

Psychische Störungen und Palliative Care

Vinzenz Mühlstein^{a, b}, Florian Riese^c

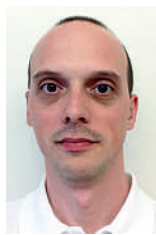
^a Psychiatrische Dienste Thurgau

^b Klinik St. Katharinental

^c Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Alterspsychiatrie und Abteilung für Psychiatrische Forschung

Quintessenz


- Psychische Störungen (z.B. Angst, Depression oder Verwirrheitszustände) haben eine grosse Bedeutung in der Palliative Care.
- Die Psychiatrie hat bei der Behandlung dieser Störungen ihre Kernkompetenz und kann Methodenwissen zur Verfügung stellen.
- Neben psychopharmakologischen Interventionen kommen auch Psychotherapieverfahren zur Anwendung, die zum Teil speziell für die Palliativsituation entwickelt wurden.



Vinzenz Mühlstein

VM erhielt 2011 den 1. Preis der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP für seine Facharztarbeit «Ambulante Palliative Care am Beispiel einer präterminalen Psychosepatientin».

FR ist Mitautor und Managing Principle Investigator der Studie «ZULIDAD – Zurich Life and Death with Advanced Dementia», die vom SNF im Rahmen des NFP67 «Lebensende» sowie von der Bangerter-Rhyner-Stiftung im Rahmen des Förderprogramms «Versorgungsforschung» unterstützt wird.

Über 60% aller Patienten in der Palliative Care leiden unter einer psychischen Störung. Knapp ein Viertel davon erfüllt sogar die Kriterien zweier oder mehrerer Diagnosen nach ICD-10. Jeder dritte psychisch Kranke in der Palliative Care wird nicht als solcher erkannt und erhält unzureichende Behandlung [1, 2]. Dabei sind psychische Symptome wie Depressivität, Angst und innere Unruhe ebenso wie Störungen von Kognition, Antrieb und Vigilanz auch am Lebensende mit einem hohen subjektiven Leidensdruck verbunden. Als medizinische Fachpersonen für seelische Gesundheit können Psychiater und Psychotherapeuten hier einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität leisten (Abb. 1 ). Hauptaufgabe besteht in der Linderung von psychischen Beschwerden durch Symptomkontrolle. Das psychiatrisch-palliative Behandlungsziel liegt in einer raschen, zuverlässigen – und idealerweise auch reproduzierbaren – Senkung des subjektiven Leidensdrucks. Falls unumgänglich, erfolgt dies auch auf Kosten der verbleibenden Lebenszeit.

Im Bereich der Palliative Care behandeln Psychiater und Psychotherapeuten grundsätzlich zwei Patientengruppen: Patienten mit psychischer Komorbidität bei präterminalen somatischen Erkrankungen und Patienten mit präterminalen psychischen Störungen im engeren Sinne. Davon abzugrenzen sind die neuropsychiatrischen Auffälligkeiten der unmittelbaren Terminalphase, deren Krankheitswert in der Literatur kontrovers diskutiert wird: Sterbende zeigen ein klinisches Bild mit vielfältigen Veränderungen von Sensorik, Motorik und Vegetativum. Die Grenze zwischen physiologischen und pathologischen Vorgängen ist dabei nicht immer deutlich.

Psychische Komorbidität bei präterminalen somatischen Erkrankungen

In der Endphase eines somatischen Krankheitsprozesses werden psychosoziale Stressoren wirksam, die der Neuentstehung, dem Wiederauftreten oder Fortschreiten psychischer Störungen Vorschub leisten: Einschränkungen der Autonomie, Verlust von körperlicher Integrität, unkontrollierbarer Schmerz und/oder Stigmatisierung durch Behinderung. Allein die Mitteilung einer infausten Prognose kann zu seelischen Reaktionen führen, die in ihrer Ausprägung Krankheitswert erreichen. Als häufigste psychische Komorbiditäten der Präterminalphase gelten Anpassungsstörung, Depression, Angsterkrankung und Delir [2–4].

