

ICS 11.020.10

Delir-Management in stationären Einrichtungen

Delirium management in stationary facilities

Gestion du délire dans les établissements d'hospitalisation

Gesamtumfang 24 Seiten

Dieses Dokument wurde durch die im Vorwort genannten Verfasser erarbeitet und verabschiedet.

Inhalt

	Seite
Vorwort	4
Einleitung	5
1 Anwendungsbereich	6
2 Normative Verweisungen	6
3 Begriffe	6
4 Kontext der Organisation	11
4.1 Verstehen der Organisation und ihres Kontextes	11
4.2 Anforderungen der interessierten Parteien	11
4.3 Anwendungsbereich des Delir-Managements	11
4.4 Delir-Management	11
5 Führungsverhalten	11
5.1 Führung und Selbstverpflichtung der obersten Leitung	11
5.1.1 Allgemeines	11
5.1.2 Leadership und Selbstverpflichtung hinsichtlich des Delir-Management-Systems	11
5.1.3 Führung und Verpflichtung – Patientenorientierung	12
5.2 Delir-Management-Politik	12
5.3 Aufgaben, Verantwortung und Befugnisse	12
6 Planung	12
6.1 Ermittlung und Bewertung von Chancen und Risiken	12
6.2 Qualitätsziele und Planung der Zielerreichung	12
6.2.1 Allgemeines	12
6.2.2 Delir-Management-Ziele	13
6.2.3 Erreichen der Delir-Management-Ziele	13
6.3 Veränderungen der Anforderungen (Change-Management)	13
7 Unterstützung	13
7.1 Bereitstellung von Ressourcen	13
7.1.1 Allgemeines	13
7.1.2 Personal/Mitarbeiter	13
7.1.3 Infrastruktur	13
7.1.4 Prozessumgebung des Delir-Managements	14
7.1.5 Wissen der Organisation intern und extern (Wissensmanagement)	14
7.2 Kompetenz und Schulung	14
7.3 Bewusstsein der Organisation	14
7.4 Kommunikation	14
7.4.1 Allgemeines	14
7.4.2 Interne Kommunikation	14
7.4.3 Externe Kommunikation	15
7.5 Dokumentation	15
7.5.1 Dokumentierte Informationen	15
7.5.2 Erstellung und Aktualisierung von dokumentierten Informationen	15
7.5.3 Überwachung der dokumentierten Informationen	15
8 Betrieb (stationäre Einheit/Krankenhaus)	15
8.1 Betriebliche Planung und Steuerung	15
8.1.1 Allgemeines	15
8.1.2 Anforderungen an das Delir-Management-System	16
8.1.3 Bestimmung der benötigten Ressourcen	16
8.1.4 Prozesskontrollen im Delir-Management	16
8.1.5 Dokumentierte Informationen, um nachzuweisen, dass die Prozesse des Delir-Managements wie geplant ablaufen	16
8.2 Bestimmung der Anforderungen an die Dienstleistungen im Delir-Management	16
8.2.1 Kommunikation mit Patienten	16

