den deliranten Patienten in einer ruhigen Phase gepflegt hat schreibt sich gerne den Verdienst dafür zu und meint jene belehren zu müssen, die eine agitierte Phase miterlebt haben. Der Nachtschwester wird nach turbulenten Nächten mit Unverständnis begegnet . . .

Der Teamgeist im Kampf gegen das Delirium muss auch die Ärzte mit einschliessen, die zu einem grossen Teil auf die Beobachtungen der Pflegenden angewiesen sind und die die Verantwortung haben, Abklärungen und Behandlung so zu verordnen, dass der Patient die grösstmögliche Chance einer Besserung erhält.

Unwissenschaftliche Interpretationen von Delirien können dem Patienten nur schaden. Im Delirium geschieht keine Krankheitsverarbeitung, Halluzinationen sind keine «geistigen Führer» und es gibt keinen Grund anzunehmen, dass das Delirium für den Patienten irgendeinen Wert hat.

Die Techniken der Validation (11), die erlauben auf die eingeschränkten Ausdrucksmöglichkeiten schwer dementer Personen einzugehen, sind im Delirium nur zusätzlich verwirrende Stimuli.

#### **Schlussgedanken**

Verwirrung ist ein verwirrendes Problem, das in der Palliativmedizin äusserst häufig ist. Man ist sich vor allem angesichts eines stillen Patienten nicht immer sicher, ob überhaupt etwas dagegen unternommen werden soll. Aber lethargische Patienten erscheinen vielleicht friedlicher als sie es wirklich sind, und im Koma sind Schmerzen nachweislich spürbar, werden aber der Umgebung nicht mitgeteilt. Einige der problemlos reversiblen Ursachen von Delirien können mangels Behandlung einen tödlichen Verlauf nehmen. Dann hat man durch den Verzicht auf Abklärung und Therapie den Patienten vielleicht um wertvolle Zeit bei klarem Bewusstsein gebracht.

Umgekehrt werden alle Menschen, die langsam sterben, irgendwann still und verlieren den Kontakt mit der Realität.

Der Nutzen einer geordneten Abklärungs- und Behandlungsstrategie ist so gross im Verhältnis zum Aufwand, der Aufwand bei dekompensierter Agitiertheit so gewaltig und frustrierend, dass eine systematische Früherfassung und ein konsequenter Umgang mit dem Delirium absolut lohnend sind.

*Bibliographie siehe nächste Seite*

**Bibliographie**

1. Bruera E, Miller L, McCallion J, Macmillan K, Krefting L, Hanson J. Cognitive Failure in patients with terminal cancer: a prospective study. *J Pain Sympt Manage* 1992; 7 (4): 192-195
2. Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. «Mini-mental state»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12: 189-198
3. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*. Washington DC, American Psychiatric Association, 1995
4. de Stoutz ND, Tapper M, Fainsinger RL. Reversible delirium in terminally ill patients. *J Pain Sympt Manage* 1995; 10(3): 249-253
5. de Stoutz ND, Stiefel F. Reversible delirium (acute confusional states) in cancer patients: a clinical perspective with special emphasis on etiology, assessment and management. *Supportive Cancer Medicine* (in press)
6. Kübler-Ross E. *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz-Verlag, 1980
7. Fainsinger RL, Tapper M, Bruera E. A perspective on the management of delirium in terminally ill patients on a palliative care unit. *J Pall care* 1993; 9(3): 4-8
8. Bruera E, Fainsinger RL, Miller MJ, Kuehn N. The assessment of pain intensity in patients with cognitive failure: a preliminary report. *J Pain Sympt Manage* 1992; 7: 267-270
9. Bruera E, Franco JJ, Maltoni M, Watanabe S, Suarez-Almazor M. Changing pattern of agitated impaired mental status in patients with advanced cancer: association with cognitive monitoring, hydration and opiate rotation. *J Pain Sympt Manage* 1995; 10(4): 287-291
10. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horowitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. *Ann Int Med* 1990; 113: 941-948
11. Brechbühler M. Validation entreisst Hochbetagte dem blossen Vegetieren. *Krankenpflege* 1994; 7: 25-28