

# 12. Newsletter des Delir-Netzwerks e.V.

NETZWERK

## Grußwort

Heidelberg im September 2021

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

Wir freuen uns, Ihnen heute die 12. Ausgabe unseres Newsletters zustellen zu können. Auch dieses Mal finden Sie die Zusammenfassung dreier Paper, die uns interessant erscheinen.

Besonders in Zeiten der Pandemie wird deutlich, dass fest etablierte Bundels zur Detektion und Prävention besonders wichtig sind, da der ständige physische Kontakt, bei ein dem erfahrenes Teammitglied wahrscheinlich schnell ein Delir detektieren lässt, deutlich reduziert sind.

Bezüglich der anstehenden Symposien und Tagungen sind Voraussagen schwer zu machen, deshalb sind alle gelisteten Termine ohne Gewähr. Beachten Sie bitte den Hinweis auf unseren **Delir-Fachtag** am **15.01.2022**, den wir online durchführen werden!

Gerne nehmen wir auch Terminvorschläge von Ihnen auf.

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

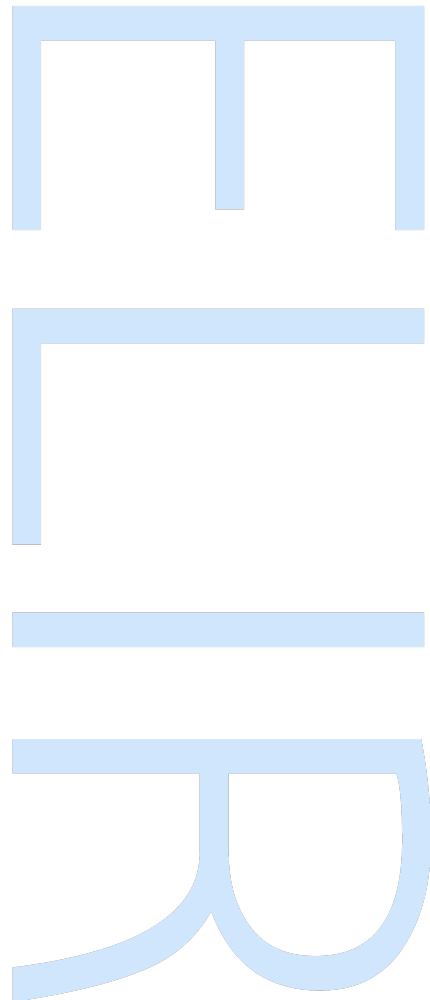
Wir wünschen viel Interesse beim Lesen!

Damit bleiben wir mit unseren Wünschen für einen erholsamen Herbst, im Namen des Netzwerks.

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

## Inhalt

Grußwort .....	1
Veranstaltungen .....	3
Safe the Date .....	3
Aufruf zur Studienteilnahme .....	4
Für Sie gelesen und zusammengefasst.....	5
Mobilisierung am Abend, um ein Delir zu vermeiden .....	5
Warum fixieren Intensivpflegekräfte hyperaktive delirante Patienten? .....	6
S1 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN): Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir .....	10
Newsticker.....	12
Das Delir-Netzwerk e.V. stellt sich vor.....	15
Impressum .....	16



### 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](mailto: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.**

**11.-12.11.2021 Reutlingen** Reutlinger Fortbildungstage

[www.akademie-reutlingen.de](http://www.akademie-reutlingen.de)

**15. - 25.11.2021 2. VPU-Kongress | Online**

Veränderung, Innovation und Zukunft der Pflege in der klinischen Versorgung

<https://www.vpuonline.de/Aktuelles/Presse/Veranstaltungen/2-VPU-Kongress-2021/index.php/>

**01.-03.12.2021 Hamburg** 21. Kongress der Deutschen Interdisziplinären

Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.

<https://kongress.divi.de/divi-21>

Safe the Date

**15.01.2022 | Online**

**Delir-Fachtag des Deutschen Delir-Netzwerkes (online)**

**Motto: Delir verbindet**

Programm, Zugangsdaten und weitere Informationen werden wir gegen Ende des Jahres auf die Homepage stellen.

**11.02.2022 Wien** 6. Fachtagung Delir 2022

<http://www.fachtagung-delir.at/allgemeines-2022.html>

**22.-24.03.2022 Utrecht** 9th EfCCNa Congress

<https://www.efccna.org/education/efccna-congress>

**June 12-14, 2022 Indianapolis, IN** <https://americandeliriumsociety.org/conferences>

Aufruf zur Studienteilnahme

Delir-Handlungskompetenz

Es werden Pflegende aller Bereiche eingeladen, an der anonymen online-Befragung mit dem Titel "Delir-Handlungskompetenz: eine auf Fallvignetten basierte quantitative Online-Befragung" durch Herr J. Hoch und Frau Prof. P. Benzinger, Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten, teilzunehmen.

