

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

13. Oktober 2020

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Ihnen heute den 7. Newsletter des Delir-Netzwerks e.V. präsentieren zu können. Es ist schön, wenn Sie den Newsletter an interessierte Kolleginnen und Kollegen weiterleiten oder ihn auslegen.

Wir hoffen weiter, dass in diesem Jahr weitgehend ohne Symposien und Kongresse in physischer Form unser Newsletter eine interprofessionelle/-disziplinäre Austausch-ebene darstellt. Sie sind recht herzlich eingeladen Beiträge, Links und Gedanken zum Thema Delir mit dem Netzwerk zu teilen. Diese können Sie uns sehr gerne per E- Mail zukommen lassen.

## Was gibt es Neues im Netzwerk?

Nachdem wir sehr lange an dem geplanten Symposium festgehalten haben, unter anderem weil die Wege in Mannheim kurz sind, haben wir letzte Woche in einer Vorstands- und Beiratssitzung beschlossen, das Symposium um genau ein Jahr zu verschieben.

Damit ist der Termin für unser erstes Symposium des Netzwerks der **27.11.2021**.

Die Mitgliederversammlung hingegen **wird** stattfinden und zwar am 28.11.2020 um 14:00 Uhr im großen Saal der Alten Brauerei gegenüber des Universitätsklinikum Mannheim (UMM).

Die detaillierte Tagesordnung wird vier Wochen vor der Mitgliederversammlung als E-Mail an alle Mitglieder versendet. Sollte sich Ihre E-Mail-Adresse geändert haben, teilen Sie es uns bitte zeitnah mit.

Es stehen vakante Vorstandsstellen zur Wahl. Daher wird nach der Entlastung des alten Vorstands auf der Versammlung ein neuer Vorstand gewählt. Wir würden uns

sehr freuen, den ein oder anderen Bewerber begrüßen zu dürfen. Unsere Vorstandssitzungen halten wir in Form von Videokonferenzen ab, um den Aufwand möglichst gering zu halten

Die Stimmabgabe muss persönlich erfolgen, allerdings sieht unsere Satzung vor, dass ein anwesendes Mitglied, unter Vorweisen einer schriftlichen Vollmacht, für ein weiteres stimmberechtigtes Mitglied eine Stimme abgeben kann.

Wenn es Wünsche für die Tagesordnung gibt, ist jetzt der Zeitpunkt, Sie an die unten aufgeführte E-Mail-Adresse zu schicken

Wenn Sie noch kein Mitglied sind, aber es gerne werden wollen, finden Sie auf unserer Homepage das Aufnahmeformular.

Wir freuen uns über jeden Kollegen, der unserem Netzwerk beiträgt.

Bleiben Sie gesund!

Weitere Informationen finden Sie auf [www.delir-netzwerk.de](http://www.delir-netzwerk.de) oder per E-Mail an [info@delir-netzwerk.de](mailto:info@delir-netzwerk.de)

Wir wünschen viel Interesse beim Lesen!

Rebecca von Haken, Arnold Kaltwasser, Jessi Killian und Sabrina Pelz  
für den Vorstand und Beirat.

In diesem Newsletter geht es um:

Veranstaltungen .....	4
Webinare .....	5
Fachbeitrag: Besuchszeiten und Delir auf einer Intensivstation .....	5
Fachbeitrag: Eine Klassifizierung von Tests zum Delir .....	6
Er schreibt in einem Blog vom 13.7.2020: .....	6
Fachbeitrag: Das Zentensivist Manifest: ein Plädoyer in Sachen Mensch .....	12
Newsticker .....	14
Das Delir-Netzwerk e.V. stellt sich vor .....	19

### 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.**

**28.11.2020 Mitgliederversammlung** ab 14.00 Uhr, Mannheim Einladung folgt

**28.11.2020 Vorstandssitzung**, Mannheim

02.-04.12.2020 **DIVI Kongress** Hamburg: [www.divi.de](http://www.divi.de) findet online statt!

**12.02.2021** 6. Fachtagung Delir 2021, **Wien**: <http://www.fachtagung-delir.at/allgemeines-2021.html>

**24.-26.02.2021** 31. Symposium Intensivmedizin und Intensivpflege in **Bremen**:  
[https://intensivmed.de/de/Anmeldung\\_mv](https://intensivmed.de/de/Anmeldung_mv)

**23.03.2021** Save the date 2. Boberger Delirtag im BG Klinikum **Hamburg**: [www.bg-kliniken.de/klinikum-hamburg/veranstaltungen/](http://www.bg-kliniken.de/klinikum-hamburg/veranstaltungen/)

**22.-25.09.2021** Save the date 9th EfCCNa Congress in **Utrecht**  
<https://www.efccna.org/education/efccna-congress>

**11.-12.11.2021** Reutlinger Fortbildungstage [www.akademie-reutlingen.de](http://www.akademie-reutlingen.de)

**November 2021** EDA Kongress in Barcelona, Datum folgt [www.europeandeliriou-massociation.org](http://www.europeandeliriou-massociation.org)

### Webinare

[https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber\\_uns/Fachabteilungen\\_KN/kliniken/medizin3/fachinformationen/notfall-intensivmedizin/AZ\\_Ordner\\_versteckt/Delir\\_jsintranetversion1.pdf](https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/kliniken/medizin3/fachinformationen/notfall-intensivmedizin/AZ_Ordner_versteckt/Delir_jsintranetversion1.pdf)

<https://www.conventiongroup.at/vortraege-fachtagung-delir-2020.html>

<https://cognitivecare.gov.au/videos/be-alert-to-delirium-webinar/>

Bitte teilen Sie uns Webinare per Mail [info@delir-netzwerk.de](mailto:info@delir-netzwerk.de) mit. Dann veröffentlichen wir sie gerne beim nächsten Newsletter!

