

18. Newsletter des Delir-Netzwerks e.V.

NETZWERK

Grußwort

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

Wir freuen uns, Ihnen heute die 18. Ausgabe unseres Newsletters zustellen zu können. Diesmal finden Sie wieder wichtige Termine, Übersichtsartikel zum Themenkomplex Delir, sowie nochmal den Aufruf für unsere Sammlung der **Leuchtturmprojekte**.

Unser eigenes Symposium war auch online wieder ein voller Erfolg. Ein kurzer Bericht findet Sie später.

Das Symposium 2024 gerne schon mal vormerken:

- **3.Netzwerk Delir Symposium am 13.Januar 2024**

Ob online oder in Präsenz ist noch offen.

Wichtig ist hier nochmals der Hinweis auf den World Delirium Awareness Day (WDAD 2023) am **15.März 2023**.

Wie immer wünschen wir Ihnen viel Freude beim Lesen und freuen uns auf Feedback!

für den Vorstand

Rebecca von Haken, Arnold Kaltwasser, Jessica Kilian, Sabrina Pelz

Fragen oder Anmerkungen bezüglich Newsletter senden Sie gerne an die Redaktion des Delir-Newsletters newsletter@delir-netzwerk.de oder zu Fragen bezüglich des Netzwerkes an info@delir-netzwerk.de

Inhalt

Grußwort	1
Veranstaltungen	3
Safe the Date	3
World Delirium Awareness Day (WDAD)	4
Kurzbericht Delir Symposium	5
Für Sie gelesen	6
Was löst kein Delir aus?	6
Von der Novelle ins Reelle Delirmanagement 2.0 – was seit der Leitlinie passiert ist.	9
Evaluation der Umsetzung nicht-pharmakologischer Maßnahmen zur Delirprävention und - behandlung.....	12
Leuchtturmprojekte.....	14
Newsticker.....	15
Mitarbeit gewünscht	16
www.delir-netzwerk.de	17
Impressum	17

Veranstaltungen

Wir bemühen uns, einen Überblick über internationale, nationale, regionale, große und kleine, etablierte und neu entstandene Kongresse, Konferenzen und Vortragsreihen zu gewinnen. Es wird sich nicht vermeiden lassen, dass einzelne Veranstaltungen nicht auf unserem Radar erscheinen.

Helfen Sie mit, damit es uns gelingt, einen „One-Stop-Shop“ für alle Interessierten zu schaffen. Senden Sie Name, Ort und Datum Ihnen bekannter Veranstaltungen an: info@delir-netzwerk.de

In Anbetracht der aktuellen Situation sind viele Konferenzen verschoben, bzw. abgesagt worden. Da die Situation sehr schwer einzuschätzen ist, können wir hier nur vorläufige Hinweise geben. Bitte informieren Sie sich bei den jeweiligen Veranstaltern.

Safe the Date

13. Januar 2024

**Delir-Fachtag des
Deutschen Delir-Netzwerkes
Motto: Delir verbindet weiter**

6.5.2023 7. Physiosymposium "Physiotherapie auf der Intensivstation" St. <https://www.physioaustria.at/7-physiosymposium-physiotherapie-auf-der-intensivstation>

14.-16.06.2023 Berlin Konferenz Netzwerk Frühmobilisierung im Rahmen des DGIIIN Kongresses <https://2023.dgiin.de>

16.-17.11.2023 36. Reutlinger Fortbildungstage <https://www.akademie-reutlingen.de/>

29.11.-01.12.2023 23. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin kongress@divi.de

EDA 2023 announcement The 2023 meeting will take place in Birmingham, United Kingdom <https://www.europeandeliriumassociation.org/eda-meetings-current-past.html>

14.-16.02. 2024 34. Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege Bremen

04.-06.12.2024 24. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin kongress@divi.de

World Delirium Awareness Day (WDAD)

Der WDAD ist eine Veranstaltung, die jedes Jahr im März stattfindet, um das Bewusstsein für Delirium und seine Auswirkungen auf Patienten, Familien und Gesundheitssysteme in den Fokus zu rücken. Der Tag wird von der internationalen Federation of Delirium Societies, iDelirium, veranstaltet. Der WDAD soll die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Früherkennung und Intervention des Delirs lenken und das Bewusstsein für die neuesten Forschungsergebnisse, Leitlinien und bewährten Verfahren auf diesem Gebiet schärfen. Weltweit werden Aktivitäten und Veranstaltungen wie Schulungen, Webinare und Social-Media-Kampagnen organisiert.