Die Besonderheit der Umfrage ist, dass keine klassische Wissensabfrage erfolgt, sondern die Teilnehmer/innen anhand von realistischen Fallbeispielen eine beschriebene Situation einschätzen sollen und dabei auch Wissen evaluieren können.

Rückfragen zu der Umfrage können gerne gestellt werden

[Jonas.hoch@agapelsion.de](mailto:Jonas.hoch@agapelsion.de)

Und hier der Link zur Umfrage:

<https://limesurvey.urz.uni-heidelberg.de/index.php/455775?lang=de>

## Für Sie gelesen und zusammengefasst

### Mobilisierung am Abend, um ein Delir zu vermeiden

Nydahl P, McWilliams D, Weiler N, Borzikowsky C, Howroyd F, Brobeil A, Lindner M, von Haken R. *Mobilization in the evening to prevent delirium: A pilot randomized trial. Nurs Crit Care. 2021 May 4. doi: 10.1111/nicc.12638*

Die Mobilisierung von IntensivpatientInnen wird üblicherweise tagsüber durchgeführt, um nachts Ruhephasen und einen normalen Tag- Nachtrhythmus zu ermöglichen und damit dem Delir vorzubeugen. Gegenteilig werden viele Patienten abends agitiert, können nicht einschlafen und/oder werden delirant. Könnte eine Mobilisierung am Abend also helfen, eine Agitation in geordnete Bahnen zu lenken, delirante PatientInnen zu re-orientieren und durch die Anstrengung dann natürlichen Schlaf zu induzieren? Wir haben dazu eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Pilotstudie durchgeführt (Nydahl et al. 2021). PatientInnen, die mindestens eine Nacht auf der Intensivstation verbrachten, prinzipiell mobilisierungsfähig und auf ein Delir untersuchbar waren (RASS > -3) wurden eingeschlossen. In der Interventionsgruppe wurden PatientInnen an drei aufeinander folgenden Abenden zwischen 21.00 bis 23.00 von einem Mobilisierungsteam, bestehend aus Pflegenden und/oder PhysiotherapeutInnen, auf die Bettkante oder weiter mobilisiert; zusätzlich wurden Gespräche, Massagen, Fußbäder, TV etc. angeboten. PatientInnen der Kontrollgruppe erhielten die übliche Versorgung. Im Ergebnis konnten von insgesamt 185 anwesenden PatientInnen 28.6% (n=53) für die Studie rekrutiert und 24.9% (n=46) mobilisiert werden (Intervention: 26, Kontrolle: 20). Die Mobilisierung am Abend war in 75% durchführbar und sicher, kein Patient kam zu Schaden; in 25% der Gelegenheiten war die Mobilisierung nicht durchführbar (Re-Operation, Untersuchung), nur in 15% wurde die Mobilisierung von PatientInnen abgelehnt (Müdigkeit, Schlaf, Schmerz). Es waren weniger PatientInnen in der Interventionsgruppe delirant (26,9%, n=7 vs 50%, n=10) und es gab auch eine kürzere Delirdauer, aber die waren statistisch nicht signifikant (p=0,133, bzw. 0,126). Aktivitäten waren zumeist Gespräche, Rücken eincremen und Haare kämmen. Basierend auf der Effektstärke (Cramer's V 0,237) konnten wir berechnen, dass eine volle Studie 140 PatientInnen und eine Dauer von 6 Wochen benötigen würde. Kommentar: es handelt sich um eine Pilotstudie und die Ergebnisse können nur bedingt verallgemeinert werden. Die Zusammenarbeit mit PatientInnen, MedizinerInnen, PhysiotherapeutInnen und Pflegenden war toll, hat allen Spaß gebracht und für PhysiotherapeutInnen war die Mobilisierung am Abend eine neue und sehr positive Erfahrung. Der Großteil der PatientInnen hat die abendliche Mobilisierung begrüßt. Auch, wenn wir keine signifikanten Ergebnisse erzielen konnten und bislang nur die Machbarkeit geprüft haben, erscheint der Gedanke einer abendlichen Mobilisierung weiterhin plausibel, um natürlichen Schlaf zu

fördern, um prä-delirante PatientInnen vor einem Delir zu bewahren und delirante PatientInnen zu re-orientieren. Dies war nicht bei jedem IntensivpatientIn möglich, aber bei jedem 4. Wir planen eine Folgestudie, bei der die volle Anzahl von PatientInnen eingeschlossen werden kann und genauer untersucht werden kann, bei welchen Bedingungen Mobilisierung indiziert und therapeutisch wirksam sein kann und wann sie sogar kontraindiziert sein kann.