### Fachbeitrag: Besuchszeiten und Delir auf einer Intensivstation

Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial (Rosa et al., 2019)

Die Wirkung von flexiblen Besuchszeiten auf Intensivstationen in Bezug auf die Delirientstehung ist abschließend nicht eindeutig geklärt. Im Rahmen einer cluster-randomisierten Cross-Over Studie sind 36 Intensivstationen in Brasilien eingeschlossen worden. Eine Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgte im Erhebungszeitraum von April 2017 bis Juli 2018.

Die Intervention bestand aus flexiblen Besuchszeiten (bis zu 12 Stunden pro Tag) mit einer Edukation (mündlich und schriftlich zu Intensivstationsumgebung, häufige Prozeduren, multidisziplinäre Arbeit, Infektionskontrolle, Palliativversorgung und Delir) im Vergleich zu eingeschränkten Besuchszeiten (im Median 1,5 Stunden, max. 4,5 Stunden pro Tag) ohne Edukation. Von insgesamt 36 Intensivstationen waren 19 der Interventionsgruppe und 17 der Kontrollgruppe zugeordnet. Die Verifizierung des Delirs erfolgte durch die Anwendung der CAM-ICU und die Delirinzidenz war der primäre Endpunkt.

Ausgewertet wurden die Daten von 1685 Patienten, 1060 Familienmitgliedern und 737 Mitarbeitern. Die Patienten waren im Durchschnitt 58,5 Jahre alt und der Anteil an Frauen lag bei 47,2%. Die Familienmitglieder waren durchschnittlich 45,2 Jahre, die Mitarbeiter 35,5 Jahre alt. Die durchschnittliche tägliche Besuchsdauer war bei den flexiblen Besuchen signifikant höher (4,8 vs. 1,4 Stunden; bereinigte Differenz 3,4 Stunden [95% KI, 2,8 - 3,9];  $p < 0,001$ ). Die Inzidenz des Delirs während des Aufenthalts

auf der Intensivstation unterschied sich nicht signifikant zwischen flexiblem und eingeschränktem Besuchsmodell (18,9% gegenüber 20,1%; bereinigter Unterschied  $-1,7\%$  [95% KI  $-6,1\% - 2,7\%$ ];  $p=0,44$ ). Weitere Endpunkte: Bei der Burnout-Rate der Mitarbeiter zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Hervorzuheben sind die ausschließlich bei den Familienmitgliedern signifikant besseren Ergebnisse. So zeigten sich geringere Werte bei der Angst- und Depressionsskala und höhere Werte bei der Zufriedenheit und die von den Familienmitgliedern angegebene Selbstwahrnehmung zur Beteiligung an der Pflege der Patienten.

Die Studie weist ein geringes Verzerrungspotential auf (bewertet mit RoB 2: A revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials) und die einzelnen Schritte des UKMRC Framework wurden berücksichtigt.

Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019;322(3):216–228. doi:10.1001/jama.2019.8766

Max Zilezinski und Armin Hauß, Berlin

### Fachbeitrag: Eine Klassifizierung von Tests zum Delir

Alasdair MacLulich, Professor an dem Institut für Altersmedizin an der Universität Edinburgh in Schottland und Mitglied der European Delirium Association, hat einen Blog, in dem er über Delir schreibt. In einem Beitrag hat er über die vielen verschiedenen Tests („tools“) zur Delirerkennung geschrieben und diese kategorisiert. Prof. MacLulich hat freundlicherweise zugestimmt, dass dieser Beitrag in Teilen übersetzt und hier veröffentlicht wird. Wir danken ihm sehr dafür!

Er schreibt in einem Blog vom 13.7.2020:

**Alasdair MacLulich:** Etwas, das ich anfangs auf dem Gebiet des Delirs verwirrend gefunden hatte, war die schiere Anzahl von Tests, die zum Delir entwickelt worden sind. Eine riesige Vielfalt. Und es war nicht immer klar, wofür jeder Test war und wie er verwendet werden sollte.

Vor kurzem nahm ich mir vor, alle Tests zusammenzufassen, die jemals veröffentlicht worden sind. Das Ziel war, nur diejenigen Tests zu nehmen, die speziell für die Un-

tersuchung von Delirien entwickelt worden sind. Die gefundenen Tests habe ich kategorisiert. Es sind keine allgemeinen kognitiven Tests dabei, mit denen ein Delir untersuchbar ist.

Für den Anfang habe ich eine die zeitliche Entwicklung von allen publizierten Delir-Tests dargestellt, sortiert nach Publikationsdatum. Es gibt keine einzelne Quelle für alle Informationen. Die Übersichtsarbeiten, Buchkapitel und Websites am Ende des Textes bieten alle zusammen die Quellenangaben.