Im Rahmen des World Delirium Awareness Day gibt es wieder international viele Aktionen. Wir sind nicht nur auf die Delir Flagge gespannt:

Pass the Delirium Awareness Flag Around the World

<https://www.deliriumday.com/>

sondern auch auf die Videobotschaften der deutschsprachigen Leuchtturmprojekte, die wir am 15.03.2023 auf unserer Homepage verlinken wollen:

<https://www.delir-netzwerk.de/>



Grafik: <https://www.deliriumday.com/> 27.02.2023

Siehe auch: https://twitter.com/iDelirium_Aware



Kurzbericht Delir Symposium

Delir verbindet 2.0

Am 14. Januar fand unsere zweites Netzwerk Symposium statt.

Weil wir die Lage nicht so recht im letzten Herbst einschätzen konnten, hatten wir uns erneut für eine Online Veranstaltung entschieden. Wie im letzten Jahr, hatten wir auch heuer rund 90 Teilnehmer. Zu Beginn der Veranstaltung wurden die Teilnehmer in Chaträume geschickt, um einen persönlichen Austausch zu ermöglichen.

In der ersten Session sprachen Björn Weiss (Berlin), Tobias Melms (Greifswald) und Angelika Alonso (Mannheim) über neuste Erkenntnisse in Sachen Sedierung, Detektion und Stellenwert des EEGs. Die sich daraufhin entspannende Diskussion war ausgesprochen rege.

Die zweite Session war mit drei Vorträgen von Katharina Geschke (Mainz), Jessica Ahlers (Bad Schwalbach) und Teresa Deffner (Jena) zum konkreten Management spezieller Aspekte gefüllt und hat einmal mehr die Bedeutung der inter-professionellen, multidisziplinären Zusammenarbeit hervorgehoben.

Anders als letztes Jahr haben wir den Nachmittag diesmal mit drei Workshops begonnen, wovon einer der praktischen Übung von Scores mit Ulf Günther (Oldenburg), einer der Thematik um Zuständigkeit dieser Scores (Steffi Monke Köln) und ein weiterer der Vorstellung einer konzipierten Lagerungstechnik zur Prävention von Delir (Richard Stelzer Bischoffswiesen) gewidmet waren.

In der letzten Session wurden zwei weitere wichtige Aspekte nämlich Stürze von Wolfgang Hasemann (Basel) und Schlaf (Eva Trompeter und Rabea Höke) behandelt, was wiederum in eine sehr rege Diskussion mündete.

Insgesamt glauben wir, sagen zu können, es war eine gelungene und gute Veranstaltung. Wieder war es möglich verschiedene Berufsgruppen und Disziplinen zusammen zu bringen, die sich seit Jahren mit Delir Patienten beschäftigen und viel zu selten Gelegenheit zum Austausch haben.

Damit konnten wir unserem Anspruch, Verbindungen zu schaffen, die für ein umfassendes Delir Management unerlässlich sind, gerecht werden. Wir bedanken uns bei den hervorragenden Referenten und den engagierten Teilnehmern.

Im Namen des Vorstands rvh

Für Sie gelesen....

Was löst kein Delir aus?

In einer systematischen Übersichtsarbeit werden insgesamt 145 prädisponierende und auslösende Risikofaktoren für ein Delir identifiziert und dies wirft viele Fragen auf.

Eins vorweg: eigentlich lese ich keine Studien mehr zu Risikofaktoren für ein Delir. Es kommen nahezu wöchentlich neue Kohortenstudien mit Risikofaktoren bei Delir raus, die eigentlich nur das bestätigen, was wir alle wissen oder die statistisch signifikante, aber klinisch kaum plausible Faktoren identifiziert haben. Oder wie Prof. Erbguth es auf einer DIVI-Konferenz sinngemäß sagte: „Eigentlich ist alles, was Sie im Krankenhaus messen können, delirogen, solange sie nur lange genug messen.“