Dr. Peter Nydahl RN BScN MScN Kiel

### Warum fixieren Intensivpflegekräfte hyperaktive delirante Patienten?

*Teece, A., Baker, J., & Smith, H. Understanding the decision-making of critical care nurses when restraining a patient with psychomotor agitation secondary to hyperactive delirium: A 'Think Aloud' study. Journal of Clinical Nursing, 00, 1–13*

Das hyperaktive Delir ist der seltenste jedoch der präsenteste Subtyp in der Praxis. Die Betroffenen gefährden nicht nur durch ihre psychomotorische Erregung, sondern auch über die Hypervigilanz, welche oftmals durch Halluzinationen und Wahnvorstellungen getriggert ist, ihre lebenserhaltende bzw. lebensnotwendige Behandlung. Insbesondere zur Nacht erfolgt meist eine medikamentöse oder physikalische Fixierung. Jedoch scheint der Entscheidungsprozess stark abhängig von der Kultur und der üblichen Praxis abhängig zu sein. Schließlich fehlt es an einer einheitlichen internationalen Formulierung für fixierende Maßnahmen (medikamentös und physikalisch).

Ist es bereits eine fixierende Maßnahme den Patienten Fäustlinge anzuziehen damit sie die Zu- und Ableitungen nicht greifen können?

Der Einsatz erfolgt in der Praxis selten evidenzbasiert. Denn die aktuellen Empfehlungen des Delirmanagements umfassen Reorientierung, klare Kommunikation, Aufrechterhaltung des Tag-Nacht-Rhythmus (Schlafförderung), Mobilisierung, Management von reversiblen Faktoren und offene Visiten. Darin nicht enthalten ist die Freiheitseinschränkung durch fixierende Maßnahmen.

Was bewegt Intensivpflegekräfte fixierende Maßnahmen im Alltag anzuwenden?

Diese Frage stellten sich Teece, Baker und Smith aus dem UK. Mit Hilfe eines qualitativen pragmatischen Think Aloud Ansatz und sechs dreiminütigen Videoszenarien. Zu Beginn erhielten die Teilnehmer eine kurze Übergabe mit den Hintergrundinformationen zu dem Fall (objektiv und subjektiv). Mittels eines nicht öffentlichen YouTube Kanal war es den Forschern möglich die Befragung mittels Telefoninterviews in gesamt Großbritannien durchzuführen. Die Teilnehmer schauten 2-3 Szenarien. Währenddessen sollten sie „laut“ denken und ihre Entscheidungen, die sie treffen würden, begründen. Ein Interview dauerte im Schnitt ½-1 Stunde. Insgesamt wurden 30 Intensivpflegekräfte (Berufserfahrung von 3-30 Monaten) befragt, die Rekrutierung fand über die sozialen Medien statt.

### Szenarien

Patienten	Übergabe	Umgebung	Verhalten	Zu-/ Ableitungen
W., 55 J.	Subjektiv: Alkoholabusus, unangenehm, aggressiv	PP betreut weiteren Pat., unruhige Station	Agitation (körperlich und verbal), Angst, Unruhe, Delir, Manipulation an Zu-/ Ableitungen, bettflüchtig	Sauerstoffbrille, nicht invasives Monitoring, PVK
M., 50 J.	Objektiv: Assessments, vorherige Versuche Zu-/ Ableitungen zu entfernen	PP nimmt noch weiteren Pat. auf	Agitation (körperlich und verbal), Angst, Unruhe, Delir, körperliche Gewalt, Manipulation an Zu-/Ableitungen, bettflüchtig	CPAP-NIV, PVK mit Infusionen, Magensonde, invasives Monitoring
M., 45 J.	Subjektiv: langsames Weaning, hohe Sputumbelastung, Diskonnektion vom Respirator, beißen und treten, er weiß was er tut	Dienstbeginn 1:1	Agitation, Unruhe, Delir, Manipulation an Zu-/Ableitungen, bettflüchtig	Tracheostoma, PVK mit Infusionen, Magensonde, invasives Monitoring
M., 68 J.	Objektiv: 4post OP nach Notfall Aortenaneurysma, Sedierungsstop am Vortrag fehlgeschlagen wegen Agitation	Zweiter langer Dienst 1:1	Unruhe, Sedierungsstop, Manipulation an Zu-/Ableitungen	Tubus (Extubation angestrebt), PVK, ZVK, Magensonde, invasives Monitoring
W., 45 J.	Subjektiv: Polytoxomanie, Überdosis, frühere und vorsätzliche Selbstverletzungen, „Vielflieger“	Erster langer Dienst von zwei 1:1	Angst, Unruhe, Sedierungsstop, Manipulation an Zu-/Ableitungen	Tubus (Extubation angestrebt), Magensonde, PVK mit Infusionen, invasives Monitoring
W., 47 J.	Objektiv: frische perkutane Tracheotomie nach fehlgeschlagenen Extubationsversuch, COPD, Nikotinabusus	Nachmittag von einem langen Dienst 1:1	Agitation, Angst, Unruhe, Delir, Manipulation an Zu-/Ableitungen, bettflüchtig	Frisches Tracheostoma, Magensonde, PVK, ZVK, invasives Monitoring

