



Sibley Rahman

Delir kompakt

Delirmanagement bei akut
neurokognitiv beeinträchtigten
Personen

Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben
von Wolfgang Hasemann

 **hogrefe**

Delir kompakt

Delir kompakt

Shibley Rahman

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

André Fringer, Winterthur, Jürgen Osterbrink, Salzburg; Doris Schaeffer, Bielefeld;
Christine Sowinski, Köln; Angelika Zegelin, Dortmund

Shibley Rahman

Delir kompakt

Delirmanagement bei akut verwirrten Menschen

Aus dem Englischen von
Sabine Umlauf-Beck

Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Wolfgang Hasemann
und redaktionell bearbeitet von Caterina Mosetter

Mit Beiträgen zur deutschsprachigen Ausgabe von
Isabella Glaser
Wolfgang Hasemann
Caterina Mosetter

Mit Geleitworten von Prof. Sharon Inouye und Prof. Alasdair MacLulich
Mit Nachworten von Dr. Daniel Davis und Dr. Amit Arora



Shibley Rahman. Dr. med. Neurowissenschaftler und Mediziner, Cambridge University, UK

Wolfgang Hasemann (dt. Hrsg.). BScN, MScN, Dr. phil, Leiter Basler Demenz-Delirprogramm,
E-Mail: wolfgang.hasemann@felixplatter.ch

Caterina Mosetter (dt. Beiträgerin). BScN, MScN cand, Basler Demenz-Delirprogramm

Isabella Glaser (dt. Beiträgerin). Dr. med., Leitende Ärztin Delir-Unit Universitäre Altersmedizin Felix Platter

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG

Lektorat Pflege

z.Hd. Jürgen Georg

Länggass-Strasse 76

3012 Bern

Schweiz

Tel. +41 31 300 45 00

info@hogrefe.ch

www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Rita Madathipurath, Sandro Bomio, Johanna Hartner

Redaktionelle Bearbeitung: Caterina Mosetter; Martina Kasper

Herstellung: René Tschirren

Umschlagabbildung: Getty Images/RapidEye

Umschlaggestaltung: Claude Borer, Riehen

Illustration/Fotos (Innenteil): Franziska Schönberger, München

Satz: Matthias Lenke, Weimar

Format: PDF

Das vorliegende Buch ist eine Übersetzung aus dem Englischen. Der Originaltitel lautet „Essentials of Delirium“ von Dr. Shibley Rahman. © 2020. Dr. Shibley Rahman, foreword copyright: Prof. Sharon Inouye and Prof. Alasdair MacLulich, afterword copyright Dr. Daniel Davis and Dr. Amit Arora. First published by Jessica Kingsley Publishers, London 2020.

© 2020. Shibley Rahman. First published by Jessica Kingsley Publ., London 2020.

1. Auflage 2024

© 2024 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96160-6)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76160-2)

ISBN 978-3-456-86160-9

<https://doi.org/10.1024/86160-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Vorwort | 11 |
| Geleitwort zur deutschsprachigen Auflage | 15 |
| <i>Dr. phil. Wolfgang Hasemann</i> | |
| Geleitwort | 17 |
| <i>Prof. Sharon Inouye</i> | |
| Geleitwort | 19 |
| <i>Prof. Alasdair MacLulich</i> | |
| 1 Bedeutung von Delirien in der Gesundheitsversorgung | 21 |
| 1.1 Warum haben Delirien eine solche Bedeutung? | 22 |
| 1.2 Hospitalisierung | 25 |
| 1.3 Ein Delir erkennen | 25 |
| 1.3.1 Individuelle Reaktionen von Betroffenen | 27 |
| 1.3.2 Definition, Merkmale und Verlauf des Delirs | 28 |
| 1.4 Diagnosedefinierende Klassifikationssysteme | 29 |
| 1.5 Häufige Formen des Delirs | 31 |
| 1.5.1 Delirsubtypen | 33 |
| 1.5.2 Subsyndromales Delir | 34 |
| 1.5.3 Aufwachdelir | 35 |
| 1.5.4 Erregungssturm | 35 |
| 1.5.5 Persistierendes Delir | 37 |
| 1.5.6 Pädiatrisches Delir | 37 |
| 1.5.7 Postoperative Delirien und kognitive Störungen | 38 |
| 1.6 Unterschiede zwischen Delir und Demenz | 38 |
| 1.6.1 Beziehung zwischen Delir und Demenz | 39 |
| 1.6.2 Delir bei Demenz | 41 |

| | | |
|----------|----------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.7 | Differenzialdiagnosen | 42 |
| 1.8 | Bedeutung einer frühzeitigen Detektion | 44 |
| 1.9 | Theorien zu pathophysiologischen Veränderungen | 45 |
| 1.9.1 | Störungen im Netzwerk | 46 |
| 1.9.2 | Genetische Faktoren | 47 |
| 1.9.3 | Die Beziehung zwischen Delir und Stress | 47 |
| 1.9.4 | Delir als Stresssyndrom | 48 |
| 1.9.5 | Das Delir als Frailty-Syndrom | 49 |
| 1.9.6 | Hypothese des Versagens der Systemintegration | 50 |
| 1.10 | Delir in verschiedenen Versorgungssettings | 51 |
| 1.11 | Mögliche Ursachen für ein Delir | 52 |
| 1.11.1 | Infektionen als delirauslösende Faktoren | 52 |
| 1.11.2 | Kognitive Störungen als prädisponierende Faktoren | 54 |
| 1.12 | Negative Gesundheitsoutcomes von Delirien | 55 |
| 2 | Maßnahmen zur Diagnose eines Delirs | 57 |
| 2.1 | Delir-Screening und personenzentrierte Versorgung | 58 |
| 2.2 | Screening-Tools: CAM, SQiD und 4AT | 60 |
| 2.2.1 | Delir-Screenings in der Notaufnahme | 67 |
| 2.2.2 | Screening-Tools auf Intensivstationen | 68 |
| 2.3 | Frühzeitige Diagnose und multidisziplinäres Team | 69 |
| 2.4 | Potenzielle Probleme, Prädisposition und Auslöser | 71 |
| 2.5 | Anamnese und Untersuchung | 76 |
| 2.5.1 | Entwicklung eines Delirs | 77 |
| 2.5.2 | Beurteilung der Patient*innen | 78 |
| 2.5.3 | Zwei wichtige klinische Aspekte | 81 |
| 2.5.4 | Labortechnische und bildgebende Diagnostik | 82 |
| 2.5.5 | Mögliche Auswirkungen diagnostischer Fehler | 85 |
| 3 | Risikominderung und Prävention | 87 |
| 3.1 | Weitergehende Überlegungen | 88 |
| 3.2 | Präventives und risikoreduzierendes Vorgehen | 89 |
| 3.2.1 | Was ist zu tun? | 90 |
| 3.2.2 | Mängel in der Versorgung von Patient*innen mit Delir | 91 |
| 3.2.3 | „Vorbeugen ist besser als heilen“ | 92 |
| 3.2.4 | Gesundheitsinformationen | 94 |
| 3.2.5 | Motivation | 94 |
| 3.3 | Delirprävention: Abschätzung und Risikobeurteilung | 95 |