8.2.2	Bestimmen von Anforderungen in Bezug auf das Delir-Management	17
8.2.3	Überprüfung von Anforderungen in Bezug auf das Delir-Management	17
8.2.4	Änderungen von Anforderungen an das Delir-Management	17
8.3	Entwicklung von neuen Versorgungsformen	17
8.4	Steuerung von extern bereitgestellten Prozessen, Produkten und Dienstleistungen . . .	17
8.5	Dienstleistungserbringung	17
8.5.1	Allgemeines	17
8.5.2	Steuerung der Dienstleistungserbringung Delir-Management	17
8.5.3	Kennzeichnung der Rückverfolgbarkeit	18
8.5.4	Eigentum der Patienten/Bewohner oder der externen Anbieter	18
8.5.5	Tätigkeiten während/nach Entlassung	18
8.5.6	Überwachung von Änderungen	18
8.5.7	Freigabe der Prozesse und Tätigkeiten im Delir-Management	18
8.5.8	Steuerung nichtkonformer Prozessergebnisse	19
9	Bewertung der Leistung	19
9.1	Allgemeines	19
9.2	Patientenzufriedenheit	19
9.3	Analyse und Bewertung	19
9.4	Internes Audit	19
9.5	Managementbewertung	20
10	Verbesserung	20
10.1	Allgemeines	20
10.2	Nicht-Konformität und Korrekturmaßnahmen	20
10.2.1	Allgemeines	20
10.2.2	Dokumentation	20
10.3	Fortlaufende Verbesserung	20
Anhang A (informativ) Projektmanagement		22
A.1	Allgemeines	22
A.2	Entwicklungsplanung	22
A.3	Entwicklungseingaben	22
A.4	Steuerungsmaßnahmen für die Entwicklung	23
A.5	Entwicklungsergebnisse	23
A.6	Entwicklungsänderungen	23
Literaturhinweise		24

Vorwort

Diese DIN SPEC wurde nach dem PAS-Verfahren erarbeitet. Die Erarbeitung von DIN SPEC nach dem PAS-Verfahren erfolgt in DIN SPEC-Konsortien und nicht zwingend unter Einbeziehung aller interessierten Kreise.

Die Erarbeitung und Verabschiedung des Dokuments erfolgten durch die nachfolgend genannten Initiatoren und Verfasser:

- Klinikverbund Bremen, Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie, Prof. Dr. Thomas Duning
- Niels-Stensen-Kliniken, Marienhospital Osnabrück, Klinik für Neurologie, Dr. Ralf Dittrich
- Universitätsklinik Münster, Demenzsensibles Krankenhaus, Kirsten Eichler
- Qualitätsgemeinschaft Demenz-Delir-Sensibler Versorgungseinrichtungen, Janina Santos-Cid, Christopher Göpel
- Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Institut für Anästhesiologie, Prof. Dr. Vera von Dossow
- Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Klinik für Anästhesiologie- und Intensivmedizin, Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité, Vera Schmidt

Für dieses Thema bestehen derzeit keine Normen im Deutschen Normenwerk.

Trotz großer Anstrengungen zur Sicherstellung der Korrektheit, Verlässlichkeit und Präzision technischer und nicht-technischer Beschreibungen kann das DIN SPEC-Konsortium weder eine explizite noch eine implizite Gewährleistung für die Korrektheit des Dokuments übernehmen. Die Anwendung dieses Dokuments geschieht in dem Bewusstsein, dass das DIN SPEC-Konsortium für Schäden oder Verluste jeglicher Art nicht haftbar gemacht werden kann. Die Anwendung der vorliegenden DIN SPEC entbindet den Nutzer nicht von der Verantwortung für eigenes Handeln und geschieht damit auf eigene Gefahr.

DIN SPEC sind nicht Teil des Deutschen Normenwerks.

Für diese DIN SPEC wurde kein Entwurf veröffentlicht.

Es wird auf die Möglichkeit hingewiesen, dass einige Elemente dieses Dokuments Patentrechte berühren können. DIN ist nicht dafür verantwortlich, einige oder alle diesbezüglichen Patentrechte zu identifizieren.

Die kostenfreie Bereitstellung dieses Dokuments als PDF-Version über den Beuth WebShop wurde im Vorfeld finanziert.

Aktuelle Informationen zu diesem Dokument können über die Internetseiten von DIN (www.din.de) durch eine Suche nach der Dokumentennummer aufgerufen werden.