In den Ergebnissen spiegeln sich fünf Kategorien wider:

### 1. Intrinsische Überzeugung und Fähigkeiten

Prinzipiell ist den Teilnehmenden bewusst, dass fixierende Maßnahmen das letzte Mittel der Wahl ist und erst dann zum Einsatz kommen sollte, wenn alle therapeutischen Behandlungsmethoden wiederholt versagt haben. Sie fühlen sich unbehaglich mit fixierenden Maßnahmen und empfinden sie als eine schlechte Pflegepraxis bzw. moralisch verwerflich. Jedoch stufen sie in der Verwerflichkeit ab, so ist es weniger schlimm den Patienten Fäustlinge anzuziehen oder seine Hand von den Zu- und Ableitungen wegzubewegen, als eine Fixierung an den Extremitäten. Es ist den Teilnehmern bewusst, dass Medikamente lediglich die Symptome blockieren und die Fixierung das Delir verschlimmern kann. Einige Teilnehmer beschreiben, dass es die „richtige“ Person für delirante Patienten gibt. Es wurden einige Attribute genannt: gute Kommunikationsfähigkeit, Geduld, kreatives Denken, aktives Engagement in der Rehabilitation, Vermeidung von Fixierung, höhere Toleranz und ein Art „Talent“.

### 2. Übergabe und Kennzeichnung beeinflusst die Entscheidung

Durch Stigmatisierung und eine negative Etikettierung scheint es dazu zu kommen, dass schneller zu drastischen Maßnahmen gegriffen wird. Sie scheint jedoch der Bewältigung und der Unterstützung für die Pflegenden zu dienen.

### 3. Versäumnis eines konsistenten Ansatzes

Eine Inkonsistenz im medizinischen und pflegerischen Delirmanagement wird als ein erheblicher beeinflussender Faktor angesehen. Prinzipiell werden Protokolle als hilfreich empfunden jedoch spricht sich die Mehrheit gegen diese aus, da sie nicht für die Intensivpflege geeignet wären. Schließlich zähle die Intuition und intrinsische Expertise mehr. Teilnehmende die eine regelmäßige Begleitung und Adaption durch einen Experten erfahren, empfanden die Protokolle als sinnvoller.

### 4. Fixierende Maßnahmen als Ergänzung zur aufmerksamen Beobachtung

In Situationen in denen keine engmaschige Beobachtung möglich ist empfinden die Teilnehmer die fixierenden Maßnahmen als eine Art doppeltes Netz. Insbesondere wenn die eigene Wachsamkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration nachlässt. Bei mangelnder Unterstützung ausgelöst durch einen schlechten Personalschlüssel sei die chemische Fixierung eine notwendige Ergänzung. Es wurden unterstützende Argumente aus den Bereichen der Patientensicherheit und der persönlichen Gefährdung genannt.

### 5. Tyranei des Jetzt

Wie es sich anfühlt einen hyperaktiven deliranten Intensivpatienten zu betreuen umfasst diese Kategorie. Die emotionale und körperliche Arbeit wird als unerbittlich und brutal beschrieben. Die Wiederholung von Anweisungen an den Patienten gehen mit Geduldsverlust einher und desto geringer ist die therapeutische Auseinandersetzung. Eine „willkommene Lösung“ stellt die physikalische und chemische Fixierung dar. Die Teilnehmenden beschreiben



die Versorgungssituation als unerbittlich, brutal, stressig und unter ständiger Sorge und Belastung zu leiden. Begleitet von dem Gefühl des Kontrollverlusts und der Angst Fehler zu machen oder dass der Patient sich in einem unbeobachteten Moment verletzt. Ruhephasen für Denkprozesse scheinen unmöglich zu sein. Die Teilnehmer stellen fest, dass fixierende Maßnahmen oftmals zur Erleichterung für das Personal und nicht für den Patienten eingesetzt werden. Ein rücksichtsvolles Team wird als eine wertvolle Ressource genannt, um die notwendigen Pausen einzuhalten.

Ein weiterer Teilaspekt sind die Ärzte. Die Teilnehmer identifizieren einen Mangel an deren Unterstützung, sie könnten einfach weggehen. Schließlich sei die ärztliche Reaktion bei agitierten Verhalten geringer bzw. sei der Griff zu sedierenden Medikamenten schneller. Oftmals werde die Meinung der Pflegekräfte nicht miteinbezogen und das verschriebene Medikament soll die Situation verbessern während sie flüchten. Die Teilnehmer stellen fest, dass es einer kooperativen Entscheidungsfindung bedarf, um eine verbesserte Patientenversorgung und somit weniger fixierende Maßnahmen zu ermöglichen.