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.3.1 | Abschätzung des Delirrisikos | 95 |
| 3.3.2 | Beurteilung von Risikofaktoren | 96 |
| 3.4 | Einführung von Vorhersagemodellen | 97 |
| 3.4.1 | Das PRE-DELIRIC-Modell | 97 |
| 3.4.2 | Das Delirvorhersagemodell von Inouye und Charpentier | 98 |
| 3.5 | Nicht-pharmakologische und pharmakologische Ansätze | 98 |
| 3.5.1 | Multimodale Interventionen | 99 |
| 3.5.2 | Hospital Elder Life Program (HELP) | 101 |
| 3.5.3 | Fam-HELP | 101 |
| 3.5.4 | ABCDEF-Bündel | 102 |
| 3.5.5 | Pharmakologische Maßnahmen und Wechselwirkungen mit Neurotransmittern | 102 |
| 3.5.6 | Gehirnreserve und kognitive Reserve | 104 |
| 3.5.7 | Vermeidung postoperativer kognitiver Störungen | 104 |
| 4 | Personzentrierte Versorgung von Patient*innen mit Delir | 107 |
| 4.1 | Stereotypen | 109 |
| 4.2 | Kulturwandel | 110 |
| 4.3 | Bedeutung im Rahmen von Delir | 111 |
| 4.4 | Personzentriertheit und Personsein | 112 |
| 4.5 | Vom krankheitsspezifischen zum personzentrierten Ansatz | 113 |
| 4.6 | Personzentrierte Pflege | 114 |
| 4.7 | Ein Umfeld ganzheitlicher Betreuung und Versorgung | 115 |
| 4.8 | Spezifische Versorgungsaspekte | 116 |
| 4.9 | „John’s Campaign“ und erweiterte Besuchsrechte | 118 |
| 4.10 | Linderung von Symptomen | 119 |
| 4.11 | Polypharmazie | 121 |
| 4.12 | Fixierungen | 122 |
| 4.13 | Familienzentrierte Patient*innenversorgung | 122 |
| 4.14 | Die Bedeutung von Beziehungen | 123 |
| 4.15 | Spezifische Delirstationen oder Delirzimmer | 124 |
| 4.16 | Die Individualität der Person mit Delir | 124 |
| 4.17 | Die Einführung einer personzentrierten Kultur | 125 |
| 5 | Delirspezifische Kommunikation | 127 |
| 5.1 | Kommunikation mit Patient*innen | 128 |
| 5.2 | Die Bedeutung effektiver Kommunikation | 130 |
| 5.3 | Formen der Kommunikation | 131 |
| 5.4 | Komponenten nonverbaler Kommunikation | 131 |

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.5 | Kommunikationsprobleme und Strategien | 132 |
| 5.5.1 | Unsinnige Sprachinhalte | 133 |
| 5.5.2 | Vermittlung und Erhalt von Informationen | 133 |
| 5.5.3 | Angepasste Verhaltensstrategien | 134 |
| 5.5.4 | Beeinträchtigte Hör- und Sehfähigkeit | 136 |
| 5.6 | Biografiearbeit | 136 |
| 5.7 | Agitation | 137 |
| 5.8 | Weitergabe der Diagnose Delir an Hausärzt*innen | 138 |
| 6 | Gesundheit und Wohlbefinden bei einem Delir | 141 |
| 6.1 | Schlaf | 142 |
| 6.2 | Ernährung und Flüssigkeitszufuhr | 143 |
| 6.3 | Mobilisation und Sozialisation | 143 |
| 6.4 | Überprüfung der Medikamente | 145 |
| 6.5 | Regulierung der Blasen- und Darmfunktion | 146 |
| 6.6 | Ergänzende Sauerstoffgabe | 147 |
| 6.7 | Vermeidung von Komplikationen | 147 |
| 6.7.1 | Probleme bei Ernährung und Flüssigkeitszufuhr | 147 |
| 6.7.2 | Polypharmazie | 148 |
| 6.7.3 | Stürze | 149 |
| 6.7.4 | Dekonditionierung | 150 |
| 6.7.5 | Symptome von Mangelernährung und Dehydratation | 152 |
| 6.7.6 | Erkennen und Behandeln von Schmerzen | 153 |
| 6.7.7 | Erscheinungsbild und Körperpflege | 154 |
| 6.7.8 | Fürsorge für belastete Angehörige | 154 |
| 6.7.9 | Physiotherapie auf Intensivstationen | 155 |
| 7 | Therapeutische Interventionen bei einem Delir | 157 |
| 7.1 | Modell zur Versorgung bei Delir | 159 |
| 7.2 | Delirmanagement: Möglichkeiten, Versorgungsumgebung und Kriterien | 160 |
| 7.3 | Schlaf-Wach-Rhythmus | 163 |
| 7.4 | Multimodale, nicht-pharmakologische Interventionen | 164 |
| 7.5 | Pharmakologische Interventionen | 168 |
| 8 | Outcomes nach einem Delir | 177 |
| 8.1 | Situation in Krankenhäusern der Akutversorgung | 178 |
| 8.2 | Individuelle Fähigkeiten und physische Umgebung | 178 |

| | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------|------------|
| 8.3 | Planung der Betreuung und Versorgung | 179 |
| 8.4 | Die Rolle von betreuenden Angehörigen | 180 |
| 8.5 | Outcomes eines postoperativen Delirs | 181 |
| 8.6 | Outcomes einer Delirepisode | 181 |
| 8.7 | Stürze | 182 |
| 8.8 | Längerer Krankenhausaufenthalt | 183 |
| 8.9 | Subsyndromales Delir | 183 |
| 8.10 | Kognitive Störungen | 184 |
| 8.11 | Neuropsychiatrische Symptome im Kontext von Intensivstationen | 184 |
| 8.12 | Überführung in eine Pflegeeinrichtung | 185 |
| 8.13 | Körperliche und kognitive Beeinträchtigung | 186 |
| 8.14 | Rückkehr in das häusliche Umfeld | 187 |
| 8.15 | Post-Intensive-Care-Syndrom | 188 |
| 8.16 | Erneute Krankenseinweisung | 189 |
| 8.17 | Erhöhte Sterblichkeit | 190 |
| 9 | Delirerfahrungen von Patient*innen und Angehörigen | 193 |
| 9.1 | Expert*innen aus Erfahrung | 195 |
| 9.2 | Die Bedeutung von Geschichten | 196 |
| 9.3 | Belastung für betreuende Angehörige | 198 |
| 9.4 | Ursachen für Leid bei einem Delir | 199 |
| 9.5 | Negative Emotionen | 200 |
| 9.6 | Delirerfahrungen auf der Intensivstation | 201 |
| 9.7 | Ein persönlicher Erfahrungsbericht | 202 |
| | <i>Mark Hudson</i> | |
| 10 | Delir in der Palliativversorgung | 205 |
| 10.1 | Was bedeutet Palliativversorgung? | 207 |
| 10.2 | Delir im Kontext der Palliativversorgung | 207 |
| 10.3 | Delirforschung in der Palliativversorgung | 209 |
| 10.4 | Delirdiagnose in der Palliativversorgung | 209 |
| 10.5 | Delirmanagement in der Palliativversorgung | 211 |
| 10.6 | Das Sprechen über das Sterben | 212 |
| 10.7 | Irreversibles und reversibles Delir | 213 |
| 10.8 | Palliative Sedierung | 213 |
| 10.9 | Delir und Agitation | 214 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| 11 Delir – eine traumatische Situation für Angehörige | 215 |
| <i>Caterina Mosetter</i> | |
| 11.1 Relevanz und Ziel | 216 |
| 11.2 Theoretischer Rahmen | 217 |
| 11.2.1 Definitionen | 217 |
| 11.2.2 Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung | 218 |
| 11.2.3 Methoden | 220 |
| 11.2.4 Expert*inneninterviews | 220 |
| 11.3 Resultate | 221 |
| 11.4 Zusammenfassung der Expert*inneninterviews | 230 |
| 11.4.1 Interview mit Prof. Dr. phil. habil. Rosmarie Barwinski | 230 |
| 11.4.2 Interview mit Dr. phil. Wolfgang Hasemann | 234 |
| 11.5 Diskussion | 237 |
| 11.6 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen | 244 |
| 12 Das Basler Demenz-Delir-Programm | 247 |
| <i>Wolfgang Hasemann</i> | |
| 12.1 Projekt Delirium: Erste Schritte und Etablierung | 248 |
| 12.2 Das neue Projekt Demenz-Delir | 250 |
| 12.3 Outcomes APN-geleiteter Bereiche | 251 |
| 12.4 epa Abklärungserfordernis VDD | 256 |
| 12.5 Delirmanagement in der Langzeitpflege | 258 |
| 12.6 Das Basler-Demenz-Delirprogramm goes Felix Platter | 259 |
| 13 DelirUnit – eine Spezialabteilung | 261 |
| <i>Wolfgang Hasemann und Isabella Glaser</i> | |
| 13.1 Besondere Ausstattung der DelirUnit | 265 |
| 13.2 Reizreduktion – Wie gelingt das? | 268 |
| 13.3 Outcomes | 269 |
| Herausgeber*innen und Autor*innen | 271 |
| Literatur | 273 |
| Nachwort Prof. Daniel Davis | 313 |
| Nachwort Dr. Amit Arora | 315 |
| Sachwortverzeichnis | 317 |