Psychisch Kranke am Lebensende

Der Verlauf schwerer psychischer Störungen («persistent mental illness») lässt sich trotz intensiver Behandlung nicht immer positiv beeinflussen [5]. Schizophrenie, Depression, bipolare Erkrankung und Persönlichkeitsstörungen können ebenso wie posttraumatische Belastungsstörungen und Anorexia nervosa zu dauerhaften Alltagsbehinderungen führen (GAF-Skala ≤ 50) [6]. Im Vergleich zur Normalbevölkerung sterben betroffene Patienten um bis zu zehn Jahre früher [7]. Die Mehrzahl leidet zudem unter somatischen Komorbiditäten, welche oft unterdiagnostiziert und unbehandelt bleiben [8–10]. Als psychische Störung mit besonders hoher Mortalität gilt die Anorexia nervosa. Nach zehnjährigem Krankheitsverlauf sind im Durchschnitt etwa 10% der Betroffenen verstorben – trotz des noch jungen Alters bei Erst-erkrankung [11]. Häufigste Todesursachen sind Suizide und kardiovaskuläre Ereignisse [12].

Im Gegensatz zu körperlichen Erkrankungen kann die Prognose einer präterminalen psychischen Störung kaum auf objektivierende, zum Beispiel apparative Untersuchungen gestützt werden. Durch das Fehlen von klaren Prognosekriterien und bislang uneinheitliche Behandlungsrichtlinien ist das therapeutische Vorgehen überwiegend am Einzelfall orientiert.

Depressives Syndrom und Suizidalität

Depressive Syndrome bleiben in der Palliative Care oft unerkannt [13]. Ohne konkrete Nachfrage durch den Therapeuten verschweigen oder bagatellisieren viele Sterbensranke ihre Beschwerden – z.T. in der Annahme,

diese Symptome könnten nicht behandelt werden resp. seien nicht behandlungswürdig. Dabei ist Depression, beispielsweise bei Krebspatienten, ein Prädiktor für das Fortschreiten der somatischen Grunderkrankung und eine erhöhte Mortalität [14].

Aktuell liegen keine spezifischen und verbindlichen ICD-10- oder DSM-IV-Kriterien für die Diagnose einer De-

pression in der Palliative Care vor, obwohl bereits leichte Unterschiede bei der Beurteilungen der Symptome zu starken Diskrepanzen in der Diagnosestellung führen [15]. Entsprechend der Grundhaltung der Palliative Care empfiehlt sich daher ein pragmatisches und am Leidensdruck orientiertes Vorgehen [16]. Zum Screening in der Terminalphase eignet sich durchaus die einfache Frage «Fühlen Sie sich deprimiert?» [17]. Präterminal ist vor allem die Erfassung der Anhedonie (Verlust der individuellen Freud- und Genussfähigkeit) hilfreich und differentialdiagnostisch bisweilen zielführend [18, 19]. Störungen des Vitalgefühls, von Vigilanz und Antrieb sind hier keine sicheren Zeichen einer depressiven Entwicklung [20]. Diese Symptome treten oft unspezifisch auch im Rahmen einer malignen Grunderkrankung auf, beispielsweise als tumorassoziierte Fatigue, als Folge von Gewichtsverlust, Hyperkalzämie, Schmerzzuständen sowie als Nebenwirkung einer Chemo- oder Strahlentherapie.

In der routinemässigen Erhebung depressiver Symptome empfiehlt sich die Verwendung eines standardisierten Messinstruments wie der Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), deren Einsatz auch für die Terminalphase validiert ist [21]. Für das vereinfachte Depressionsscreening (bedside screening) bei Patienten mit fortgeschrittener Krebskrankheit wurde darüber hinaus die Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) entwickelt (Tab. 1) [22–24]. Mit sechs leicht verständlichen Fragen lässt sich eine depressive Entwicklung anhand des subjektiven Belastungsniveaus zuverlässig und rasch bestimmen. Auf die Erfassung körperlicher Beschwerden wird dabei bewusst verzichtet.