Zusammenfassend empfinden die Teilnehmer fixierende Maßnahmen als eine negative Intervention jedoch als eine wesentliche Rolle zur Gewährleistung der Patientensicherheit, insbesondere bei einem reduzierten Personalschlüssel. Jedoch ist die Entscheidung und Durchführung begleitet von einer moralischen Bedrängnis. Zudem ist die Betreuung der Patienten körperlich und seelisch anstrengend.

Die Teilnehmer empfinden das Delir als ein bedrohliches Organversagen, nehmen diese Perspektive jedoch nicht von den ärztlichen Kollegen wahr. Sie empfinden, dass es als alleiniges pflegerisches Problem angesehen wird und wünschen sich in der Praxis mehr Unterstützung. Schließlich ist das Delir eine erhebliche Organdysfunktion mit kurz- und langfristigen Auswirkungen und erfordert einen multidisziplinären Therapieansatz.

In der Praxis gelten hyperaktive delirante Patienten als „unbeliebt“. Die Pflege auf der Intensivstation unterliegt routinierten und regelhaften Abläufen, die durch die psychomotorische Erregung gestört werden. Unter Zuhilfenahme von fixierenden Maßnahmen scheint der Kontrollverlust geringer zu werden und die Routine kann wiederhergestellt werden. Zumal wenn eine vorherige Stigmatisierung stattgefunden hat. Denn Adjektive wie „verrückt“, „kein richtiger Intensivpatient“ usw. führen dazu, dass häufiger fixierende Maßnahmen eingesetzt werden, welche im Gegensatz zu einer patientenzentrierten Pflege stehen. Eine wesentliche Grundlage für ein therapeutisches Delirmanagement. Die Pflegekräfte widersprechen mit fixierenden Maßnahmen dem eigenen Berufsethos und ihren moralischen Werten, was zu Stress und Unterdrückung der eigenen Gefühle führt. Das Wiedererlangen der emotionalen Kontrolle steht an erster Stelle auch wenn diese mit dem sog. „Surface Acting“ (vorgeben einer positiven Stimmung um die Fassade aufrechtzuerhalten) einhergeht, um das professionelle Ansehen zu wahren.

Das Vermeiden von fixierenden Maßnahmen und die Unterstützung von Intensivpflegekräften in dieser Extremsituation stellt explizite Forderungen an die Praxis:

- Evidenzbasierte, konsistentes und multidisziplinäres Delirmanagement
- Unterstützende und wertschätzende multiprofessionelle Teamdynamik
- Mentoring durch erfahrene Kollegen und/ oder Experten (APN)
- Humanisierung der Intensivstation
- Präventives psychologisches Teammanagement

Jessica Kilian M.Sc. Wiesbaden

### S1 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN):

#### Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir

*Maschke M. et al., Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir, S1-Leitlinie, 2020, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. online: [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien) (abgerufen am 14.09.2021)*

Die S1 Leitlinie wurde im Dezember 2020 vollständig bearbeitet und ist bis zum 4. Dezember 2025 gültig. Die Adressaten der Leitlinie sind vor allem Neurolog\*innen in Akutkrankenhäusern und internistischen Fachabteilungen ohne Neurologische Fachabteilung im Hause.

Der lateinische Begriff „de-lira ire“ (aus der Spur geraten) beschreibt die Grundproblematik des Delirs sehr gut. Nach ICD-10-Definition (F05.0) handelt es sich um ein unspezifisches, polymorphes, hirnorganisches Syndrom, welches nicht allein durch Intoxikation mit Alkohol oder psychotropen Substanzen verursacht wird. Es besteht eine gleichzeitige Störung des Bewusstseins und mindestens zwei weiterer Störungen. Hierunter fallen die Störung der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität oder des Schlaf-Wach-Rhythmus (Maschke et al 2020)

In der Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) müssen, nach der letzten Revision, Regulationsstörungen der Aufmerksamkeit vorhanden sein, die gemeinsam mit der Vigilanz, dem Denken, der Wahrnehmung oder anderer kognitiver Leistungen auftreten.

Eine akute Symptomatik durch eine alleinige vorbestehende Erkrankung reicht als Erklärung nicht aus (European Delirium Association 2014, Nydahl und Hansen 2019, Maschke 2019)

Es wird nach ICD-10 zwischen einem Delir ohne Demenz (F05.0), einem Delir bei Demenz (F05.1), einem postoperativen Delir oder einem gemischten Delir (F05.8) unterschieden.

Die Diagnose des Delirs erfolgt klinisch als akut und fluktuierend auftretende Verwirrtheit, dem Vorhandensein einer Aufmerksamkeitsstörung und dem Vorliegen einer organischen Genese. Keinesfalls liegt eine psychiatrische Grunderkrankung vor.