Vorwort

Rein persönliche Gründe haben mich dazu bewegt, dieses Buch zu schreiben. Es geht darin nicht um die Behandlung einer Krankheit, sondern um die Betreuung und Versorgung eines Menschen. Das ist eine Herausforderung, doch der Lohn dafür möglicherweise immens.

Was auch immer Sie über die kognitive Neuropsychologie denken – ob sie auf der Modularität des Geistes oder auf verteilten neuronalen Netzwerken basiert – das Delir nimmt eine Sonderstellung ein.

Wie ich aus eigener Erfahrung weiß, ist es äußerst schockierend, einen geliebten Menschen immer wieder in ein Delir rutschen zu sehen. Es gab eine Zeit, in der die Einstellung, so etwas sei bei älteren Personen normal, als legitime Reaktion auf ein Delir galt. Doch hat sich das glücklicherweise geändert.

Delirien verursachen erhebliches emotionales Leid und Disstress bei Angehörigen und Freund*innen und sind auch für das Personal belastend. Zudem kann es dazu führen, dass die Person nach einem Krankenhausaufenthalt nie wieder nach Hause kann, sondern in einem Pflegeheim untergebracht werden muss. Eventuell kommt es auch zu einer beschleunigten Verschlechterung kognitiver Funktionen.

Delirien haben enorme finanzielle Auswirkungen, auch wenn diese für Großbritannien bisher nicht genau berechnet wurden. Dazu zählen auch indirekte Kosten und sogenannte Opportunitätskosten.

Es ist ziemlich erstaunlich, dass Ärzt*innen auf ihrer Visite nicht beunruhigt zu sein scheinen, wenn sie um elf Uhr morgens auf einer geschäftigen und lauten Station in einem Zimmer mit weit geöffneten Vorhängen eine*n tief schlafende*n und nur schwer erweckbare*n Patient*in/en vorfinden. Angehörige, die hart dafür gekämpft haben, während der Visite auf der Station bleiben zu dürfen, können Ärzt*innen vielleicht tatsächlich nicht erklären, was diese schnelle Veränderung in der Persönlichkeit und im Verhalten verursacht hat oder wann dieser Horror endlich vorbei sein wird.

Delirien können überall auftreten: in einem Krankenhaus, in einer Pflegeeinrichtung oder zu Hause. Dieses Buch behandelt verschiedene Aspekte, die im Kontext der Versorgung und Betreuung von Patient*innen mit diesem Krankheitsbild wichtig sind.

In Kapitel 1 „Bedeutung von Delirien in der Gesundheitsversorgung“ geht es darum, ein Bewusstsein für das Thema Delir zu schaffen. Es ist notwendig, dass alle, die besonders gefährdete Personen (z. B. Menschen mit Demenz) versorgen und betreuen, wissen, was ein Delir ist.

Kapitel 2 „Maßnahmen zur Diagnose eines Delirs“ stellt heraus, wie wichtig es ist, ein Delir zu diagnostizieren und adäquat zu behandeln.

Kapitel 3 „Risikominderung und Prävention“ beschäftigt sich damit, wie das Risiko, nach einem Delir eine Demenz zu entwickeln, verringert werden kann, da einige Personen dafür besonders gefährdet sind.

Kapitel 4 „Personzentrierte Versorgung von Patient*innen mit Delir“ stellt in den Mittelpunkt, wie wichtig gerade im Kontext des Delirs eine an der Person orientierte Versorgung und Betreuung ist. Während eines Delirs verlässt die Person vorübergehend ihr normales Leben. Es erscheint so, als wenn ihre Persönlichkeit außer Kraft gesetzt worden wäre. Doch sollten wir über die erheblichen Auswirkungen dieser Außerkraftsetzung der eigenen Identität als Person nachdenken. Folgen wir dem Argument einer fehlenden Identität, so würden wir die Person ihrer Würde und ihres Anspruchs auf Menschenrechte berauben. Es ist schockierend, dass dem Aspekt, wie man die Bedingungen für eine personenzentrierte Pflege optimieren kann, bisher relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, doch sollte dies Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgungsqualität sein.

Kapitel 5 „Delirspezifische Kommunikation“ behandelt die Kommunikation, Interaktion und das Verhalten bei der Versorgung von Patient*innen mit einem Delir. Kommunikation ist nicht nur zwischen der Person mit Delir und den sie betreuenden Personen unerlässlich, sondern auch zwischen sämtlichen Mitgliedern eines interprofessionellen Teams. Nur so kann Teamarbeit effektiv sein.

In Kapitel 6 „Gesundheit und Wohlbefinden bei einem Delir“ geht es darum, dass auch dann, wenn die Person dies selbst nicht mitteilen kann, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden gefördert werden müssen – beispielsweise durch eine frühzeitige Mobilisation und eine adäquate Ernährung und Flüssigkeitszufuhr.

Kapitel 7 „Therapeutische Interventionen bei einem Delir“ erläutert, welche verschiedenen pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Interventionen das Management eines Delirs umfasst.

Kapitel 8 „Outcomes nach einem Delir“ zeigt auf, dass wir die neurowissenschaftlichen Ursachen eines Delirs immer noch nicht wirklich verstehen und dass

die Gesundheitsergebnisse von Patient*innen, die ein Delir durchgemacht haben, ganz unterschiedlich sein können. Aus der Perspektive der Patient*innensicherheit ist es daher moralisch und rechtlich geboten, das Delir schnell zu erkennen und zu behandeln.