Einen Unterschied machen Ormseth et al. (2023) mit ihrer systematischen Literatursuche, die im Januar 2023 im JAMA erschienen ist. Die Autor:innen gingen der Fragestellung nach, welche prädisponierenden und auslösenden Faktoren für ein Delir in der wissenschaftlichen Literatur identifiziert worden sind. Sie nutzten dazu in ihrer Suchstrategie die Datenbanken PubMed, Embase, Web of Science, PsychInfo einschließlich Referenzlisten eingeschlossener Studien mit den Suchbegriffen und Synonymen (englisch) Bewusstseinsstörung, Delir, Ursachen, Verdachtsdiagnosen ohne zeitliche Begrenzung bis zum Dezember 2021. Die Einschlusskriterien waren: Publikation in Englisch, Kohorten- oder Fall-Kontrollstudien mit mindestens 50 Teilnehmer:innen, Delir-Assessment durch geschulte Personen, Vergleich mit einem Referenzstandard sowie statistische Modellberechnungen zur Identifikation von unabhängigen Faktoren. Die Studien wurden mit der Newcastle-Ottawa Skala in ihrer Qualität bewertet, alle Schritte der Literaturrecherche und -analyse wurden von zwei Reviewern unabhängig voneinander durchgeführt.

Im Ergebnis konnten 315 Studien mit im Mittelwert als sehr gut bewerteter Qualität eingeschlossen und insgesamt 101.144 Patient:innen, davon 23,8% (n=24.015) delirant, ausgewertet werden. Die Studien wurden zwischen 1992 bis 2021 publiziert und stammten aus 40 verschiedenen Ländern. Das Setting war zu 98,4% das Krankenhaus, 0,6% Pflegeeinrichtungen und 1% die ambulante Versorgung. Das häufigste Assessment war die CAM, durchgeführt meistens einmal täglich von Studienpersonal. Die Delirinzidenz reichte von 3,1% bis 88,7%.

Es wurden insgesamt 33 prädisponierende Faktoren identifiziert, dazu gehörten Alter, kognitive Einschränkungen, bzw. Demenz, funktionale Einschränkungen, kardiovaskuläre Erkrankungen und viele andere, nicht immer plausibel scheinende Faktoren, z.B. weiße Rasse, nicht-englische Sprache, männliches, aber auch weibliches Geschlecht abhängig vom Setting. Fast alles, was messbar ist, wurde erfasst, aber nicht dabei sind Körpergröße und BMI, wobei vor kurzem eine andere Studie einen niedrigen BMI mit einem erhöhtem Delirrisiko identifiziert hat [Link](#).¹ Die Autor:innen des Reviews geben selbst in den Grenzen an, dass auch für sie nicht alle Faktoren plausibel waren und nur in einzelnen Studien nachgewiesen worden sind, die Verallgemeinbarkeit also teilweise begrenzt ist. Und: wenn in den 315 inkludierten Studien das statistische Signifikanzniveau auf $p=0,05$ definiert wurde, dann müssen rein rechnerisch 15,7 Studien falsch positive Ergebnisse geliefert haben. Also weiter kritisch bleiben.

Auslösende Faktoren beinhalteten die üblichen Verdächtigen mit insgesamt 112 Faktoren: chirurgische/operative Faktoren, krankheitsbedingte Faktoren bzw. Organdysfunktion, metabolische Störungen, pharmakologische Faktoren, iatrogene bzw. Umgebungsfaktoren, Trauma, Biomarker und gestörte Neurotransmitter. Konkrete Faktoren waren u.a. Tiefe der Anästhesie, Schmerz, Anämie, Albumin, Magnesium, Benzodiazepine, Fixierungen, Verletzungen, CRP, TNF- a level, es ist eigentlich alles dabei.

Die Konsequenz? Wer zukünftig eine Studie zum Delir machen möchte, sollte beeinflussende Variablen kontrollieren und die Ergebnisse ggf. adjustieren. Mit 145 prädisponierenden und auslösenden Risikofaktoren für ein Delir wird die Datenerfassung nun eine echte Herausforderung werden. Zum Glück kann nach Population und Erkrankung gefiltert werden und die Anzahl reduziert werden. Weiterhin gilt: statistische Signifikanz ist nicht mit klinischer Relevanz gleichzusetzen und hier kann mit gesundem Menschenverstand weiter gefiltert werden. Diese Übersichtsarbeit bietet daher eine enorme Hilfestellung bei der Suche nach entsprechender Literatur.