Bei dem Verdacht auf ein Delir sollten zunächst die Medikamente überprüft, ggf. reduziert oder abgesetzt werden. Hierzu können z.B. die PRISCUS-Liste ([www.priscus.net](http://www.priscus.net)) oder die

FORTA-Liste der Universität Heidelberg Unterstützung bieten. Ein Verzicht von anticholinergen Medikamenten bei älteren Patienten sollte erwogen werden.

Das Delir-Screening sollte interprofessionell erfolgen. Zur Quantifizierung und Einordnung eignen sich die validierte Delirium Subtype Scale, die aus 11 Kriterien (4 für die hyperaktive Form und 7 für die hypoaktive Form) besteht. Zur Diagnosestellung des z.B. hyperaktiven Delirs müssen zwei oder mehr Kriterien aus 1-4 erfüllt sein. Ebenfalls geeignet ist die Confusion Assessment Method (CAM), die im klinischen Alltag valide durchführbar ist.

Eine medikamentöse Therapie ist, wenn diese überhaupt indiziert ist, eine zeitliche limitierte und symptomorientierte Maßnahme und soll auf der Überwachungsstation unter Monitorkontrolle erfolgen. Grundsätzlich richtet sich die medikamentöse Therapie nach dem Schweregrad und der Form des Delirs. So können beim hyperaktiven Delir Melperon (25-50 mg 1-3 x tgl.) oder Pipamperon (12-40mg 1-2 x tgl.) erwogen werden. Beim Alkoholentzugsdelir, das deutlich von den übrigen Delirformen abzugrenzen ist, kann ggf. eine Kombination mit Lorazepam bzw. Clonazepam p.o. zur Anwendung kommen (Maschke 2019). Hochpotente Neuroleptika werden in der DGN Leitlinie nur bei inhaltlichen Denkstörungen (Halluzinationen, Verkennen der Situation) empfohlen.

Sollte eine orale Applikation bei einem, durch Alkoholentzug ausgelösten Delir, nicht möglich sein, sollte eine parenterale Kombinationstherapie mit Diazepam oder Midazolam unter Kombination mit Haloperidol (empfohlen wird hier die i.m. Gabe) unter Monitorüberwachung Eine kontinuierliche Überwachung auf einer ICU oder IMC Station unter Vermeidung von Reizüberflutung und Mangelernährung soll vermieden werden. Bezugspersonen sowie therapeutisches und pflegerisches Personal sollten mit hoher Konstanz den Kontakt halten. Fixierungsmaßnahmen sollten vermieden werden.

Nicht medikamentöse Therapieverfahren sind der Schlüssel zur Elimination von Auslösefaktoren des Delirs. Hierunter fallen die kognitive Aktivierung, die Reorientierung, die Schlafhygiene und eine konsequente Bezugspflege.

### **Literatur:**

Maschke M. Ätiologie und Behandlung des Delirs. Dtsch Med Wochenschr 2019; 144:101-107

European Delirium Association, American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. BMC Med 2014; 12: 141.

Nydahl P, Hansen HC. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin | 2019; 10(4)132–134.

Rolf Dubb M.A. B.Sc. Reutlingen

### Newsticker

In dieser Rubrik stellen wir Studien zum Delir kurz vor damit Sie einen Überblick über aktuelle Publikationen erhalten. Durch einen Klick auf den Link wird eine Weiterleitung zum Abstract in der PubMed geschaltet. Dieser Newsticker entsteht in Kooperation mit dem Netzwerk Frühmobilisierung:

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

**Delir & Pflege-/therapie:** nicht-pharmakologische Interventionen können das Auftreten eines Delirs bei Nicht-IntensivpatientInnen um bis zu 43% im Vergleich zur üblichen Versorgung reduzieren. Cochrane-Review von Burton et al (2021) <https://bit.ly/2TOLYr4>

**Delir & Dexdor:** eine Meta-Analyse mit 36 Studien geringer Qualität und 9623 IntensivpatientInnen mit Sedierungsprotokollen, die mit vs. ohne Dexmedetomidin behandelt wurde, zeigte ein reduziertes Delirrisiko von OR 0.63, aber ohne signifikante Wirkung auf die Dauer eines Delirs oder die Mortalität. Wang et al (2021) <https://bit.ly/3yhf8y2>

**Delir & Wissen:** Was jeder Intensivmediziner über subsyndromales Delir auf der Intensivstation wissen muss. Übersichtsarbeit von Serafim et al (2021) <https://bit.ly/37awdxD>

**Delir & Epilepsie:** ein postiktales Delir nach Status Epilepticus auf der Intensivstation ist häufig und betrifft 55% der SE-Patienten, mediane Dauer 2 Tage, höchster Risikofaktor ist Alkohol- oder Drogenkonsum. Beobachtungsstudie von Baumann et al (2021) aus der Schweiz <https://bit.ly/3yaOTct>