### **Eine Zeitleiste aller veröffentlichten Delir-Tests**

- 1973** Delirium Scale (D-Scale)
- 1985** Global Accessibility Rating Scale (GARS)
- 1987** Organic Brain Syndrome Scale (OBS)
- 1988** Delirium Rating Scale (DRS); Saskatoon Delirium Checklist (SDC)
- 1990** Confusion Assessment Method (CAM); Clinical Assessment of Confusion-A & -B (CAC-A, CAC-B)
- 1991** Confusion Rating Scale (CRS), MCV Nursing Delirium Rating Scale (MCV-NDRS)
- 1992** Delirium Symptom Interview (DSI)
- 1993** Delirium Rating Scale - Revised - 98 (DRS-R98);
- 1994** Delirium Assessment Scale (DAS)
- 1996** Cognitive Test for Delirium (CTD); NEECHAM Confusion Scale (NCS)
- 1997** Confusional State Evaluation (CSE); Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS); Global Attention Rating
- 1998** Delirium Index (DI); Delirium Severity Scale (DSS)
- 2001** Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU); Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC); Delirium Rating Scale - Revised - 98 (DRS-R98); Communication Capacity Scale & Agitation Distress Scale (CCS & ADS)
- 2002** Delirium Experience Questionnaire (DEQ)
- 2003** Delirium Observation Scale (DOS)
- 2004** Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale (PAED)



- 2005** Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC); Delirium-O-Meter; Delirium Detection Score
- 2008** Delirium Motor Subtype Scale (DMSS)
- 2010** Single Question in Delirium (SQiD); Delirium Diagnostic Tool-provisional (DDT-Pro); Delirium Box (Delbox)
- 2011** 4 'A's Test (4AT); Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (pCAM-ICU)
- 2012** Modified Richmond Agitation Sedation Scale (mRASS); Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM)
- 2013** Brief CAM (bCAM); Delirium Triage Screen (DTS); Informant Assessment of Geriatric Delirium (I-AGeD); Observational Scale for Level of Alertness (OSLA)
- 2014** 3D-Confusion Assessment Method (3D-CAM); Modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED); Abbreviated version of the Delirium Motor Subtyping Scale (DMSS-4); Confusion Assessment Method – Severity Scale (CAM-S); Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD)
- 2015** Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR); Simple Question for Easy Evaluation of Consciousness (SQEEC); Ultra-Brief 2-item Screener (UB-2); Single Screening Question Delirium (SSQ–Delirium); DelApp
- 2016** Preschool Confusion Assessment Method—Intensive Care Unit (psCAM-ICU); Sour Seven; Delirium Early Monitoring System (DEMS)
- 2017** Confusion Assessment Method for the ICU - 7 (CAM-ICU-7); National Early Warning Score - 2 (NEWS2);
- 2018** Stanford Proxy Test for Delirium (S-PTD); Sophia Observation Withdrawal Symptoms – Pediatric Delirium (SOS-PD)

Mit insgesamt 59 (!) Tests, die seit 1973 entwickelt worden sind, kann es schwer fallen zu verstehen, wie und wann sie verwendet werden sollten. Daher kann eine Klassifizierung hilfreich sein, um Leserinnen und Lesern bei einer Suche zu helfen. Eine wichtige Unterscheidung in diesen Tests, die in dem klinischen Alltag verwendet werden, ist die Unterscheidung zwischen Tests, die ein bis mehrmals täglich angewendet und denjenigen, die bei deliranten Episoden oder nur im Verdachtsfall verwendet werden. Dieses Thema wird in einem anderen Blog behandelt. (<https://www.delirium-words.com/delirium-words-1/delirium-detection-in-routine-clinical-care-two-basic-pro>



cesses). Es ist auch wichtig zu wissen, dass einige Tests mehr als eine Kategorie haben; zum Beispiel können einige Tests sowohl für die Erkennung von Delirien als auch für die Erfassung der Delirstärke verwendet werden.

### Klassifizierung von Delir-Tests

Die Klassifizierung erfolgte in diesen Kategorien:

- Episodische Verwendung bei dem ersten Auftreten eines Delirs oder bei Verdacht auf ein Delir (z.B. in der Notaufnahme, bei einer ersten deliranten Episode)
- Regelmäßige Überwachung von neuem Delir bei stationären Patienten, in der Regel einmal bis mehrfach täglich ausgeführt
- Für Intensivstationen
- Ultrakurze Tests für den Gebrauch am Bett
- Detaillierte phänomenologische und/oder neuropsychologische Bewertungen
- Instrumente für Angehörige
- Messung der Delirschwere
- Beurteilung der motorischen Symptome
- Kognitive Tests für Delir
- Bewertung von Delir bei Kindern

### Tabelle

Episodische Verwendung	Instrumente für Angehörige
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusion Assessment Method (CAM)</li> <li>• 4 'A's Test (4AT)</li> <li>• Brief Confusion Assessment Method (bCAM)</li> <li>• Modified CAM for the Emergency Department (mCAM-ED)</li> <li>• 3D-Confusion Assessment Method (3D-CAM)</li> <li>• Delirium Diagnostic Tool-provisional (DDT-Pro)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Single Question in Delirium (SQiD)</li> <li>• Single Screening Question Delirium (SSQ-Delirium)</li> <li>• Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM)</li> <li>• Informant Assessment of Geriatric Delirium (I-AGeD)</li> <li>• Sour Seven</li> </ul>