¹ Ko, Y., Kim, H. E., Park, J. Y., Kim, J. J., Cho, J., & Oh, J. (2023). Relationship between body mass index and risk of delirium in an intensive care unit. *Archives of gerontology and geriatrics*, *108*, 104921. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.104921>

Das besondere dieser Arbeit ist nun, dass die Autor:innen die Hypothesen, die von den Autor:innen der inkludierten Studien aufgestellt worden sind, zusammengefasst haben und insgesamt 15 verschiedene pathophysiologische Mechanismen für das Delir entwickelt haben. Hierzu gehören: Verabreichung neurologisch aktiver Substanzen, Hypoperfusion, neuronale Verletzungen, systemische Entzündungen, Hypoxie/Hyperkapnie und andere. Die Autor:innen weisen darauf hin, dass die typische Klassifizierung des Delirs in hypoaktiver, hyperaktives, gemischt hyper-/hypoaktives Delir eigentlich nur wenig Nutzen für die Behandlung und Forschung bringen; eigentlich sollten wir das Syndrom Delirium nach seinen möglichen pathophysiologischen Ursachen untersuchen und benennen, z.B. das infektionsbedingte Delir, das urämische Delir, das adrenerge Delir usw. Dies würde eher eine direkte, kausale Behandlung ermöglichen, die die Noxen ausschaltet und daher auch ein Delir sehr wahrscheinlich effektiv verkürzt. Der nächste Schritt ist die differenzierte Beschreibung und die spezifische Behandlung: „Whereas we advocate for multicomponent approaches to delirium, we would go a step further and advocate for a reconceptualization of delirium in terms of putative endotypes. That is, we emphasize the need to target individual, specific physiological pathways.“

Dr. Peter Nydahl, GKP BScN MScN, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Ormseth CH, LaHue SC, Oldham MA, Josephson SA, Whitaker E, Douglas VC. Predisposing and Precipitating Factors Associated With Delirium: A Systematic Review. JAMA Netw Open. 2023 Jan 3;6(1):e2249950. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.49950

Von der Novelle ins Reelle Delirmanagement 2.0 – was seit der Leitlinie passiert ist.

In dem Artikel werden einige Aspekte aufgezeigt, welche seit der vor knapp zwei Jahren veröffentlichten S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“ (DAS-Leitlinie 2020) passiert sind, schließlich ist zu beachten, dass sich die aktualisierte Leitlinie grundsätzlich – bis auf wenige wegweisende Publikationen – auf dem Stand von Mai 2019 befindet. Das betrifft auch die Nomenklatur. Eine semantische Klarstellung hat 2020 eine interdisziplinäre Gruppe zur Nomenklatur, unterstützt von zehn großen europäischen Fachgesellschaften, konzertiert. Ein Delir ist keine eigenständige Krankheit, vielmehr um ein Symptom beziehungsweise Syndrom, also ein klinischer Zustand. Diese klinischen und meist subjektiv einschätzbaren Merkmale sind eine Kombination, die in den DSM-V definiert sind. Demgegenüber steht die akute Enzephalopathie, welche als diffuser pathobiologischer Prozess, der sich als Delirium oder – in Fällen stark verminderten Bewusstseins – als Koma manifestieren kann, definiert ist. Bei der akuten Enzephalopathie und dem Delir handelt es sich demnach „um zwei Seiten der gleichen Medaille“.

Eine weitere Neuerung ist die aktualisierte Betrachtung der Kosten, welche eine AG 2022 veröffentlichte und zu dem Schluss kommt, dass abhängig von den berücksichtigten Kostenkategorien ein Delir beziehungsweise die akute Enzephalopathie mit Delirzuständen eine adjustierte Kostensteigerung zwischen 1.532 und 22.269 Dollar (1.409–20.487 Euro) pro Fall verursacht und somit der größte Kostenfaktor an den direkt zurechenbaren Gesamtkosten während des Klinikaufenthalts darstellt.