**Delir & Midazolam:** in 2.837 beatmeten IntensivpatientInnen war eine Sedierung mit Midazolam oder Fentanyl im Vergleich zur Sedierung mit Propofol mit einem höheren Delirrisiko verbunden (Midazolam OR 1,46, Fentanyl OR 1,22). Beobachtungsstudie von Casault et al (2021) aus den USA <https://bit.ly/3iegnlu>

**Delir & Belastungen:** Delir-bedingte Belastungen bei Patienten und Familien: Meta-Synthese von 13 Studien identifizierte: a) Delir wird durch die ganze Person erfahren, b) Familien erlebten Mitgefühl, Unsicherheit und Angst c) Mediatoren: Anwesenheit, Freundlichkeit, Erklärungen, Kommunikation. Boehm et al (2021) <https://bit.ly/3zyMPMb>

**Delir & Neuro:** Die Prävalenz des Delirs bei 127 neurochirurgischen Intensivpatienten betrug 19% am postoperativen Tag 1 und 9% am Tag 2. Risikofaktoren waren niedrige GCS, Spo2-Spiegel, Schädeloperation und andere. Kose et al (2021) aus der Türkei <https://bit.ly/3yuk3L5>

**Delir & Neuro II:** Das Delir-Assessment bei 101 neurokritischen Intensivpatienten durch CAM-ICU, ICDSC und DSM-IV ist durch Sedierung, aber nicht durch akuten Schlaganfall, TIA oder neurochirurgische Interventionen beeinflusst. Weiss et al (2021) aus Deutschland <https://bit.ly/3h727Rd>

**Delir & Neuro III:** der ICDSC kann der CAM-ICU bei der Delirdiagnostik bei Patient:innen mit ICB überlegen sein. Reznik et al (2020) aus den USA <https://bit.ly/3mNFQex>

**Delir & Prävention:** eine Meta-Analyse zur Delirprävention auf der Intensivstation inkl. 80 RCTs fand Evidenz für Dexmedetomidin, verglichen mit Placebo und Benzos, aber keine Evidenz für Nicht-pharmakologische Interventionen. Burry et al (2021) <https://bit.ly/2WFWBC5>

**Delir & Diagnostik:** eine Übersichtsarbeit diskutiert Fallstricke bei der Diagnose von Delir. Nydahl et al (2021) <https://bit.ly/38x6bFi>

**Delir & Pädiatrie:** eine Meta-Analyse inkl. 11 Studien zeigt: jedes dritte Kind ist im Delir. Risikofaktoren sind Benzos, Opioide, tiefe Sedierung, Herz-Thorax-Chirurgie, u.a. Folgen: mehr Beatmungstage, längere Verweildauer, erhöhte Mortalität, Kosten und schlechtere Lebensqualität. Diarmeid et al (2021) <https://bit.ly/3mOYD9C>

**Delir & Fußmassage:** Die Schwedische Fußmassage, 10 min/Tag für 6 Tage von Pflegenden vs. von Familien vs. übliche Pflege beeinflusste nicht das Bewusstsein oder das Vorhandensein von Delir bei 75 Intensivpatienten. RCT von Momeni et al (2021) aus dem Iran <https://bit.ly/3DB6Wvk>

**Delir & Opioide:** Exposition gegenüber Opioiden, aber nicht mehr Schmerzen, erhöhte das Risiko für Delir bei 172 Patienten auf einer chirurgischen Intensivstation. Pavone et al (2021) aus den USA <https://bit.ly/3t1xS2x>

**Delir & 30-Tage Mortalität:** in einer gematchten Analyse von 12.137 Intensivpatient:innen wurde deutlich, dass delirante Patient:innen ein erhöhtes Risiko haben, innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung in der Notaufnahme vorstellig zu werden, wieder im Krankenhaus aufgenommen zu werden oder zu versterben. Nach 30 Tagen waren diese Risiken nicht mehr erhöht. Fiest et al (2021) aus Kanada <https://bit.ly/3mNjmdK>

**Delir & CAM-IMC:** Bei 50 extubierten Intensivpatienten verbesserte die Zusatzfrage nach Desorientierung die Sensitivität und Spezifität der CAM-ICU. Ist das neue CAM-IMC ein besseres Werkzeug für sprechende Intensiv-/IMC-Patienten? Ulf Günther et al (2021) <https://bit.ly/3DBoW8U>