<p><b>Regelmäßige Überwachung von neuem Delir bei stationären Patienten</b></p>	<p><b>Messung der Delirschwere</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)</li> <li>• Delirium Observation Scale (DOS)</li> <li>• National Early Warning Score - 2 (NEWS2)</li> <li>• Recognising Delirium As part of your Routine (RADAR)</li> <li>• Neecham Confusion Scale (NCS)</li> <li>• Confusion Rating Scale (CRS)</li> <li>• Stanford Proxy Test for Delirium (S-PTD)</li> <li>• Delirium Early Monitoring System (DEMS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirium Rating Scale (DRS)</li> <li>• Delirium Rating Scale - Revised - 98 (DRS-R98)</li> <li>• Confusion Assessment Method - Severity (CAM-S)</li> <li>• Confusion Assessment Method for the - ICU - 7 (CAM-ICU-7)</li> <li>• 3D-Confusion Assessment Method (3D-CAM)</li> <li>• Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)</li> <li>• Delirium Detection Score (DDS)</li> <li>• Confusional State Evaluation (CSE)</li> <li>• Delirium Index (DI)</li> <li>• Delirium Severity Scale (DSS)</li> <li>• Delirium Assessment Scale (DAS)</li> <li>• Delirium-O-Meter (DOM)</li> <li>• Delirium Observation Scale (DOS)</li> <li>• Communication Capacity Scale &amp; Agitation Distress Scale (CCS &amp; ADS)</li> </ul>
<p><b>Für Intensivstationen</b></p>	<p><b>Beurteilung der motorischen Symptome</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)</li> <li>• Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)</li> <li>• Delirium Detection Score (DDS)</li> <li>• MCV Nursing Delirium Rating Scale (MCV-NDRS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirium Motor Symptom Scale (DMSS)</li> <li>• Delirium Motor Symptom Scale - 4 (DMSS-4)</li> </ul>
<p><b>Ultrakurze Tests für den Gebrauch am Bett</b></p>	<p><b>Kognitive Tests für Delir</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultra-brief 2-item screener (UB-2)</li> <li>• Delirium Triage Screen (DTS)</li> <li>• Modified Richmond Agitation Sedation Scale (mRASS)</li> <li>• Simple Question for Easy Evaluation of Consciousness (SQEEC)</li> <li>• Observational Scale for Level of Alertness (OSLA)</li> <li>• Global Accessibility Rating Scale (GARS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delbox</li> <li>• DelApp</li> </ul>

Phänomenologische und/oder neuropsychologische Bewertungen	Bewertung von Delir bei Kindern
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirium Rating Scale (DRS)</li> <li>• Delirium Rating Scale - Revised - 98 (DRS-R98)</li> <li>• Cognitive Test for Delirium (CTD)</li> <li>• Delirium Symptom Interview (DSI)</li> <li>• Saskatoon Delirium Checklist (SDC)</li> <li>• Organic Brain Syndrome scale (OBS)</li> <li>• Delirium Scale (D-Scale)</li> <li>• Clinical Assessment of Confusion A &amp; B (CAC-A, CAC-B)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD)</li> <li>• Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale (PAED)</li> <li>• Pediatric Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (pCAM-ICU)</li> <li>• Preschool Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (psCAM-ICU)</li> <li>• Sophia Observation Withdrawal Symptoms-Pediatric Delirium (SOS-PD)</li> </ul>

### References

De J, Wand AP. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *Gerontologist*. 2015;55(6):1079-1099. doi:10.1093/geront/gnv100

Grover S, Kate N. Assessment scales for delirium: A review. *World J Psychiatry*. 2012;2(4):58-70. doi:10.5498/wjp.v2.i4.58

NIDUS Measurement Info Cards: <https://deliriumnetwork.org/measurement/delirium-info-cards/> Accessed 14 July 2020.

Robertsson, B. The instrumentation of delirium. In: Lindsay J, Rockwood K, Macdonald A. *Delirium in Old Age*. Oxford 2002.

Trzepacz PT. A review of delirium assessment instruments. *Gen Hosp Psychiatry*. 1994;16(6):397-405. doi:10.1016/0163-8343(94)90115-5

van Velthuisen EL, Zwakhalen SM, Warnier RM, Mulder WJ, Verhey FR, Kempen GI. Psychometric properties and feasibility of instruments for the detection of delirium in older hospitalized patients: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(9):974-989. doi:10.1002/gps.4441

### Professor Alasdair M J MacLulich

14.7.2020, <https://www.deliriumwords.com/delirium-words-1/a-classification-of-delirium-assessment-tools>

Wer ihm auf Twitter folgen möchte: @A\_MacLulich

Übersetzung Peter Nydahl, Kiel

### Fachbeitrag: Das Zentensivist Manifest: ein Plädoyer in Sachen Mensch

Um was geht es?

Veröffentlicht in der American Thoracic Society Scholar im Juni dieses Jahres sprechen sich mehrere Intensivmediziner für eine „Zen“-orientierte Intensivmedizin aus.