Auch beim Scoring hat sich ebenfalls eine Neuerung ergeben. Für das Routinescreening empfiehlt die DAS-Leitlinie ein Delir-Monitoring mit einer validierten Skala und gibt an, dass CAM-ICU und der retrospektive Beobachtungsscore ICDS-D am weitesten verbreitet sind. Auch wird erwähnt, dass beide Skalen im Gegensatz zur Nu-DESC (primär für den Aufwachraum entwickelt) einen höheren Schulungsaufwand benötigen. Hier ist in der Praxis zu beachten, dass die beliebte Nu-DESC allein nicht ausreichend ist, um ein Delir zu detektieren. Die Nu-DESC erfasst nicht das Bewusstsein und die Aufmerksamkeit und ist bei einem Punktwert ≥ 1 durch einen weiteren diagnostischen Test zu ergänzen, ein Aspekt, der in der Praxis häufig vergessen wird. Spannend ist die weitere Entwicklung des von Ulf Günther entwickelte, und um das Merkmal „Orientierung“ modifizierten CAM-IMC (im Gegensatz zur CAM-ICU primär für den extubierten Patienten einzusetzen) erreichte eine Sensitivität von 88 % (64–99 %) bei einer Spezifität von 100 % (95–100 %). Ein weiterer Aspekt ist das EEG Monitoring. Auch hier ist Bewegung in der Entwicklung. Während die in der DAS-Leitlinie erwähnten Geräte 2019 noch in der Entwicklung waren, präsentierte sich mittlerweile zu einer

scorebasierten EEG-Klassifikation der akuten Enzephalopathie und des hypoaktiven Delirs was in Kombination mit einer klinischen Einteilung eine weitere Unterstützung in der Detektion bietet. Ist das Delir erkannt entstehen häufig Fragen über das weitere Vorgehen. Hierzu bietet der von Peter Nydahl entwickelte „Beispiel SOP“ eine ebenso wertvolle Handreichung wie die Internetseite: www.delir-news.de

Ein weiterer Meilenstein ist sicher der DIVI zertifizierte Kurs zum Delirmanagement, welche 2022 durch die DIVI-Sektion „Koma und Bewusstseinsstörung“ entwickelt wurde, um Delirexperten und -expertinnen zertifiziert auszubilden. Die Pilotierung erfolgte im September und Oktober 2022 im Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster und an der Universitätsklinik Mannheim. Aktuell läuft eine umfangreiche Evaluierung.

Bei allen Therapieoptionen ist wichtig zu wissen das keine Medikamente, die ein Delirium verhindern und/oder kausal medikamentös therapieren können, es handelt sich immer um eine Symptomkontrolle. Ein paar Worte zum Dexmedetomidin, da nach Publikation der DAS-Leitlinie die (BfArM) in einem „Rote-Hand-Brief“ über eine erhöhte Mortalität bei früher Anwendung an Patienten ≤ 65 Jahren berichtet. Die ausführliche Stellungnahme der Leitliniengruppe ist frei verfügbar. Key-Message ist, dass die Empfehlungen zu Dexmedetomidin in der Leitlinie dennoch und begründet NICHT geändert wurden!

Neben der Prävention, die im Wesentlichen tagsüber aktivieren und nachts (Anmerkung: „nachts“ beinhaltet nicht den gesamten Nachtdienst!) beruhigen soll, sind pflegerische und therapeutische Maßnahmen als erste Wahl zu nennen. Bei der Frühmobilisation zeichnet sich dabei ab, dass wir wie bei Medikamenten die sechs R-Fragen zu reflektieren sind:

- Richtiger Patient (z. B. keine Immobilität angeordnet)
- Richtige Maßnahme (z. B. protokollbasiertes Stufenschema und Vorgehen im Team abgesprochen)
- Richtige Dosierung (z. B. Mix passiv, assistierte und/oder aktive Maßnahmen)
- Richtige Zeit und Dauer (Über- und Unterforderung möglich!)
- Richtige Applikation beziehungsweise sachgerechter Einsatz von Hilfsmitteln
- Richtige Dokumentation (inklusive Level, z. B. der ICU-Mobility-Scale)

Leider hat uns die Pandemie einen nahezu katastrophalen Rückgang im Delirmanagement beschert. Dies zeigt sich deutlich beim Delirium Monitoring, in der Prävention und in der Qualität der Delir- beziehungsweise Patientenversorgung insgesamt. Umso wichtiger das wir das A2F Bundle weiterdenken und die wichtigen Ideen zur Zukunft der Intensivtherapie auch gemeinsam vorantragen.

