

# Delir managen

Der Journal Club am Städtischen Klinikum Karlsruhe hat sich mit dem Delir im Krankenhaus beschäftigt.

Die Teilnehmer analysierten zwei Studien und brachten das Wichtigste auf den Punkt.

## 1 Einleitung

Das postoperative Delir (POD) ist eine akute, organisch bedingte Funktionsstörung des Gehirns und eine sehr häufige Komplikation mit Langzeitfolgen. Es tritt typischerweise unmittelbar bis fünf Tage nach chirurgischen Eingriffen auf, betroffen sind Patient\*innen aller Altersgruppen. In den beiden Studien „Strukturiertes Delirmanagement im Krankenhaus“ von PD Dr. med. Julia Krämer et al. (Studie 1) und „Das Delir managen“ von Dr. Peter Nydahl et al. (Studie 2) werden standardisierte und interprofessionelle Handlungsleitlinien empfohlen.

## 2 Methode

In Studie 1 wird die Einführung eines interprofessionellen Delirmanagements inkl. Schulung beschrieben. Ziel ist es, die Schwere des Delir zu reduzieren, jedoch nicht zwingend dessen Auftreten zu verhindern. In Studie 2 lag der Fokus darauf, Delire zu erkennen und systematisch zu behandeln – und dadurch Häufigkeit, Dauer und Langzeitfolgen zu reduzieren. Hierfür wurde ein Delirmanagement im Rahmen des „Demenzsensiblen Krankenhauses“ eingeführt.

## 3 Ergebnisse

Studie 1: Die Delirrate blieb zwar gleich, aber deren Schwere wurde reduziert. 92 Prozent erhielten (pflege-)therapeutische Maßnahmen, nur 54 Prozent brauchten Medikamente.

Studie 2: Die Delirrate sank signifikant (20,5 % Kontrollgruppe), die Dauer konnte von 6 auf 3 Tage gesenkt werden. Nach 12 Monaten zeigten sich weniger kognitive Defizite als bei der Interventionsgruppe.

## 4 Diskussion

Beide Studien belegen die Bedeutung eines strukturierten, interprofessionellen Delirmanagements. Besonders in neurologischen Settings (z. B. Schlaganfall) ist das Delir-Screening erschwert durch Sprach-/Wahrnehmungsstörungen. Dennoch konnten durch systematische Abläufe, Schulung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und v. a. nicht-pharmakologische Maßnahmen signifikante Verbesserungen in Delirdauer, -schwere und Langzeitoutcome erzielt werden.

### Empfehlungen des Journal Club und To-dos für die Praxis

#### Wissensaufbau und Bildungsangebot:

- Fortbildungen gezielt ausbauen, z. B. durch praxisnahe Workshops, CNE-Module oder bewegte Schulungsformate – Pflichtfortbildungen für Hochrisikobereiche wie ITS oder Geriatrie.
- Inhalte sollten Delirformen (v. a. hypoaktives Delir), Symptome, Screening-Tools (NuDESC, CAM), pflegetherapeutische Maßnahmen und evidenzbasierte Behandlung umfassen.
- erfahrungsbasiertes Lernen fördern: Praxisbeispiele und Schulung von Delir-Multiplikator\*innen

#### Strukturelle und organisatorische Maßnahmen:

- interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken: gemeinsam Verantwortung tragen – etwa in Form von Delir-Visiten/-Konsilen.
- bereichsübergreifende Arbeitsgruppen etablieren für nachhaltige Koordination und Qualitätsentwicklung
- Multiplikator\*innen benennen für komplexe Bereiche (ITS, Stroke Unit)

#### Screening und Assessment

- Screening-Instrumente praxistauglich anpassen, v. a. bei Patient\*innen mit Sprach-/Wahrnehmungsstörungen
- Anamnese und Assessmentprozesse optimieren, z. B. gezielte Delir-Risikoabfrage bei Aufnahme und strukturierte Reevaluation
- Delir-Dokumentation standardisieren, um Verlauf und Interventionen nachvollziehbar zu machen

#### Pflege- und Umgebungsmaßnahmen

- pflegetherapeutische Maßnahmen priorisieren, wie Mobilisierung, Reorientierung fördern
- Raumgestaltung delirgerecht anpassen: Lichtverhältnisse, Lärmreduktion, Farbkonzepte
- Alltagsbegleitung integrieren, z. B. geschulte Delir-/Demenzbetreuer\*innen zur Unterstützung
- Zimmerwechsel und unnötige Bettsperren vermeiden, um Desorientierung zu reduzieren

#### Kommunikation und Angehörigenarbeit:

- Delirberatung für Angehörige anbieten, beispielsweise in Form einer Informationsbroschüre oder von Gesprächen
- Delir sichtbar machen – etwa durch einen „Delir-Infotag“ oder themenspezifische Aktionen auf Station

Andrea Roth