Aufgemacht ist das Manifest wie folgt.

In einleitenden Worten unterstreichen die Autoren die Notwendigkeit einer überlegten, behutsamen Medizin auf unseren Intensivstationen, die sich dem sehr gängigen Interventionalismus entgegenstellt.

In der Wortschöpfung des Zentensivist soll die Idee einer ganzheitlichen Intensivmedizin gespiegelt werden.

Worin bestünden die Veränderungen?

Die große Forderung besteht darin so wenig wie möglich und nur so viel wie notwendig zu tun.

Obwohl dieses Prinzip eigentlich bekannt ist, ist die Realität unserer Intensivstationen eine andere.

Kritisiert wird zum Beispiel ein unreflektierter Pragmatismus mit dem Ziel physiologische Normalwerte zu erreichen, statt differenziert adaptive (zum Beispiel Fieber) von maladaptiven Zuständen zu unterscheiden.

Der Wunsch, Formeln oder standard operating procedures (SOP) aufzustellen, die alle Patienten mit der Diagnose X einem Prozedere / Therapie Y zuordnen, ist in den Augen der Autoren nicht zielführend.

Die Individualisierung der Therapie klingt hier als weiteres Konzept mit an.

Weiter gefordert wird eine Risikotoleranz.

Die sinnlose Anforderung von Tests und Untersuchungen, um „auf der sicheren Seite zu sein“, ebenso wie Routinelabore werden in Frage gestellt.

Noch mehr gilt das für das frühe invasive „Ausstatten“ unserer Patienten, häufig aus Gründen des Komforts (Blutabnahme, Bilanzierung uäm) oder einer „gefühlten Sicherheit“ (falls was kommt).

Sehr deutlich fordern die Autoren ein genaues Abwägen von Vor-und Nachteilen für jede einzelne Maßnahme und sprechen sich für eine absichtliche Passivität aus.

Aktiv hingegen muss in den Augen der Autoren der Intensivmediziner auf der Ebene der Begegnung und Verbindung werden.

Beschrieben wird der ideale Zentensivist als eine in sich ruhende und beruhigend wirkende Persönlichkeit, die durch ihr Verhalten mit Kollegen, Patienten und deren Familien zu einer neuen Verbundenheit führt, die eine der überstrukturierten Intensivmedizin geopfert Menschlichkeit wiederherstellt.

Die Palliation, ungeachtet des Therapieziels ist damit zentral in seinem Handeln.

Als wesentliches Bundle wird das ABCDEF Vorgehen gesehen, das neben der Analgesie, Frühmobilisation, Delirprävention, die frühe Liberation des Patienten von Sedierung, Beatmungsmaschine und invasiven Wegen vorsieht, sowie die Familie engstens mit einbezieht.

Manche Forderungen dieses Manifests werden sich auf Intensivstationen mit ständig wechselnden Rotanten nicht ohne weiteres umsetzen lassen. Nachdenklich stimmt es den Leser trotzdem.

Das Manifest stellt den eindringlichen Appell an uns als behandelndes Intensivteam, als oberstes Ziel, ungeachtet der Prognose, die Beseitigung von Leid und die Maximierung an Menschlichkeit zu stellen.

Unter #zentensivist kann man auf Twitter die Diskussionen verfolgen oder sich daran beteiligen.

Nachzulesen unter: [ATS Scholar 14. Juli 2020 ORCID ID:0000-0002-4321-4944](#)

rvh  
mannheim

### 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 & Agitation:** der Begriff der „Agitation“ wird oft gebraucht, ist aber sehr unspezifisch und wird für ein sehr breites Spektrum an Verhaltensweisen gebraucht, oftmals mit einer Wertung; mehr Genauigkeit ist nötig. Editorial von Fischer et al (2020) <https://bit.ly/3glibFI>

**Delir & Schlaf:** Bei 100 Intensivpatienten (50 Patienten mit nächtlicher niedriger Dosis Dex, 50 Placebo) war eine schlechte, subjektive Schlafqualität nicht mit dem Auftreten von Delir verbunden (OR 0,97). Sekundäranalyse von Duprey et al (2020) aus den USA <https://bit.ly/3b8lofJ>

**Delir & Suvorexant:** eine Analyse inkl. 7 Studien mit 889 Patienten verglich das Schlafmittel Suvorexant vs. Placebo und zeigte eine reduzierte Häufigkeit des Delirs mit OR 0.30;  $p < 0.001$ , ohne andere Effekte (Verweildauer, Mortalität usw). Meta-Analyse von Xu et al (2020) <https://bit.ly/2G0z1D4>

**Delir & Nu-Desc:** in einer Studie mit 698 medizinischen und neurologischen Patienten konnte der Nu-Desc bzw. die DOS durch geschulte Pflegende vs DSM-V Kriterien durch Neurologen mit einer Sensitivität von 98%, bzw 94% und einer Spezifität von 87%, bzw. 86% validiert werden. Beobachtungsstudie von Bergjan et al (2020) aus Deutschland <https://bit.ly/31E7sYT>

**Delir & Wissenstest:** Ein Test mit 26 Items zur Überprüfung des Delir-Wissens zeigte bei Pflegenden eine gute Validität und Reliabilität. Reliabilitätsstudie von Birge et al (2020) aus der Türkei <https://bit.ly/2D7A3Mu>