Das so nun A2I Bundle ist sicher ein guter Ansatz hierzu und als Fazit für die Praxis kann postuliert werden, dass „Ein gutes und etabliertes Delirmanagement, das sich konsequent an

Leitlinien orientiert, das A2I-Bundle und die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse mit bauphysikalischen Eigenschaften verbindet, der holistische Ansatz, gemäß dem wir das Gesundheitssystem insgesamt denken und betrachten sollten, ist“

Delir als Thema ernst zu nehmen steht für Menschen und Menschlichkeit und kommt damit auch den Mitarbeitenden zugute und trägt zu deren Wohlbefinden bei.

Carsten Hermes M.Sc., Bonn

<https://www.bibliomed-pflege.de/pi/artikel/47327-von-der-novelle-ins-reelle>

C Hermes Von der Novelle ins Reelle PflegenIntensiv 1/2023

Zur Info: A2F Bundle

<https://www.icudelirium.org/medical-professionals/overview>

Evaluation der Umsetzung nicht-pharmakologischer Maßnahmen zur Delirprävention und -behandlung

Eine retrospektive Kohortenstudie

Die Forschungsgruppe führte eine Beobachtungsuntersuchung über die Umsetzung von präventiven nicht pharmakologischen Multi- Komponenten Maßnahmen eines Handlungsanleitungspfad in einem Krankenhaus durch. Sie wollte herausfinden, in wieweit die empfohlenen Handlungsanleitungen eines mittelgroßen Krankenhauses in der Schweiz die Maßnahmenpakete bei Patient:innen mit einem Risiko für ein Delir und Patient:innen, welche ein Delir bereits haben und vorgegebene Interventionen erhalten sollen, umgesetzt werden. Zusätzlich war ein weiteres Ziel zu analysieren, ob es Unterschiede in der Umsetzung beider Untersuchungs- Gruppen in der chirurgischen Klinik und medizinischen Klinik gibt. Beide Kliniken haben Handlungsanleitungen seit 2007. Die Inhalte der Handlungsanleitungen sind z.B. Angaben zum Delir Screening mittels DOS, Maßnahmen zur nicht-pharmakologischen Delirprävention sowie zur pharmakologischen und nicht-pharmakologischen unterstützenden Behandlung bei einem Delir. Die Studiengruppe bezog sich bei den gesammelten Datenanalyse ausschließlich auf die nicht pharmakologischen Komponenten.

Einschlusskriterien waren z.B. Patient:innen ≥ 14 Jahre, welche in der chirurgischen, urologischen, orthopädischen und der medizinischen Klinik des Studienspitals zwischen dem 15.10. – 15.11.2019 entlassen wurden und gemäß der Definition des Krankenhauses entweder ein erhöhtes Risiko für ein Delir aufwiesen und/ oder eine medizinische Delirdiagnose und / oder DOS-Wert ≥ 3 aufwiesen. Als primären Endpunkte der Untersuchung der präventiven Interventionen bei einem Delirrisiko wurden zehn präventive nicht-pharmakologische Maßnahmen eingeordnet. Zusätzlich wurde die Sensibilisierung der Notwendigkeit zu Prävention und Therapie durch Pflegefachpersonen anhand der NANDA – Pflegediagnosen ausgewertet. Für die Auswertung der Delirbehandlung wurden die medizinischen Delirdiagnosen (ICD-10 Code), die NANDA Pflegediagnosen (NANDA- International, 2019) und die DOS Score ≥ 3 herangezogen. Die gesamten Daten wurden aus der Patientenakte, der standardisierten individuellen Pflegeplanung und dem Pflegeverlaufsbericht über den gesamten Aufenthalt extrahiert. Deskriptive Statistikberechnungen z.B. zu Mittelwert und Standardabweichung bei einer Normalverteilung, Median und IQR bei einer Nicht-Normalverteilung sowie Häufigkeiten und Prozente wurden berechnet. Der sogenannte Pearson Chi2 Test ist zur Überprüfung der zentralen Tendenz der beiden Subgruppen angewendet worden. Die Untersuchung ist gelistet bei der Kantonalen Ethikkommission (BASEC-Nr. Req-2019-00931). In dem Zeitraum konnten 175 Patient:innen eingeschlossen werden. Im Unterschied zwischen der medizinischen und chirurgischen Klinik waren die Patient:innen in der medizinischen Klinik eher vermehrt weiblich und älter. In der medizinischen Klinik erhielten die eingeschlossenen Patient:innen am häufigsten die medizinische Diagnose „Krankheiten des