In Abgrenzung zur klassischen Depression ist über die klinische Bedeutung der sogenannten Demoralisation («demoralization syndrome») bislang eher wenig bekannt (Tab. 2). Herkömmliche pharmakologische Ansätze der Depressionsbehandlung scheinen jedoch bei dieser protrahierten Anpassungsstörung wenig wirksam zu sein [25, 26].

Unabhängig von der jeweiligen Grunderkrankung treten Todeswünsche bei 30–45% aller präterminalen Patienten vorübergehend, bei 5–15% auch dauerhaft auf [27]. Neben unkonkreten Suizidphantasien und der Ablehnung lebensverlängernder Massnahmen kann sogar der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe entstehen [28]. Anhaltende Depressivität, Hoffnungslosigkeit, subjektiver Kontrollverlust, unbeherrschbare Schmerzzustände und soziale Isolation sind wesentliche Prädiktoren für präterminale Todeswünsche [28, 29]. Diese Faktoren müssen in die differenzierte Beurteilung der Suizidalität miteinbezogen werden und sollten das therapeutische Vorgehen leiten.

Die Empfehlungen zur pharmakologischen Behandlung einer präterminalen Depression stützen sich bislang auf so gut wie keine spezifischen Studien – mit wenigen Ausnahmen im Bereich der Onkologie [30, 31]. Die Medikamentenwahl richtet sich somit nach den allgemeinen Behandlungsgrundsätzen bei Erwachsenen, es kommen vor allem SSRI zum Einsatz [31]. Die Verwendung von Psychostimulanzien wie Methylphenidat und Modafinil kann im Einzelfall zwar erwogen werden, ist jedoch nicht durch ausreichende Evidenz gesichert [32].

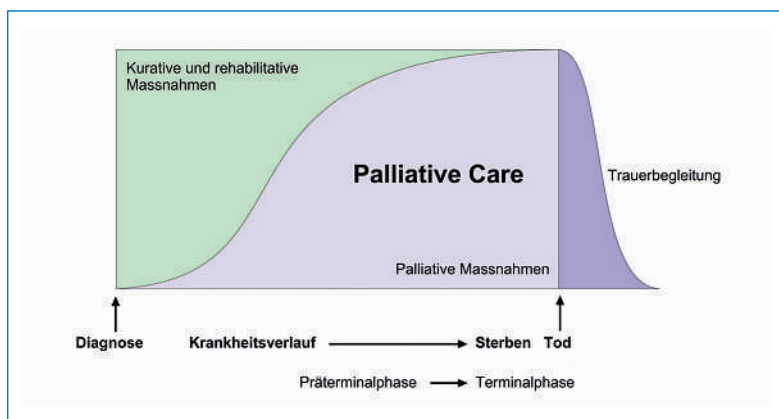


Abbildung 1
Von der Kuration zur Palliation.

Tabelle 1

Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) (Übersetzung durch die Autoren). Bitte markieren Sie, wie Sie sich in den vergangenen 7 Tagen gefühlt haben (nicht nur wie Sie sich heute fühlen).

1) Ich habe mir unnötigerweise die Schuld gegeben, wenn Dinge falsch gelaufen sind.

- Ja, meistens. (3)
- Ja, manchmal. (2)
- Nein, nicht so oft. (1)
- Nein, niemals. (0)

2) Ich habe das beängstigende Gefühl, dass etwas Schreckliches passieren wird.

- Sehr stark. (3)
- Ja, aber nicht so stark. (2)
- Etwas, aber es beunruhigt mich nicht. (1)
- Nein, überhaupt nicht. (0)

3) Mir ist alles zu viel geworden.