**Delir & Häufigkeit:** eine Prävalenzstudie in den Niederlanden am Welt-Delir-Tag 2018 zeigte eine Delir-Prävalenz von 23% in 28 Intensivstationen, 89% der Stationen

hatten ein Protokoll, 59-84% haben regelmäßig gescreent. Prävalenzstudie von Berger et al (2020) aus den Niederlanden <https://bit.ly/2YLtLtF>

**Delir & Vorhersage:** eine Zusammenfassung von 6 Delir-Vorhersagemodellen ergab eine moderate Stärke für die Vorhersage eines Delirs: AUROC > 0.7 (0.75 to 0.9). Eine verminderte kognitive Reserve und höhere APACHE-II Werte sind die am häufigsten berichteten Faktoren. Systematische Übersichtsarbeit von Chen et al (2020) <https://bit.ly/2DCT5uz>

**Delir & Steroide:** Steroide könnten Schlafstörungen und Delir verursachen, mögliche Hypothesen sind eine Modifikation der Hypothalamischen-adrenergen Achse, Veränderungen im Schlaf-Wach-Zyklus, oder Hyperaktivität durch eine Veränderung der Neuroinhibitoren. Übersichtsarbeit von Cole (2020) <https://bit.ly/3a9EW3H>

**Delir & Vorlesen:** 30 Minuten tägliches Vorlesen durch freiwillige Helfer könnte bei Intensivpatienten die Häufigkeit eines Delirs reduzieren. Pilotstudie von Reif & Layon aus den USA (2020) <https://bit.ly/30G6ZEU>

**Delir & Schlaf:** bei älteren Patienten im Krankenhaus treten schlechter Schlaf und Delir häufig zusammen auf, ob sie aber tatsächlich kausal zusammenhängen, ist immer noch unklar. Übersichtsarbeit von Farasat (2020) <https://bit.ly/3fNTpUs>

**Delir & Kognition:** eine Analyse von 23 Studien mit 10.549 Patienten zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Auftreten eines Delirs und der Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit, aber große Varianz nach Dauer der Nachbeobachtung, Anzahl der kontrollierten Kovariaten und kognitivem Abgleich. Meta-Analyse von Goldberg et al (2020) <https://bit.ly/2DHG2HT>

**Delir & cerebrale Autoregulation:** wenn während einer kardiochirurgischen Bypass-Operation der Mittlere Arterielle Blutdruck größer als die untere Grenze der cerebralen Autoregulation gehalten wird, sinkt das Risiko für ein postoperatives Delir um fast 50%. RCT von Brown et al (2020) aus den USA <https://bit.ly/3abw8dz>



**Delir & SHT:** Bei 47 Überlebenden eines Schädelhirntraumas, von denen 83% auf Intensivstation delirant waren, hatte die Anzahl der Tage im Delir keinen Einfluss auf das kognitive Outcome oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach einem Jahr; dennoch waren die meisten unter der Bevölkerungsnorm. Beobachtungsstudie von Larsen et al (2020) aus Dänemark <https://bit.ly/33IFqwC>

**Delir & Seelsorger:** auch Seelsorger können in unterstützter Kommunikation mit beatmeten Patienten trainiert werden, vor allem im Hinblick auf Delir, Sedierung und psychoemotionalem Stress bei Patienten. QM-Projekt von Simeone et al (2020) aus den USA <https://bit.ly/2PyT8Ka>

**Delir & Pädiatrie I:** Modifizierbare Risikofaktoren für pädiatrisches Delir: Dauer der Beatmung, Sedierung, anticholinerge Medikamente, Beschränkungen, niedrige Albuminspiegel, Blutprodukte. Assoziation oder Kausalität? Es bedarf weiterer Forschung! Übersichtsarbeit von Kalvas & Harrison (2020) <https://bit.ly/3a7pSUe>

**Delir & Pädiatrie II:** der Versuch, ein Delirmanagement in der komplexen Umgebung einer pädiatrischen Intensivstation zu implementieren, schafft multiple Barrieren. Implementierungsstudie von Franken et al (2020) aus den USA <https://bit.ly/2O0cVSc>

**Delir & körperliche Aktivität:** dieser Übersichtsartikel diskutiert die Beziehung der körperlichen Funktionsstörungen als Risikofaktor und als Symptom des Delirs. Ein Delir wird zwar als neurokognitive Störung katalogisiert, muss aber stets auch als motorische Störung wahrgenommen und soll entsprechend im multiprofessionellen Team behandelt werden. Übersichtsarbeit von Gual et al (2020) <https://bit.ly/31QVr2y>

**Delir & Mortalität:** Bei 434 Intensivpatienten mit Delir waren Schweregrad und Dauer des Deliriums mit einem höheren Risiko für eine 2-Jahressterblichkeit verbunden: Hazard Ratio für höheren Schweregrad war 2,21, für die Dauer von  $\geq 5d$  1,52. Beobachtungsstudie von Andrews et al (2020) aus den USA <https://bit.ly/38zHac6>