Kreislaufsystems und / oder des Atmungssystems“ und in der chirurgischen Klinik am häufigsten die Diagnose von „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“. Das häufigste Risiko in beiden Kliniken wies die „Gabe von Opiaten“ auf. Die Ergebnisse der präventiven Maßnahmen waren die „Verbesserung der Sauerstoffversorgung“ und Maßnahmen zur „Normalisierung der Ausscheidung“ und „Vermeidung von Schmerzen“. Die am wenigsten durchgeführten Maßnahmen waren „das Fördern der Wahrnehmung“, „das Stellen einer Pflegediagnose „Gefahr einer akuten Verwirrtheit“ und „das Vorbeugen eines Entzugs“. Die Ergebnisse der unterstützenden Therapie eines Delirs zeigten keine signifikanten Unterschiede. Am häufigsten lag der Fokus auf der Modifikation der vorliegenden Delirrisikofaktoren, sowie den Maßnahmen, zu „Sicherheit gewährleisten“ (Sturzprophylaxe), „weitere Prophylaxen“ (Dekubitus- und / oder Pneumonie), „Einsatz von Sensormatten / Bettgitter“ aktivierende Maßnahmen“. Die Multikomponenten Maßnahmen zur Delirprophylaxe und Behandlung des Delirs werden in beiden Kliniken umgesetzt. Der Unterschied liegt in der Durchführungshäufigkeit. In der medizinischen Klinik wurden verstärkt die präventiven Interventionen durchgeführt im Gegensatz zur Chirurgischen Klinik. Hier erhielten die unterstützenden Interventionen mehr Sensibilisierung. Die unterstützenden Maßnahmen Komponenten bei einem bestehenden Delir wurden häufiger durchgeführt als die zur Prophylaxe. Durch die Limitation der Durchführung in einem Krankenhaus, der nicht dokumentierten Häufigkeiten einzelner Maßnahmen und unklarer Differenzierung zu anderen Therapien können Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden. Weitere Untersuchungen sind nötig mit größerer Studienpopulation und differenzierterer Maßnahmen zur Delirprävention und Unterstützung zur genaueren Abgrenzung.

Sabrina Pelz M.Sc. RKU Ulm

Blättler, N., Schaffert, B., & Schubert, M. (2023). Evaluation der Umsetzung nicht-pharmakologischer Massnahmen zur Delirprävention und -behandlung [Evaluation of the implementation of non-pharmacological measures for the prevention and treatment of delirium: A retrospective cohort study]. *Pflege*, 10.1024/1012-5302/a000932. Advance online publication. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000932>

Leuchtturmprojekte

Die Sektion Delir-Detektion des Delir-Netzwerks e. V. ruft zur Teilnahme an der online Erhebung von wegweisenden Leuchtturmprojekten Delir in der Gesundheitsversorgung im deutschsprachigen Raum auf. Auf der Homepage des Delir-Netzwerks e. V.: <http://delir-netzwerk.de/leuchtturm/> finden Sie ein Formular. Die Laufzeit der Erhebung ist von 25.09.2022-31.10.2023 geplant. Die Erhebung dient der Standortbestimmung der erfolgten oder geplanten Leuchtturmprojekte Delir in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung sowie der Erstellung einer online Wissens- und Netzwerkartkarte zur Kartographierung der Projekte. Mit der Landkarte besteht die Möglichkeit, dass Interessierte sich über die Delir-Projekte informieren und sich regional vernetzen können. Die ersten zehn „guten“ eingereichten online Formulare erhalten einen online Buchgutschein im Wert von 50 Euro von www.osiander.de. Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme!

Bereits eingereichte Projekte:



Stand: 22.02.2023

<https://www.delir-netzwerk.de/leuchtturm/index.php/>

Für die Sektion Delir-Detektion

Stefanie Monke

und Arnold Kaltwasser

Newsticker

In dieser Rubrik stellen wir bei den ersten 12 Newsletter des Delirnetzwerkes, dank Dr. Peter Nydahl, Studien zum Delir kurz vor damit Sie einen Überblick über aktuelle Publikationen erhielten. Die Inhalte des Newstickers zum Thema Delir stehen Ihnen weiterhin mit einer eigenen Rubrik im Newsticker des Netzwerkes Frühmobilisierung zur Verfügung.