In Kapitel 9 „Delirerfahrungen von Patient*innen und Angehörigen“ werden Erfahrungen von Personen, die ein Delir erlebt haben, beschrieben. Eine Delir-episode kann langfristige psychische Auswirkungen haben, weshalb es wichtig ist, die Geschichten von Betroffenen zu erzählen.

In Kapitel 10 „Delir in der Palliativversorgung“ wird erläutert, welche Möglichkeiten einer palliativen und terminalen Versorgung für Patient*innen mit einem Delir zur Verfügung stehen.

In Kapitel 11 „Delir – eine traumatische Situation für Angehörige?“ beschreibt Caterina Mosetter das Erleben von Delirien seitens der Angehörigen.

In Kapitel 12 „Das Basler Demenz-Delir-Programm“ beschreibt Wolfgang Hasemann die Entwicklungsphasen des gleichnamigen evidenzbasierten Delirmanagementprogramms.

In Kapitel 13 „DelirUnit - eine Spezialabteilung“ stellen Wolfgang Hasemann und Isabella Glaser das Konzept einer interprofessionell geführten akutergeriatrischen Spezialstation für Menschen mit Delir vor.

Delir – ein wichtiges Thema

Das Auftreten von Delirien ist ein erhebliches und bisher ungelöstes Problem in modernen Krankenhäusern der Akutversorgung. Da die Bevölkerung zunehmend altert, werden Delirien immer häufiger auftreten. Aufklärung, Schulung und eine Verbesserung der Qualität insgesamt sind effektive Maßnahmen, um die Versorgung von Patient*innen mit einem Delir zu verbessern.

Drei wichtige Punkte dabei sind:

1. ein Teammitglied zu bestimmen (z. B. eine/n Ärztin/Arzt oder eine Pflegeperson mit spezifischen Kompetenzen in der Versorgung älterer Menschen), das die Verantwortung für die Schulung des Personals und die Versorgung von Patient*innen mit Delir übernimmt.
2. die Raten zu erfassen, in denen ein Delir erkannt wurde.
3. die Versorgung von Patient*innen mit Delir in die Unternehmenskultur und in das Qualitätsmanagement zu integrieren.

Ein multidisziplinärer Ansatz ermöglicht eine qualitativ hochwertige Versorgungsqualität und verbessert die Patient*innenoutcomes. Wichtige Elemente beim Management eines Delirs sind die Abkehr von der Zufälligkeit in der Patient*innen-

versorgung, die Einbindung von Angehörigen und die Anpassung der Umgebung. Festzustellen, dass eine einzelne Delirepisode erhebliche Auswirkungen haben kann, war für mich eine bittere, aber notwendige Erfahrung.

Ein Wort der Erklärung

In diesem Buch werden einige Themen zwar wiederholt behandelt, aber in den einzelnen Kapiteln unterschiedlich diskutiert. Dies ist gewollt, um wichtige und bisher oftmals unbeachtete Aspekte von verschiedenen Seiten zu beleuchten. Jedoch sollten die Inhalte in diesem Buch nicht als Ratschläge in beruflicher, rechtlicher oder medizinischer Hinsicht verstanden werden.

Ein Wort des Dankes

Ich danke Professor Alasdair MacLulich (Edinburgh) und Professor Sharon Inouye (Harvard) für ihre Geleitworte sowie Dr. Daniel Davis (London) und Dr. Amit Arora (Stoke-on-Trent) für ihre Nachworte. Mein besonderer Dank gilt zudem Mark Hudson für seinen Bericht über seine persönlichen Delirerfahrungen (Kap. 9). Des Weiteren danke ich den Organisator*innen der Konferenz des Royal College of Physicians of Edinburgh/European Delirium Association, die 2019 zum Thema Delir in Edinburgh stattfand, für die einzigartige Gelegenheit zu anregenden und konstruktiven Gesprächen. Sie haben den Inhalt und die Form dieses Buches erheblich beeinflusst.

Zu guter Letzt danke ich meiner Mutter dafür, dass sie mir all die wirklich wichtigen Dinge über das Delir beigebracht hat. Ich werde ihr immer dankbar dafür sein.

Dr. Shibley Rahman PhD (Cantab) MRCP (UK) LLM MBA

Widmung

Für meine Mutter

Geleitwort zur deutschsprachigen Auflage

Dr. phil. Wolfgang Hasemann

„Essentials of delirium“ ist ein Buch, dessen Veröffentlichung ich nicht abwarten konnte und ich liess mich auf eine Warteliste setzen, bis es schliesslich erschien. Es ist anders als die vielen Bücher über Delir, von denen ich selbst bislang zwei herausgegeben habe. Dies ist mein Drittes. Es stellt den Menschen, der an einer Krankheit leidet und nicht die Krankheit selbst in den Mittelpunkt. Ich war fasziniert von den Kapiteln über den Umgang mit Menschen mit Delir, die in anderen Publikationen meist nur einen Nebensatz wert waren. Am 3. November 2022 traf ich Shibley Rahman per Zufall beim Frühstück in Milano. Es war die erste physisch präsente Jahrestagung der European Delirium Association nach langen 2 Jahren der coronabedingten Videokonferenzen. Und so erfuhr ich auch von seiner persönlichen Geschichte, die er mit dem Thema Delir verbindet. Diese Perspektive ist spannend, weil sie den persönlichen Zugang zum Thema Delir eröffnet. Ich selbst begann über das Thema Traumatisierung im Kontext von Delir nachzudenken, als wir 2018 die Filmaufnahmen zur Sendung „Puls“ mit dem Schweizer Fernsehen machten und Patient*innen eindrucksvoll von ihren Erlebnissen und Leidensgeschichten in diesem Zusammenhang berichteten. Über meine Kollegin und Forschungsassistentin, Caterina Mosetter, lernte ich die Perspektive der Angehörigen von Menschen mit einem Delir kennen, für deren Bachelor-Arbeit ich als Experte interviewt wurde. Wenn Sie die englische Originalausgabe mit der deutschen Ausgabe vergleichen, werden Sie deutliche Unterschiede feststellen. Es war mir an vielen Stellen wichtig, die Aussagen mit den dazugehörigen Quellen zu referenzieren. Nicht zuletzt soll dieses Buch Studierenden der Höheren Fachschulen, der Pflegewissenschaften und der Medizin als ein zitierbares Standardwerk zum Thema Delir dienen. Es ist dennoch in einfacher Sprache geschrieben, so dass auch interessierte Laienpersonen die Ausführungen nachvollziehen können. Des