- Ja, die meiste Zeit, und ich bin damit nicht fertig geworden. (3)
- Ja, manchmal bin ich damit nicht so gut fertig geworden wie sonst. (2)
- Nein, meistens bin ich gut damit fertig geworden. (1)
- Nein, ich bin so gut wie immer damit fertig geworden. (0)

4) Ich bin so unglücklich gewesen, dass ich nicht gut schlafen konnte.

- Ja, die meiste Zeit. (3)
- Ja, manchmal. (2)
- Nein, nicht so oft. (1)
- Nein, überhaupt nicht. (0)

5) Ich habe mich traurig oder elend gefühlt.

- Ja, meistens. (3)
- Ja, manchmal. (2)
- Selten. (1)
- Nein, überhaupt nicht. (0)

6) Ich habe daran gedacht, mir selbst Schaden zuzufügen.

- Ja, ziemlich oft. (3)
- Manchmal. (2)
- Kaum. (1)
- Niemals. (0)

Sechs oder mehr Punkte weisen auf ein depressives Zustandsbild hin.

Tabelle 2

Postulierte Unterschiede zwischen Demoralisationssyndrom und depressivem Syndrom.

Demoralisation	Depression
Auslösung überwiegend durch exogene Faktoren (z.B. belastende Ereignisse)	Verstärkung durch exogene Faktoren
Gefühl der Wertlosigkeit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühle von Inkompetenz und Entmutigung sowie des Gefangenseins	Depressive Stimmungslage, Interessenlosigkeit, Lustlosigkeit, Ermüdbarkeit
Erhalt der Genussfähigkeit (bezogen auf den gegenwärtigen Moment) bei Verlust antizipatorischer Freuden	Anhedonie
Keine kognitiven Störungen	Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen
Ungenügendes Ansprechen auf Antidepressiva	Ansprechen auf Antidepressiva

Tabelle 3

Angst in der Palliative Care.

Sorgen um existentielle Belange (z.B. Sterben, Verlust, Familie, Finanzen)
Angststörung im engeren Sinn
Angst im Rahmen anderer psychiatrischer Syndrome (z.B. Delir)
Angst im Rahmen körperlicher Krankheitszustände (z.B. Dyspnoe, Schmerz, Hyperkalzämie)
Medikamentöse Nebenwirkung (z.B. Corticosteroide)

Im Gegensatz zu SSRI ist hier ein Wirkeintritt innerhalb weniger Stunden beschrieben. Sollte dieser ausbleiben, ist der fortgesetzte Einsatz dementsprechend kritisch zu überprüfen. Ein neuartiger Ansatz ist die Anwendung von Ketamin. In zwei Einzelfällen reduzierte die orale Einnahme präterminale Angst- und Depressionssymptome [33]. Selbstverständlich müssen vor Einleitung einer spezifischen Psychopharmakotherapie zunächst andere (behandelbare) Ursachen depressiver Symptomatik abgeklärt werden, beispielsweise Schmerz, Hyperkalzämie und andere Elektrolytverschiebungen, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Anämie oder bestimmte Medikamente (Steroide, Chemotherapeutika etc.).

Angstzustände

Pathologische Angstzustände treten sowohl als isoliertes Phänomen als auch im Rahmen komplexer neuropsychiatrischer Syndrome auf. In der Palliative Care können zudem zahlreiche nicht-psychische Faktoren zur Angstentstehung beitragen (Tab. 3) [13]. Dabei überschneiden sich körperliche Angstkorrelate wie Atemnot oder Tachykardie mit den vegetativen Symptomen einer somatischen Grunderkrankung. Somit besteht der erste therapeutische Schritt in einer Korrektur möglicher ursächlicher Störungen mittels Flüssigkeits- und Elektrolytausgleich, Intensivierung der Opioid-Analgesie etc. Für die weitere Therapieplanung ist die grundlegende Differenzierung in paroxysmale und anhaltende Angstzustände wichtig. So lassen sich unkomplizierte Panikattacken durch die Bedarfsgabe von Benzodiazepinen zuverlässig und rasch symptomatisch behandeln. Bei wiederkehrenden oder andauernden Angstzuständen kommen auch in der Palliative Care ergänzend Antidepressiva zur Anwendung. Hier sind jedoch der verzögerte Wirkeintritt zu berücksichtigen sowie die schlechtere Steuerbarkeit des sedierenden Effekts.

