

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	Personenzentrierte 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	Personenzentriertheit und Personsein	112
4.5	Vom krankheitsspezifischen zum personenzentrierten Ansatz	113
4.6	Personenzentrierte 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 personenzentrierten 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