Weiteren kamen so viele neue Studien und Reviews seit der Veröffentlichung heraus, die es galt, zu integrieren. Da das Original im UK-Kontext entstand, haben wir Kapitel, die für den deutschsprachigen Raum weniger relevant sind, durch eigene ersetzt. Dazu zählen das Kapitel „Law ethics and safeguarding in delirium care“ welches wir nicht aufgenommen haben, da es auf die gesetzlichen Grundlagen in Grossbritannien ausgerichtet war. Lesende, die an gesetzlichen Grundlagen und Auslegungen zu den Themen Gefahrenvermeidung, Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Schweiz und Deutschland interessiert sind, sei die Lektüre des Kapitels „rechtliche Grundlagen“ in Tschinke et al. (2021, S. 207–238) empfohlen. Des weiteren haben wir die Kapitel „Quality improvement and evidence-based medicine“ und „Educational initiatives“ zugunsten des Kapitels von Caterina Mosetter „Delir – eine traumatische Situation für Angehörige?“ ersetzt. Für mich persönlich rundet dieses Buch eine zwanzigjährige Entwicklung und Ausbreitung des Basler Demenz-Delir-Programms ab, bei der ich sehr viele Unterstützer von Anbeginn hatte. Massgeblich war es das Institut für Pflegewissenschaft der Universität in Basel, Prof. Dr. Sabina De Geest, Prof. Dr. Annemarie Kesselring und Prof. Dr. Rebecca Spirig, die mich in meinen Anfängen begleiteten. Prof. Dr. Sharon Inouye gab mir die Erlaubnis, ihre entwickelte Confusion Assessment Method zu übersetzen und Prof. Andreas Monsch lehrte mich die Prinzipien kognitiven Screenings, Prof. Koen Milisen unterstützte uns in unseren ersten wackligen Schritten und Prof. Marieke Schuurmanns erlaubte uns die Benutzung der Delirium Observation Screening Scale. Während meines Doktorats kamen Prof. Dr. med. Reto Kressig, Prof. Dr. Debbie Tolson und Prof. Jon Godwin hinzu. Die vielen anderen Begleiter*innen und Weggefährt*innen, denen ich herzlich danke, sind in den Referenzen von Kapitel 12 erwähnt.

Basel im Frühjahr 2023

Geleitwort

Prof. Sharon Inouye

Delir, eine akute Störung der Aufmerksamkeit und der Kognition, ist ein lebensbedrohliches und potenziell vermeidbares klinisches Syndrom, das oftmals ältere Menschen betrifft. Häufig tritt es bei einer akuten Krankheit, nach einer Operation oder während eines Krankenhausaufenthalts auf und führt zu einer Kaskade von Ereignissen, die in erhöhter Morbidität und Mortalität, dem Verlust von Unabhängigkeit, der Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung, einer enormen Belastung für Betreuungspersonen und hohen Gesundheitskosten kulminiert. Es ist wissenschaftlich zunehmend belegt, dass Delirien mit langfristigen kognitiven Defiziten sowie einer beschleunigten Entwicklung von Demenzen assoziiert sind. In den USA sind pro Jahr etwa 2,6 Millionen ältere Menschen von einem Delir betroffen, was mit Gesundheitskosten von etwa 164 Milliarden US-Dollar verbunden ist. In der Europäischen Union wird über vergleichbare Zahlen berichtet. Schätzungen zufolge liegen in 18 europäischen Ländern die Kosten für das Delir zusammen bei ca. 182 Milliarden US-Dollar pro Jahr.

Da sich das Delir negativ und möglicherweise bleibend auf die Funktionsfähigkeit und die Lebensqualität auswirkt, hat es erhebliche Folgen für die/den Einzelne*n, die Familie, die Gesellschaft und das jeweilige Gesundheitssystem. Es erfüllt eindeutig die Definitionskriterien eines medizinischen Problems, das die öffentliche Gesundheit betrifft (World Health Organisation, 2007). Diese sind:

(1) Es verursacht eine hohe Krankheitslast; (2) bestimmte Bevölkerungsgruppen wie ältere, vulnerable und chronisch kranke Erwachsene sind überproportional betroffen; (3) es neigt zum epidemischen Auftreten, der „stillen Epidemie“ eines unerkannten Delirs, und (4) effektive Präventionsstrategien (z. B. das Hospital Elder Life Program, HELP) sind belegt. Mittlerweile klären groß angelegte öffentliche Kampagnen wie die der Global Brain Health Initiative (American Association of Retired Persons) und der Bewegung Age-Friendly Hospital (Institute for Health-

care Improvement) über das Thema Delir auf. Wichtige Informationen liefert zudem der Artikel „International drive to illuminate delirium: A developing public health blueprint for action“ in *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*.

Das vorliegende Buch von Dr. Shibley Rahman, das sich an Beschäftigte im Gesundheitswesen, an Familien, Betreuungspersonen und an alle anderen Interessierten richtet, ergänzt die bisherige Fachliteratur zum Delir in einzigartiger und unerlässlicher Art und Weise. Es entspringt den persönlichen Erfahrungen von Dr. Rahman, der seine an Demenz leidende Mutter betreut und etliche Delirepisoden miterlebt hat. Die Liebe zu seiner Mutter hat zu diesem Buch geführt, um Betreuende über dieses wichtige Thema zu informieren und sein Wissen und seine Erfahrungen mit anderen zu teilen. Dr. Rahmans Hingabe an dieses Thema und seine Fürsorge für andere sind auf jeder Seite erkennbar. Hier handelt es sich um einen fundiert erforschten und umfassenden Leitfaden zum Delir, der die direkte Betreuung von Patient*innen in den Mittelpunkt stellt. Er dient dem Kampf gegen Delirien, da Wissen unsere wichtigste Waffe ist. Delirien sind ein häufig auftretendes, ernsthaftes und sich verheerend auswirkendes Problem, welche das Leben von Millionen Familien weltweit berührt. Lesen Sie weiter, da Dr. Rahman uns wertvolles und hilfreiches Wissen vermittelt.

Geleitwort

Prof. Alasdair MacLulich

Delir ist im modernen klinischen Alltag in vielerlei Hinsicht ein merkwürdiges Krankheitsbild. Es ist seit Jahrtausenden bekannt, tritt bei etwa jede*r/m sechsten Patient*in/en im Krankenhaus auf und verursacht bei den Betroffenen und ihren Angehörigen erhebliches Leid. Dr. Rahmans Buch, das auf seinen eigenen Erfahrungen als Betreuungsperson seiner von einem Delir betroffenen Mutter basiert, veranschaulicht dies überzeugend.

Doch verursacht das Delir nicht nur Leid, sondern Studien zufolge auch andere schlechte Outcomes und immense wirtschaftliche Kosten. Und trotzdem wird es in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung immer noch nicht diagnostiziert mit der Folge, dass die meisten Patient*innen mit Delir nur schlecht oder ungenügend behandelt werden. Evidenzbasierte Methoden zur Verringerung des Delirrisikos bei Krankenhauspatient*innen, die hauptsächlich auf der Vermeidung iatrogenen Schäden wie einer Dehydratation basieren, werden immer noch nicht umgesetzt. Zudem wird die Familie meistens nicht über die Diagnose aufgeklärt, was erheblich zu dem Stress beiträgt, den der delirante Zustand ihres Angehörigen bei ihnen verursacht.

Die Zahl der Forschungsarbeiten zum Delir ist in den letzten Jahren rasant gestiegen, liegt aber immer noch im unverhältnismäßig niedrigen Bereich. Beispielsweise zeigen die 2019 veröffentlichten Delirleitlinien des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), dass nur drei randomisierte kontrollierte Studien zur systematischen multimodalen Behandlung des Delirs durchgeführt wurden. Diese Therapieform ist der Hauptpfeiler des Delirmanagements in der klinischen Praxis.

Weiterhin ist auffällig, dass das Personal in Krankenhäusern der Akutversorgung im Umgang mit Patient*innen mit Delir schlecht geschult ist, obwohl es tagtäglich mit solchen Patient*innen zu tun hat. Hauptursache hierfür ist, dass das Delir im Studium, sowie in der Aus- und Weiterbildung besorgniserregend wenig behandelt

wird. Neuere Studien zeigen, dass das Bildungsangebot über Delir für Studierende und Auszubildende oftmals gar nicht oder nur gering vorhanden ist.