Die Substanz- und Dosisempfehlungen für Benzodiazepine und Antidepressiva gründen sich – mangels Palliative-Care-spezifischer, höhergradiger Evidenz – auf die Richtlinien für den Einsatz bei Erwachsenen und persönliche Erfahrungswerte [34–36]. Letztere spielen vor allem bei Neuroleptika, Antihistaminika oder Betablockern zur Anxiolyse eine grosse Rolle. Deren Verwendung ist in der klinischen Praxis durchaus üblich und richtet sich vor allem gegen bestimmte Symptomkonstellationen, zum Beispiel Neuroleptika bei Angst im Rahmen eines Delirs. Ein experimenteller Ansatz ist die Behandlung von präterminalen Angstzuständen mit dem serotonergen Halluzinogen Psilocybin. In einer Pilotstudie zeigte die Gabe von Psilocybin einen positiven Einfluss auf Angst und Stimmung, der sich auch mehrere Monate später noch nachweisen liess, wobei der Wirkmechanismus aktuell unklar ist [37].

Neben diesen psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten wurde auch die Wirksamkeit von progressiver Muskelrelaxation, einem unspezifischen Entspannungsverfahren, bei präterminalen Angstzustände belegt [38]. Progressive Muskelrelaxation setzt allerdings ein entsprechendes Erlernen und Training voraus.

Psychotherapie in der Palliative Care

In der Präterminalphase rücken Tod und Endlichkeit als existentielle Herausforderungen zunehmend in den Alltag des Patienten und seines Umfelds. Im Bestreben, die psychische Integrität bestmöglich zu wahren, wählen die Betroffenen meist jene Bewältigungsstrategien, die sich in ihrer bisherigen Lebensgeschichte bewährt haben. Durch supportive Gespräche kann der Arzt Hoffnung spenden und Ängste mindern sowie den Trauerprozess der Angehörigen begleiten. Palliative Psychotherapie im engeren Sinne fördert hingegen die individuelle Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod. Dies wün-

Tabelle 4

Frageprotokoll Dignity Therapy (Übersetzung durch die Autoren).

Erzählen Sie mir von Ihrem Leben. Welche Momenten sind Ihnen besonders gut in Erinnerung? Welche Ereignisse waren Ihnen besonders wichtig? Wann haben Sie sich besonders lebendig und voller Leben gefühlt?
Gibt es etwas, was Ihre Familie über Sie wissen sollte? Was sollen Ihre Angehörigen von Ihnen in Erinnerung behalten?
In welchen Lebensbereichen mussten Sie sich besonders bewähren (z.B. Familie, Beruf, gesellschaftliches Engagement)? Was war Ihnen daran so wichtig? Was haben Sie in diesen Bereichen erreicht?
Worin waren Sie besonders erfolgreich? Worauf sind Sie am meisten stolz?
Gibt es etwas, das Sie Ihren Angehörigen mitteilen möchten? Gibt es etwas, wofür Sie sich mit ihnen Zeit nehmen wollen, um es noch einmal zu sagen?
Was hoffen und wünschen Sie sich für Ihre Angehörigen?
Was haben Sie über das Leben gelernt, das Sie weitergeben möchten? Welchen Rat oder welche Worte möchten Sie an Ihren Sohn, Ihre Tochter, Ihren Ehemann, Ihre Ehefrau, Eltern oder andere weitergeben?
Gibt es Ratschläge oder vielleicht sogar konkrete Handlungsanweisungen, die Sie Ihrer Familie mitgeben wollen, um diese auf die Zukunft besser vorzubereiten?
Gibt es noch etwas anderes, das Sie dieser Aufzeichnung hinzufügen wollen?