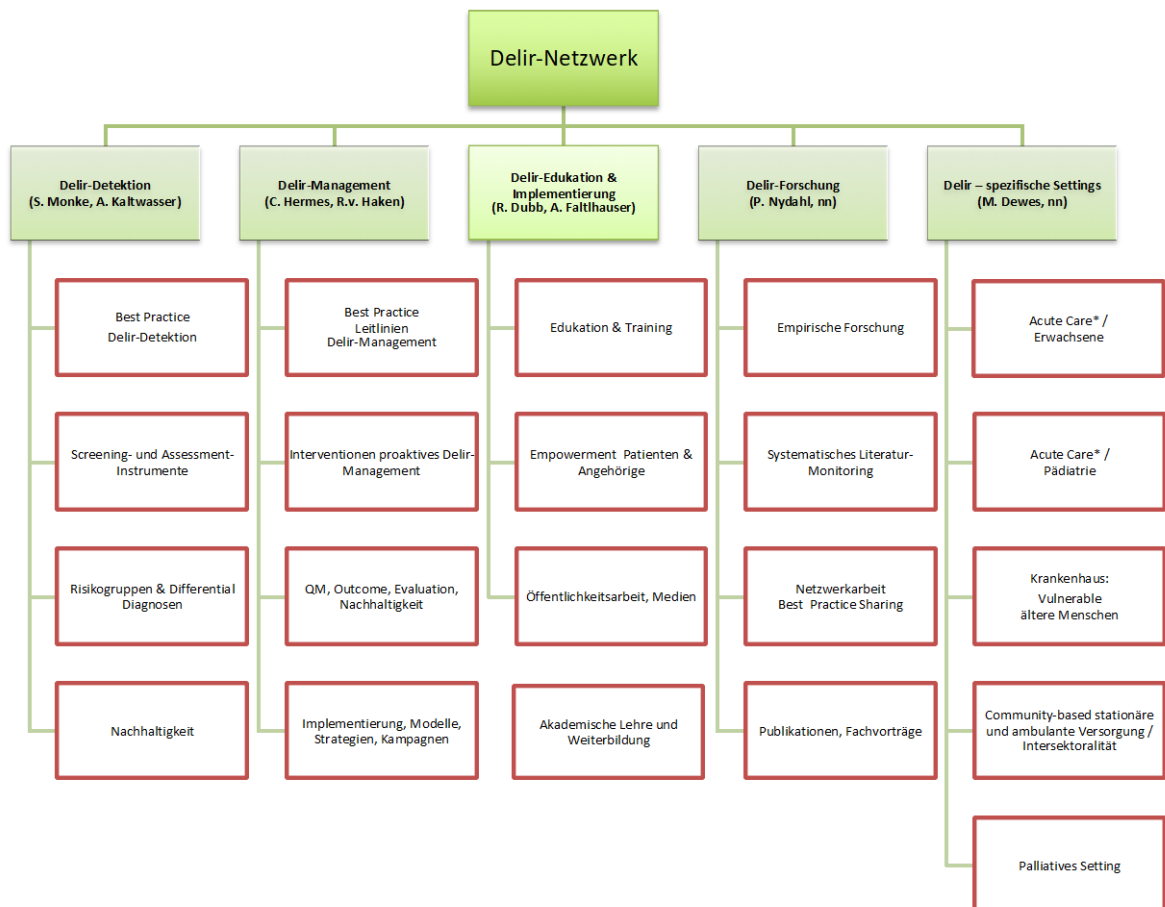
### Das Delir-Netzwerk e.V. stellt sich vor

Das Delir-Netzwerk e.V. wurde 2019 als gemeinnütziger Verein mit Sitz in Lebach eingetragen. Vorstand sind Rebecca von Haken, Stefanie Monke, Jessi Killian, Sabrina Pelz, Christian Brock, Christine Thomas und Stefan Kreisel. Kurzum fördern wir die multidisziplinäre, multiprofessionelle Pflege, Behandlung und Erforschung des Delirs.

#### Die Ziele:

- wissenschaftliche Forschung zum Thema zu betreiben,
- Wissen einzelner Disziplinen und Professionen zu verknüpfen,
- Theorie-Praxistransfer initiieren, zu begleiten und zu implementieren,
- Öffentlichkeitsarbeit zu fördern

## Sektionen des Delir-Netzwerks 2020



\***Acute Care** lt. Definition der WHO, beinhaltet Therapie, Stabilisierung, Rehabilitation, Versorgung und Palliation in den Bereichen Rettungsdienst, Notaufnahme, Intensivstation und Bereiche mit intensiver Überwachung. Quelle <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/>, März 2019

### 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](http://www.delir-netzwerk.de/mitgliedschaft.html)

Für weitere Informationen schreiben Sie doch eine Mail an:

[info@delir-netzwerk.de](mailto: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](mailto:newsletter@delir-netzwerk.de)

#### Verantwortlich:

1. Vors. Rebecca von Haken

Delir-Netzwerk e.V.

Hermannstraße 2a

66822 Lebach

[info@delir-Netzwerk.de](mailto: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.