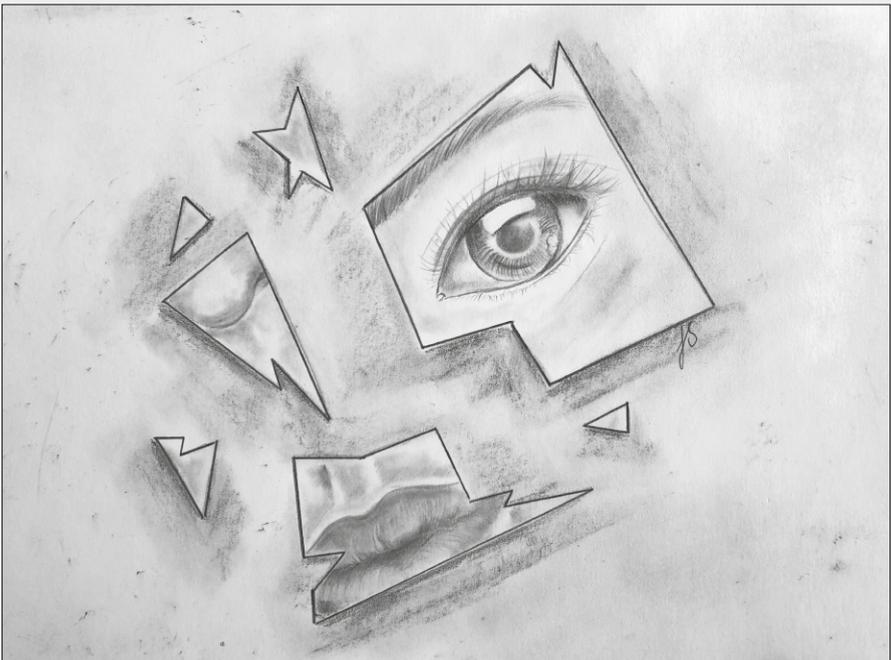
Jedoch ist das markanteste Kennzeichen dieser merkwürdigen Stellung des Delirs vielleicht, dass Bücher zu diesem Thema selten sind bzw. dass bisher nur wenige veröffentlicht wurden. Ganz wesentlich wird die Aufklärung über Delir dadurch behindert, dass Übersichtsartikel relativ unzugänglich und nicht so umfassend und detailliert sind wie ein Buch. Daher liefert dieses Buch einen einzigartigen Beitrag zu diesem Thema und füllt eine große Lücke. Seine kompromisslose Gewichtung der Erfahrungen von Patient*innen ist äußerst willkommen. Außerdem gibt es einen allgemeinen Überblick über die Betreuung und Versorgung von Patient*innen mit Delir im Krankenhaus und über die notwendigen Fortschritte auf organisatorischer, schulischer und politischer Ebene, die erzielt werden müssen, um die Gesundheitsergebnisse für Patient*innen mit Delir zu verbessern. Alle, die an vorderster Front in der Gesundheitsversorgung arbeiten, aber auch Entscheidungsträger*innen und andere, die nach einem gut lesbaren, verständlichen und praxisorientierten Bericht über Delirien suchen, sollten dieses Buch als Einführung in das Thema unbedingt lesen.

Weiterführende Literatur

Health Improvement Scotland. (2019). *Sign 157: risk reduction and management of delirium. A national clinical guideline*. Retrieved November 28, 2019 from <https://www.sign.ac.uk/media/1423/sign157.pdf>

1

Bedeutung von Delirien in der Gesundheitsversorgung



Kapitelüberblick

In diesem Kapitel erhalten Sie einen Überblick darüber, wie wichtig es ist, Delirien zu erkennen. Angesprochen werden dafür die Themen Klassifikationssysteme, Delirformen und ihre Merkmale, die Unterscheidung zwischen Demenz und Delir, Differenzialdiagnosen und mögliche Ursachen. Weiterhin wird anhand von Hypothesen der Frage nachgegangen, ob die verschiedenen Delirformen eine zentrale Pathologie aufweisen.

1.1

Warum haben Delirien eine solche Bedeutung?

Delir ist ein schwerwiegendes neuropsychiatrisches Syndrom, welches keine eigenständige Krankheitsentität darstellt (Baumgartner & Hafner, 2017), das häufig bei älteren Menschen im Krankenhaus auftritt und zwischen 9–32% dieser Patient*innenpopulation betrifft (Koirala et al., 2020). Neuere Studien zeigen eine Prävalenz von 10–31% bei der stationären Aufnahme von Patient*innen (Siddiqi et al., 2006) sowie zwischen 8–17% bei der Präsentation in Notfallzentren (Hshieh et al., 2020) und eine Inzidenz von 11–29% während des Klinikaufenthalts auf medizinischen Abteilungen, von 11–51% auf chirurgischen Abteilungen sowie von 19–82% auf Intensivstationen (Hshieh et al., 2020).

Das Phänomen des Delirs ist schon seit Hippokrates v. Kos (ca. 460–377 v. Chr.) bekannt. Er unterschied bereits zwischen einer psychischen Störung mit Agitiertheit (der Phrenitis) von der mit einer Somnolenz (Lethargus) (Hippocrates, 1837). Trotzdem ist zahlreich belegt, dass es oftmals nicht erkannt wird und innerhalb der heutigen Gesundheitsversorgung weltweit ein Problem für viele ältere Menschen darstellt. Der Begriff „Delir“ wurde von Arathäus (1. Jh v. Chr) geprägt, um psychische Erkrankungen zu beschreiben (Wetterling & Lanfermann, 2002). Er entstammt dem Lateinischen „de lira ire“ und bedeutet „aus der Spur geraten“.

Zehn verschiedene medizinische Fachgesellschaften haben 2020 vorgeschlagen, den Begriff „akute Enzephalopathie“ für einen sich schnell entwickelnden (innerhalb von weniger als vier Wochen, in der Regel jedoch innerhalb von Stunden bis Tagen) krankhaften biologischen Prozess im Gehirn zu verwenden (Slooter et al., 2020). Diese akute Enzephalopathie kann zum klinischen Bild eines subsyndromalen Delirs, eines Delirs oder – im Falle von gravierenden Bewusstseinsstörungen – zu einem Koma führen. All diese Formen stellen eine Veränderung des zuvor bestehenden kognitiven Grundzustands dar.

Delirien beginnen urplötzlich und sind oftmals äußerst schockierend für diejenigen, die es miterleben. Folgende Gründe sprechen dafür, die Entwicklung eines Delirs analog mit der eines akuten Nierenversagen zu vergleichen:

- Beide, das akute Nierenversagen und das Delir, können urplötzlich beginnen.
- Beide kennen chronische Formen wie die einer chronischen Nierenerkrankung bzw. die eines persistierenden Delirs, welches in einer Demenz münden kann (Goldberg et al., 2020).
- Bei beiden reichen geringe Auslöser aus, wenn die betroffenen Organe kaum „resilient“ sind oder über wenige „Reserven“ verfügen.
- Beide werden auf die Art und Weise angegangen, indem entweder der Auslöser beseitigt oder die Ursache behandelt wird.
- Beide können durch ähnliche Faktoren wie Obstipation, Infektion, Umstellung der Medikamente oder Polypharmazie verursacht werden.
- Beide können, werden sie nicht erkannt, zu gravierender Morbidität und Mortalität führen.