Das Netzwerk Frühmobilisierung finden Sie hier:

<http://www.fruehmobilisierung.de/Fruehmobilisierung/Start.html>

Einfach dort anmelden und/oder hier schauen:

<http://www.fruehmobilisierung.de/Fruehmobilisierung/News/News.html>



Screenshot 12.12.2021

Und ausnahmsweise erlauben wir uns hier daraus direkt zu zitieren:

Mitarbeit gewünscht

Vielen Dank für Die Rückmeldungen bisher, auf den Aufruf.

Wir freuen uns auf weitere 😊

Sehr geehrte Mitglieder,

lesen Sie unseren Newsletter auch so gerne? Das freut uns sehr! Natürlich lebt der Newsletter aber im Wesentlichen durch seine Inhalte. Das Netzwerk von Delir-Experten und Delir-Interessierten greift dabei auf eine Vielzahl von Erfahrungen und Berichten zurück. Der Sinn unseres Netzwerks besteht natürlich auch darin, dieses Wissen miteinander zu teilen.

Daher laden wir Sie ein: Werden Sie aktiver Teil unseres Netzwerks und beteiligen Sie sich an der Gestaltung unseres Newsletters! Das geht recht einfach, indem Sie...

- uns Hinweise über anstehende Kongresse und Veranstaltungen geben, die wir im Newsletter veröffentlichen können.
- uns mitteilen, wenn Sie oder andere Webinare planen, damit wir im Newsletter darauf aufmerksam machen können.
- mit uns (internationale) Fachartikel/Studien lesen und eine Zusammenfassung für den Newsletter erstellen.
- und, und, und.

Derzeit empfangen fast 600 Kolleg*innen unseren Newsletter direkt, die Rückmeldungen dazu sind stets positiv.

Sie sind interessiert, wissen aber nicht so recht, ob Sie wirklich einen Beitrag leisten können? Wir klären alle Fragen und Unsicherheiten mit Ihnen!

Ansprechpartner für alle Fragen und Interessensbekundungen ist unsere Newsletter-Redaktion. Sie erreichen diese direkt unter newsletter@delir-netzwerk.de

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie ein Teil unseres Teams sein möchten!

www.delir-netzwerk.de

Wer kann Mitglied werden?

Das Delir Netzwerk ist offen für alle am Thema Interessierten.

Mein Beitrag?

- Es fallen jährliche Kosten von 30,- € pro Mitglied an
- Entscheiden Sie selbst, ob Sie aktiv oder passiv dem Verein beitreten wollen.

Aktive Mitglieder können sich zu einzelnen Teilbereichen oder Themenschwerpunkten zusammenschließen oder andere unzählige Aufgabengebiete übernehmen.

Die Mitgliedschaft des Vereins setzt sich zusammen aus Kolleginnen und Kollegen der verschiedensten Berufsgruppen und Arbeitsfelder.

Leiten Sie gerne diesen Newsletter weiter oder versenden Sie den Link zur Mitgliedschaft:

www.delir-netzwerk.de/mitgliedschaft.html

Für weitere Informationen schreiben Sie doch eine Mail an:

info@delir-netzwerk.de

Impressum

Newsletter des Delir-Netzwerk e.V.

Redaktion:

Jessica Kilian, Sabrina Pelz, Rebecca von Haken, Arnold Kaltwasser

newsletter@delir-netzwerk.de

Verantwortlich:

1. Vors. Rebecca von Haken

Delir-Netzwerk e.V.

Hermannstraße 2a

66822 Lebach

info@delir-Netzwerk.de

<http://www.delir-netzwerk.de/>

Layout/Verlag:

Eigenverlag

Erscheinungsweise:

4mal jährlich

Rechtsform: eingetragener Verein (e.V.) Amtsgericht Lebach VR3640

Vertretungsberechtigung gemäß § 26 BGB: 1. Vorsitzende Rebecca von Haken | 2. Vorsitzende Jessica Kilian

Nachdruck nur mit Genehmigung des Delir-Netzwerk e.V. Eingesandte Manuskripte und Fotos ohne Garantie. Höhere Gewalt entbindet von allen Verpflichtungen.