**Delir-Management:** Die Umsetzung eines Delirmanagement (Delirium-Risikoidentifikation, Präventivmaßnahmen, Screening und Behandlung) in der Schweiz in einem

großen Pre/Post-Design führte zu keinen signifikanten Ergebnissen bei der Prävalenz oder Dauer des Deliriums. Qualitätsverbesserungsprojekt von Schubert et al (2020) <https://bit.ly/2VMWmNx>

**Delir & Schmerz:** bei 68 älteren Patienten mit Delir auf medizinischen und chirurgischen Stationen erwies sich die Pain in Advanced Dementia (PAINAD) tool vs CPOT als ein reliables und valides Werkzeug, um Schmerz zu untersuchen und zu evaluieren. Instrumententestung von Göbel et al (2020) aus den USA <https://bit.ly/2VQwXCI>

**Delir & Aortenaneurysma:** bei 135 Patienten mit abdominalem Aortenaneurysmen war ein Delir zu 3 Zeitpunkten vorhanden: 34% bei der Aufnahme, 65% während des Aufenthaltes auf der Intensivstation und 35% danach noch auf der chirurgischen Station. Die Autoren empfehlen sehr eine Delir-Nachsorge. Kohortstudie von Roijers et al (2020) aus den Niederlanden <https://bit.ly/31OHZfN>

**Delir & Enzephalopathie:** ein integrierendes Modell vereinheitlicht die Aspekte des Delirs mit dem der Enzephalopathie als Delirstörung. Review on Oldham et al (2020) <https://bit.ly/3iwpq5Q>

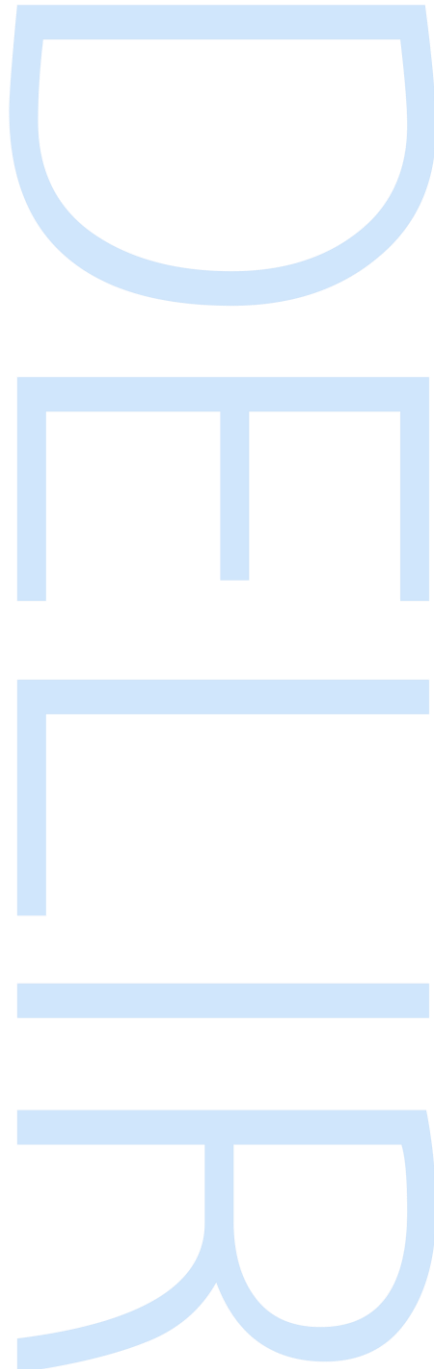
**Delir & Antibiotika:** Bei 1241 Patienten im Krankenhaus, die Cefepin vs. nichts erhalten haben, war das Risiko für das Auftreten und Dauer der akuten Enzephalopathie (Delirium oder depressive Bewusstseinsgrad) um OR 1,24 erhöht (95% CI 1.10-1.27). Fall-Kontrollstudie von Singh et al. (2020) aus den USA <https://bit.ly/3e49zry>

**Delir & Implementierung:** ein Delirmanagement beinhaltet wdh. Screening, Identifizierung und Behandlung der Ursachen, Vermeidung von Komplikationen, pflege-/therapeutische Maßnahmen und erst, wenn der Patient gestresst ist, pharmakologische Interventionen. Studienprotokoll (freier Volltext) von Mohammad et al (2020) aus Deutschland <https://bit.ly/3e3oB0X>

**Delir & Familie:** bei 147 Intensivpatienten zeigte ein Delirscreening durch Familienangehörige mithilfe der Family Confusion Assessment Method eine geringere Genauigkeit als ICDSC oder CAM-ICU durch Mitarbeiter, dennoch können Angehörige in der Mitarbeit relevant sein. Teststudie von Fiest et al (2020) aus den USA <https://bit.ly/2ZJLXTZ>

**Delir & Adipositas:** Wie müssen Medikamente für die Behandlung zu Sedierung, Schmerz und Delir bei Patienten mit Adipositas angepasst werden? Übersichtsarbeit von Erstadt & Barletta (2020) <https://bit.ly/2ZJxcR4>

**Delir & Wilder Westen:** warum wird bei Delir eigentlich immer zuerst geschossen (mit Antipsychotika) und erst dann gefragt? Kommentar von Arora (2020) <https://bit.ly/3ix2a7H>



### 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, Michael Dewes, Peter Nydahl, Stefanie Monke, Christine Thomas, Rolf Dubb und Stefan Kreisel. Kurz um 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