Die Allgegenwärtigkeit eines Delirs ist möglicherweise der Grund dafür, dass sich kein einzelnes medizinisches Fachgebiet sowohl klinisch als auch wissenschaftlich wirklich für dieses Krankheitsbild verantwortlich oder zuständig fühlt. Dies hat zu einigen Schwierigkeiten geführt, was die Einigung auf einen Konsens darüber anbelangt, welche Expert*innen am ehesten in das Management eines Delirs eingebunden werden sollten. Zudem herrscht bei vielen in der Gesundheitsversorgung Tätigen die Meinung vor, ältere Menschen würden von verschiedenen Maßnahmen, die bei jüngeren Erwachsenen wirksam sind, nicht profitieren. Dennoch glauben die meisten, dass Delirien „jedermanns Sache“ seien, und Expert*innen verschiedener Fachrichtungen wertvolle ergänzende Kompetenzen einbringen können. Der 1959 von Engel und Romano veröffentlichte Artikel „Delirium, a syndrome of cerebral insufficiency“ wirkt immer noch ernüchternd:

„Es ist eine kuriose Tatsache, dass die meisten Ärzt*innen zwar der Meinung sind, psychische Störungen hätten eine organische Ursache, dass sie aber gleichzeitig wenig Interesse am Delir zu haben scheinen – der psychischen Störung, die derzeit als ein in Unordnung geratener Hirnstoffwechsel bekannt ist – und es in der Tat häufig übersehen“ (Engel & Romano, 1959).

Delir kursiert unter verschiedenen Namen, von denen einige wie „Durchgangssyndrom“, „akutes Hirnversagen“, „akuter Verwirrtheitszustand“, „akute Verwirrtheit“ oder „akute Enzephalopathie“ im klinischen Alltag immer noch verwendet werden. Der Begriff „Delir“ (oder auch „Delirium“) wird häufiger verwendet als die irgendwie ungenau definierten Alternativen. Gerade diese häufige Verwendung

kann die Diagnoseraten, die zielgerichtete Betreuung und Versorgung und eine zielführende Kommunikation zwischen den im Gesundheitsbereich Tätigen und – ganz wichtig – mit Patient*innen und Betreuungspersonen verbessern. Entscheidend ist, dass sie ein Gefühl von interprofessioneller Zusammenarbeit ermöglicht. Die Verwendung von „Delir“ als Oberbegriff ist wichtig für die Einbindung und Schulung von Kolleg*innen im gesamten Ökosystem der Gesundheitsversorgung.

Erst mit der Publikation der dritten Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-III) 1980 wurden standardisierte diagnostische Kriterien für Delirien festgelegt. Doch vertreten manche Kolleg*innen die Meinung, die Zeit sei reif für eine Änderung und es sei wichtig, den Namen „Delir“ durch einen anderen zu ersetzen, der seriöser ist und die falschen Vorstellungen, Meinungen und Vorurteile über Delirien beseitigen könnte.

Eine einzelne Delirepisode kann mit erhöhter Morbidität und Mortalität verbunden sein (Todd et al., 2017; Viramontes et al., 2019). Die Patient*innen bleiben länger im Krankenhaus, die Gefahr der Entwicklung einer Demenz steigt und die Risiken von Morbidität und Mortalität nehmen zu. Folgen eines Delirs sind möglicherweise ein Verlust der Funktionsfähigkeit und eine erhöhte Abhängigkeit von anderen. Ca. 50 % der Delirien können verhindert werden (Wilson et al., 2020). Ein Fortschritt wäre jedoch, diese frühzeitig zu erkennen und ihre Progression zu verhindern.

Auch wenn Delirien durch physiologische Veränderungen verursacht werden, manifestieren sie sich fast immer durch Veränderungen im Verhalten, in der Kognition und Motorik, in Emotionen oder in der Motivation, weshalb die Diagnoseerstellung dieses facettenreichen Syndroms schwierig sein kann. Häufig beginnt es urplötzlich und klingt in der Regel erst ab, wenn die zugrunde liegende Ursache beseitigt ist, und dann eventuell auch erst mit einiger Zeitverzögerung. Delirien können extrem belastend und beängstigend sein – nicht nur für die betroffene Person selbst, sondern auch für diejenigen, die es miterleben.

Jede*r kann ein Delir entwickeln, doch passiert dies häufiger bei älteren gebrechlichen Menschen mit einer bereits bestehenden kognitiven oder sensorischen Beeinträchtigung oder bei sehr kranken Menschen. Leider werden die meisten Delirepisoden von Klinikern nicht erkannt oder falsch interpretiert. Über alle Zuständigkeiten hinweg verlangen regulatorische Kodizes, dass im Gesundheitsbereich Tätige bestmöglich und auf Basis der besten verfügbaren Evidenz und bewährten Praktiken ihre Kenntnisse aktualisieren, die Bedürfnisse von Patient*innen beurteilen und Behandlungsoptionen vorschlagen. Kliniker*innen müssen zudem – immer entsprechend den geltenden Gesetzen – Patient*innen, Angehörige und Betreuende über den Gesundheitszustand, die Versorgung und die fort-

laufende Behandlung der betreffenden Person informieren (soweit sie dies wollen oder benötigen). Dies muss in einer einfühlsamen und verständlichen Art und Weise geschehen.

1.2

Hospitalisierung

Eine Hospitalisierung kann mit Komplikationen einhergehen, die sich nicht spezifisch auf die aktuelle Krankheit beziehen und oftmals als geriatrische Syndrome bezeichnet werden. Dabei handelt es sich um Konstellationen mit einer höheren Prävalenz bei älteren als bei jüngeren Menschen, mit multifaktorieller Ätiologie, spezifischen Risikofaktoren und negativen Auswirkungen auf die Gesundheitsoutcomes. Aus genau diesem Grund wurde Delir von der Australian Commission for Safety and Quality in Health Care als nosokomial erworbene Komplikation offiziell anerkannt (2018). Die Patient*innen in einem Akutkrankenhaus werden immer älter, und dies birgt die Gefahr schlechterer Gesundheitsergebnisse. Faktoren wie eine steigende Prävalenz chronischer Krankheiten, zunehmende Polypharmazie sowie kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen sind mit einem erhöhten Risiko für einen durch die Gesundheitsversorgung erlittenen Schaden assoziiert (Saunders et al., 2019).

Man ist sich weithin darin einig, dass bei Patient*innen, die aufgrund einer Krankheit oder eines chirurgischen Eingriffs im Krankenhaus sind, das Risiko für ein Delir besteht. Fast jede*r dritte hospitalisierte Patient*in macht ein Delir durch. Ein Delir kann jederzeit während des Krankenhausaufenthalts auftreten, weshalb Ärzt*innen und Pflegende dafür sensibilisiert sein sollten, es schnell zu erkennen. Heute werden Patient*innen allerdings früher aus Kliniken entlassen, weshalb ein anschließend zu Hause oder in einem Pflegeheim auftretendes Delir häufiger ist als vielleicht angenommen.

1.3

Ein Delir erkennen

Delir ist ein medizinischer Notfall und muss umgehend diagnostiziert und behandelt werden (Nagaraj et al., 2016).

Die Erkennung eines Delirs sollte so früh wie möglich beginnen. Denkbar wäre, dass schon vor der Krankenhauseinweisung Angehörige eventuell subtile Veränderungen in der Persönlichkeit, Kognition und im Verhalten der Person bemerken.