schen jedoch nicht alle Patienten und ist bei kognitiven Einschränkungen auch gar nicht möglich. Spirituelle und moralische Aspekte sind wichtige Zugangswege für das Schaffen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, dem Hauptwirkfaktor jedweder Psychotherapie [39]. Die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen haben ihre jeweils eigenen Herangehensweisen an leidvolle Gedanken und Emotionen.

In Interviews mit Krebspatienten in fortgeschrittenen Stadien wurden individuelle Beschwerden und Sorgen am Lebensende systematisch erfragt: 55% der Teilnehmer empfanden sich als Belastung für andere, 37% hatten Angst vor Kontrollverlust, 27% verneinten jegliche Interessen, 18% jegliche Hoffnung, und knapp 20% aller Befragten fühlten sich ihrer menschlichen Würde beraubt [40]. Als spezifischer psychotherapeutischer Zugangsweg für die Palliative Care wurde die «Dignity Therapy» entwickelt. Die semi-strukturierten Einzelgespräche (Tab. 4) werden aufgezeichnet, um anschliessend ein zusammenhängendes Narrativ zu verschriftlichen. Positive Bilanzierungsaussagen werden dabei zu einem tröstlichen Resümee zusammengefügt («Trotz allem – mein Leben war gut»). Das Schriftstück dient als Grundlage für den folgenden psychotherapeutischen Prozess und kann den Angehörigen zum Andenken hinterlassen werden [41]. Für die Dignity Therapy konnte gezeigt werden, dass sie die Lebensqualität gegenüber palliativ-medizinischer Standardbehandlung und rein supportiven Gesprächen verbessert [42].

Verwirrheitszustände in der Palliative Care

Die Prävalenz von Verwirrheitszuständen (im Sinne eines Delirs nach ICD-10) wird in Abhängigkeit von Art und Stadium der präterminalen Erkrankung zwischen 20 und 88% angegeben [43]. Damit gehört das Delir zu den häufigsten psychischen Störungen in der Palliative Care. Gemeinsames Merkmal aller deliranten Zustände ist die zwingende Beeinträchtigung von Bewusstsein, Orientierung und Aufmerksamkeit, oft mit fluktuierendem Verlauf [43]. Als Verlaufsformen werden das hyperaktive, das hypoaktive und Mischformen des Delirs unterschied-

den. Aufgrund seiner unscheinbaren Klinik bleibt vor allem das hypoaktive Delir häufig unerkannt oder wird als depressive Verstimmung oder sedierender Medikamenteneffekt fehlinterpretiert. In der Palliative Care ist es jedoch mit einem Anteil von >80% vorherrschend [44]. Aus diesem Grund hat sich der routinemässige Einsatz von Delirscreening-Verfahren wie der Delirium Observatie Screening Schaal (DOS) und der Confusion Assessment Method (CAM) bewährt, die mittlerweile auch auf Deutsch vorliegen [45].

Ausserhalb der Palliative Care ist das Delir stets ein medizinischer Notfall, doch am Lebensende bedarf nicht jeder Verwirrheitszustand zwingend einer Behandlung; von einigen Autoren werden Verwirrheitszustände sogar als physiologischer Bestandteil des Sterbeprozesses interpretiert [46]. Als Massstab für die Einleitung einer Behandlung gelten der mutmassliche Wille des Patienten sowie sein von aussen ersichtlicher Leidensdruck. Häufig ist zunächst eine probatorische Pharmakotherapie sinnvoll, um nach allfälligem Rückgang der kognitiven Störungen weitere Behandlungsoptionen mit dem Patienten zu besprechen. Delirante Symptome können für medizinische Laien unverständlich sein und diffuse Ängste auslösen [47]. Der frühzeitige Einbezug der Angehörigen kann das Leiden am «doppelten Verlust» einer Person verringern, die zunächst ihre geistigen und kommunikativen Fähigkeiten verliert und anschliessend stirbt [43, 48].