#### 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.

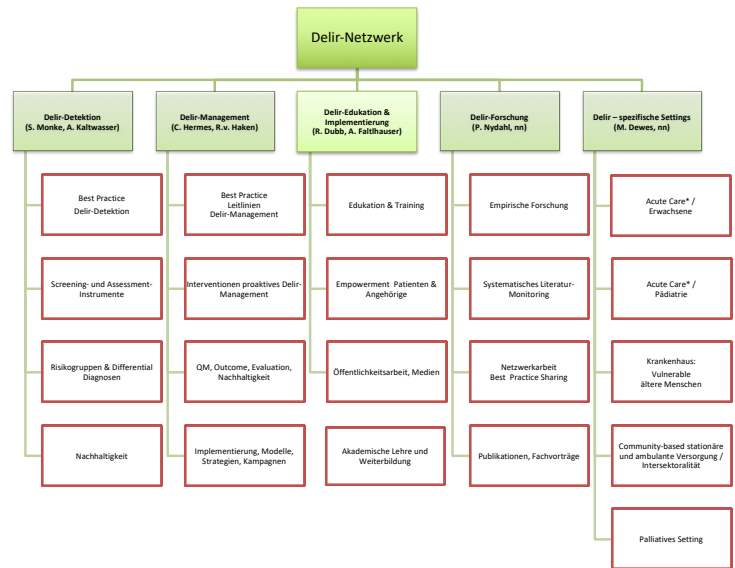
Aktive Mitglieder können sich zu einzelnen Teilbereichen oder Themenschwerpunkten zusammenschließen oder andere unzählige Aufgabengebiete übernehmen.

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)

## 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

Zwei aktive Bewerber für den Vorstand stellen sich vor



Christian Brock

*Mein Name ist Christian Brock (36 Jahre) und ich lebe gemeinsam mit meiner Frau und unseren drei Kindern in Swisttal. Als Gesundheits- und Krankenpfleger war ich seit 2010 hauptsächlich auf kardiochirurgischen und kardiologischen Intensivstationen tätig, wo ich schnell die Fachweiterbildung absolvierte. Ab 2016 arbeitete ich als pädagogischer Mitarbeiter in der Fachweiterbildung Anästhesie & Intensiv in Wuppertal. Seit Februar 2018 bin ich Lehrer Pflege und Gesundheit M.A. an der Karl Borromäus Schule für Gesundheitsberufe gGmbH in Bonn. Das DELIR-Netzwerk e.V. verbindet Fachkräfte aus der Praxis und Wissenschaft und bildet so eine attraktive Bühne zur gemeinsamen Arbeit an den Erkenntnissen zum Delir in einem Verein. Die Arbeit im Verein lebt aber auch von Mitgliedern etc., die den Verein auf eine gesunde finanzielle Basis stellen. Durch meine Vorstandsarbeit in Deutschlands größter Wasserrettungsorganisation weiß ich um die Bedeutung eines verantwortungsbewussten und satzungsgemäßen Umgangs mit diesen Mitteln. Ich kandidiere daher als Kassenwarts/Schatzmeister im DELIR-Netzwerk e.V.*



Juliane Spank

*Als Gesundheits- und Krankenpflegerin und Pflegewissenschaftlerin setze ich mich seit 2017 mit dem Thema des Delirs bei älteren Menschen ab dem 65. Lebensjahr auseinander. Nach meinem Masterstudium bin ich für ein Jahr um die Welt gereist und habe u.a. in Australien meine ersten Erfahrungen in dem Projekt CHOPs zu dem Thema Delir sammeln können. Zurück in Deutschland habe ich ab 2017 an der Seite von Frau Dr. Thomas (Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie) und Cathleen Koch (stv. Pflegedirektorin und pflegerische Zentrumsleitung des Zentrums für seelische Gesundheit) zunächst im HuBerTDA-Projekt und dann in der PAWEL-Studie das Delirpräventionsteam AKTIVER praktisch umsetzen und weiterentwickeln können.*

*Seit Mai 2019 bin ich Teamleiterin und Koordinatorin des Delirpräventionsteams AKTIVER am Klinikum Stuttgart, welches in die Regelversorgung übernommen wurde. Seitdem ich im Bereich des Delirs tätig bin, erlebe ich täglich eine Steigerung der Versorgungsqualität unserer Patientinnen und Patienten. Ebenso beobachte ich eine höhere Zufriedenheit seitens der Patientinnen und Patienten aber auch der an der Therapie Beteiligten (Pflegefachkräfte, Therapeuten, Ärztinnen und Ärzte). Mein Ziel ist die stetige Sensibilisierung durch Wissensvermittlung und deren praktischen Umsetzung, aber auch die Förderung des Selbstbewusstseins aller am Prozess Beteiligten im Umgang mit Patientinnen und Patienten in der Delirprävention und -behandlung.*

*Durch eine Vernetzung durch z.B. das Deutsche Delirnetzwerk erhoffe ich mir u.a. einen stetigen Austausch über aktuelle Erkenntnisse, um so die bestmögliche Delirprävention und -therapie anzustreben. Außerdem wäre eine aktive Mitarbeit im Vorstand eine Option für mich.“*