Da Delir so häufig auftritt, müssen alle Gesundheitsberufe, die mit akut kranken Patient*innen in Kontakt kommt, Verantwortung für das Erkennen und Behandeln dieses Krankheitsbilds übernehmen und sie müssen zu allererst versuchen, das Risiko eines Delirs zu verringern. Auch diejenigen, die im Umfeld der Langzeitbetreuung arbeiten, sollten ein Delir erkennen, das Risiko mindern und diejenigen mit einem Delir überwachen können. Zudem ist es wichtig, betreuende Angehörige über Delirien aufzuklären, damit sie ein solches erkennen können. Das Assessment des aktuellen kognitiven Status und die Kenntnis des üblichen kognitiven Status und des üblichen Verhaltens eine*r/s Patient*in/en ist entscheidend für das frühzeitige Erkennen und Diagnostizieren des Delirs sowie für ein optimales Management und bestmögliche Gesundheitsergebnisse in allen Versorgungsbereichen.

Heute ist anerkannt, dass Delir ein eigenständiges Phänomen ist, das eigens erforscht werden muss und nicht einfach als sekundäres oder unbedeutendes Problem betrachtet werden darf. Wird ein Delir festgestellt, sollte die Diagnose eindeutig dokumentiert werden, um Verlegungen zu unterstützen (Übergabeberichte, Verlegung- oder Entlassungsberichte). Die Schärfung des Bewusstseins für Delirien hat glücklicherweise dazu geführt, dass die Unterschiedlichkeit der Symptome stärker berücksichtigt wird und dass präzise Screening-Tools entwickelt wurden, die in der klinischen Alltagsroutine einfach angewendet werden können. Es herrscht Einigkeit über die Notwendigkeit, so viele Menschen wie möglich in eine gute Betreuung von Patient*innen mit Delir einzubinden, was in allen Phasen der Patient*innenversorgung erfolgen kann.

Bereits im Notfallzentrum kann ein schnelles Erkennen des Delirs Patientenoutcomes verbessern und viele Kosten sparen (Kakuma et al., 2003; Leslie & Inouye, 2011). Zwar wurden bereits früher Screening-Tools entwickelt, doch unterschieden sich diese hinsichtlich ihrer beabsichtigten Anwendung, ihrer Anforderungen an die Schulung des Personals, ihrer Eigenschaften und ihrer Eignung für Patient*innen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (Brefka et al., 2022; Helfand et al., 2021; Monke et al., 2022). Idealerweise sind die Screening-Tools in den Krankenhausinformationssystemen (KIS) abgebildet und für alle Gesundheitsberufe zugänglich. Sind Patient*innen nicht formal kognitiv testbar, z. B., weil sie zu schläfrig sind, kann dies in 80 % der Fälle auf ein Delir und in 20 % auf eine fortgeschrittene Demenz hindeuten (Trzepacz et al., 1988; Hasemann et al., 2021). Ein positives Screeningergebnis sollte immer in eine ärztliche Diagnose münden.

Medizinisches Personal sollte sich nicht auf das Ergebnis eines einzelnen Screenings verlassen, das bei der Aufnahme durchgeführt wurde. Mögliche Gründe

dafür, dass ein Delir nicht erkannt wird, sind eine fehlende Sensitivität für das hypoaktive Delir, Komplexität oder mangelnde Verfügbarkeit von Tests zur Beurteilung des Bewusstseinszustands und die Tatsache, dass Ärzt*innen in der Anwendung dieser Tests meist nicht geschult sind oder die Tests nicht durchführen wollen. Eine Barriere für das Delir-Screening ist ein Wissensdefizit unter Kliniker*innen. Wird ein Delir nicht erkannt, kann es nicht gut behandelt werden.

1.3.1

Individuelle Reaktionen von Betroffenen

In **Kasten 1-1** werden Merkmale eines Delirs beschrieben, die jedoch individuell sehr unterschiedlich sein können.

Kasten 1-1: Wie macht sich ein Delir bei den Patient*innen bemerkbar?

- Sie finden es schwierig, sich auf Gespräche zu konzentrieren oder können nur langsam antworten.
- Sie bekommen weniger mit, was um Sie herum passiert.
- Sie sind verwirrt und können keine klaren Gedanken fassen.
- Sie sind manchmal stärker und manchmal weniger stark verwirrt.
- Sie scheinen vorübergehend in ihrer Persönlichkeit und im Verhalten verändert zu sein und sagen oder tun Dinge, die sie bis zum Delir noch nie gesagt oder getan haben.
- Sie haben Schwierigkeiten zu verstehen, was andere von Ihnen wollen und dies dann auszuführen.
- Können über sich selbst keine Auskunft mehr geben (Hunger, Durst, Schmerzen, Harn- und Stuhldrang) und reagieren stattdessen mit Unruhe.
- Sie sind enorm vergesslich geworden, wodurch sie Absprachen nicht einhalten können (Vergessen vor dem Bettverlassen die Patientenglocke zu betätigen und diskonnektieren sich dabei Katheter, Redons, Infusionsleitungen).
- Sie sind zeitweise unruhig, aufgeregt oder kommen nicht zur Ruhe.
- Sie wollen weder essen noch trinken.
- Sie sind tagsüber schläfrig und nachts eher wach.
- Sie reagieren verlangsamt.
- Sie haben Alpträume.
- Sie sehen Menschen oder Dinge, die sonst niemand sieht, oder Sie halten reale Menschen oder Dinge für jemand oder etwas anderes.
- Sie hören Stimmen oder Geräusche, die nicht da sind.

- Ihre Stimmungslage wechselt schnell.
- Sie sind sich nicht sicher, wo Sie sind oder was Sie dort tun.
- Sie haben Angst, dass andere Ihnen etwas antun wollen.
- Sie fühlen sich häufig nicht verstanden und wollen daher in die gewohnte Umgebung nach Hause.

1.3.2

Definition, Merkmale und Verlauf des Delirs

Vereinfacht gesagt ist das Delir eine akute Verschlechterung der geistigen Funktion, die mit Verwirrtheit, extremer oder fehlender Aktivität und Leid einhergeht. Es kann durch eine akute Krankheit, eine Operation oder durch angesetzte oder abgesetzte Medikamente hervorgerufen werden. Die meisten Patient*innen erholen sich innerhalb von einigen Tagen oder Wochen. Das Delir ist nicht mit einer Demenz gleichzusetzen, die chronisch verläuft und in der Regel irreversibel ist. Das Delir hingegen manifestiert sich kognitiv, emotional, motorisch, affektiv oder motivational. Es kann die physiologische Folge einer Erkrankung, eines Substanzentzugs oder eines anderen toxischen Zustands sein.

Merkmale

Folgende Phänomene sind charakteristisch für ein Delir (Trzepacz & Meagher, 2008):

- Bewusstseinsstörungen
- Desorientierung
- Aufmerksamkeitsstörung
- Kurzzeitgedächtnisstörung
- Langzeitgedächtnisstörung
- Visuell räumliche Störung
- Sprachveränderungen
- Formale Denkstörungen
- Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen
- Halluzinationen/Wahrnehmungsstörungen
- Wahnvorstellungen
- Affektlabilität/Emotionelle Veränderungen
- Motorik: Hyperaktiv