Auch in der Palliative Care kann eine Vielzahl von systemischen oder zerebralen Faktoren einen Verwirrheitszustand auslösen oder begünstigen, unter anderem Schmerz, Nebenwirkungen der (medikamentösen) Therapie, Entzugerscheinungen, paraneoplastische Syndrome, Infektionen, Hypoxämie oder Harnverhalt [49]. Diese ursächlichen Faktoren lassen sich jedoch nicht immer wirksam behandeln. Überdies konnte in einer Studie nur bei weniger als 50% der Patienten überhaupt eine eindeutige Ursache identifiziert werden [50]. Trotz der meist multifaktoriellen Genese lohnt sich eine genaue Differenzialdiagnose, da viele Auslösefaktoren vergleichsweise einfach zu beeinflussen sind: Die Korrektur eines Flüssigkeitsmangels oder die vertretbare Dosisreduktion von Opiaten und anderen psychotropen Medikamenten führt meist rasch zum Erfolg [51, 52]. An dieser Stelle

Tabelle 5

Relevante Dokumente zur Palliative Care in der Schweiz (Auswahl).


Titel	Herausgeber
Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015	Bundesamt für Gesundheit
Grundsätze und Richtlinien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung in der Schweiz	Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung
Palliative Care: Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

muss darauf hingewiesen werden, dass vor allem auch der Einsatz von Benzodiazepinen Delirien verursachen oder verstärken kann.

Die symptomatische Behandlung des Delirs erfolgt mit Antipsychotika, wobei selbst für die klinische Standardtherapie mit Haloperidol die vorhandene Evidenz gering ist [53]. Die Empfehlung eines Cochrane Reviews für den spezifischen Fall des präterminalen Delirs stützt sich sogar nur auf eine einzige Studie mit 30 Teilnehmern [54]. Bei hyperaktivem Delir im Rahmen terminaler Krebserkrankung gibt es erste Hinweise auf die Einsetzbarkeit von subkutanem Olanzapin, falls eine Haloperidol-Behandlung erfolglos war [55].

Selbst nach erfolgreicher Behandlung von Verwirrheitssymptomen bleibt die Gesamtprognose der Erkrankung dennoch schlecht, weshalb in der englischsprachigen Literatur vom Delir als «Vorboten des Todes» gesprochen wird [43, 56]. Massnahmen zur Delirprävention in der Palliative Care wurden bislang keiner Wirksamkeitsprüfung unterzogen und orientieren sich an den allgemeinen Empfehlungen zur Vorbeugung postoperativer Verwirrheitszustände wie Verbesserung der Sensorik (Brillen, Hörgeräte), Unterstützung bei räumlicher und zeitlicher Orientierung, Mobilisation und Ausgleich von Dehydratation [57, 58].

Schlussfolgerungen

In den letzten Jahren hat die Palliative Care in der Schweiz unter anderem durch die Nationale Strategie Palliative Care einen bemerkenswerten Aufschwung genommen (Tab. 5 ) . Der Einbezug von Psychiatrie und Psychotherapie kann in der Entwicklung von Konzepten und Methoden zusätzliche Impulse setzen. Wünschenswert ist die Integration palliativen Denkens in das alltägliche ärztliche Handeln in sämtlichen medizinischen Fachgebieten.

Danksagung

Die Autoren danken PD Dr. med. E. Savaskan für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Korrespondenz:

Dr. med. Florian Riese
 Psychiatrisches Universitätsspital
 Minervastrasse 145
 CH-8008 Zürich
[florian.riese\[at\]bli.uzh.ch](mailto:florian.riese[at]bli.uzh.ch)

Literatur

Die vollständige, nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.