Einleitung

Die weitere Zunahme der älteren Patienten in stationären Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen) sowie die kognitive Einschränkung und/oder demenzielle Problematik bei diesen Patienten benötigt ein strukturiertes, effektives und effizientes Handeln, damit gerade diese betroffene Patientengruppe vor einem Delir im Rahmen eines stationären Aufenthaltes geschützt wird. Sollte ein Delir trotz präventiver Maßnahmen eintreten, so ist dies nicht nur ein medizinischer Notfall, sondern benötigt eine strukturierte, prozessorientierte und qualitativ hochwertige sofortige Versorgung des Patienten, um Langzeitschäden zu verhindern. Ein Delir ist mit einer verlängerten Krankenhausaufenthaltsdauer und einer erhöhten Ein-Jahres-Sterblichkeit verbunden.

Alltagsrelevante kognitive Einschränkungen können auch Monate später noch mit einer Einschränkung der Lebensqualität assoziiert sein. Häufig ist eine Rückkehr in das gewohnte Lebensumfeld nicht mehr möglich.

Das Delir-Management ist, dies belegen diverse Studien, ein effizientes und effektives Versorgungsinstrument, um ältere, kognitiv eingeschränkte und/oder demente Patienten während eines stationären Aufenthaltes vor einem Delir zu schützen.

Der Erfolg des Delir-Managements wird durch folgende Punkte unterstützt:

- Verankerung des Delir-Screenings für Patienten > 70 Jahre bei der stationären Aufnahme und Aufenthalt;
- Sensibilisierung des Personals bezüglich des Auftretens und Entwickeln eines Delirs;
- Entwicklung eines individuellen, strukturierten Delir-Managements (Standard Operating Procedure);
- Förderung einer multiprofessionellen Interaktion aller beteiligten Berufsgruppen am Delir-Management;
- Nachhaltige Betreuung und Versorgung des Patienten, der während seines stationären Aufenthaltes ein Delir erlitten hat, durch professionell multidisziplinär agierende Institutionen;
- Frühzeitiges aktives Einbinden und Sensibilisieren von Angehörigen in das Delir-Management;
- Beständiges Lernen, Forschen und Einsatz/Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Versorgungsprozess;
- Umsetzung von Verbesserungen und/oder Innovationen im Versorgungs- und Betreuungsprozess.

Einschlägige Normen auf nationaler, europäischer oder internationaler Ebene bestehen nicht.

Das Thema soll zukünftig Gegenstand eines nationalen, europäischen und internationalen Normungsverfahrens sein.

1 Anwendungsbereich

Dieses Dokument legt Anforderungen und Begriffe für ein qualitätsorientiertes, strukturiertes Delir-Management fest. Dieses Dokument richtet sich vorwiegend an professionelle stationäre Einrichtungen, ist aber auch auf den ambulanten Bereich übertragbar.

Dieses Dokument soll nicht nur die qualitative Versorgung verbessern, sondern auch die interprofessionelle Kommunikation der Teams im Krankenhaus fördern.

Dieses Dokument ersetzt **nicht** die Behandlungsempfehlungen der Leitlinien für eine individuelle, spezifische Delir-Therapie.

2 Normative Verweisungen

Die folgenden Dokumente werden im Text in solcher Weise in Bezug genommen, dass einige Teile davon oder ihr gesamter Inhalt Anforderungen des vorliegenden Dokuments darstellen. Bei datierten Verweisungen gilt nur die in Bezug genommene Ausgabe. Bei undatierten Verweisungen gilt die letzte Ausgabe des in Bezug genommenen Dokuments (einschließlich aller Änderungen).

DIN EN ISO 9001:2015-11, *Qualitätsmanagementsysteme — Anforderungen (ISO 9001:2015); Deutsche und Englische Fassung EN ISO 9001:2015*

3 Begriffe

Für die Anwendung dieses Dokuments gelten die Begriffe nach DIN EN ISO 9001:2015-11 und die folgenden Begriffe.

DIN und DKE stellen terminologische Datenbanken für die Verwendung in der Normung unter den folgenden Adressen bereit:

— DIN-TERMinologieportal: verfügbar unter <https://www.din.de/go/din-term>

— DKE-IEV: verfügbar unter <http://www.dke.de/DKE-IEV>

3.1 Allgemeine Begriffe

3.1.1

Delir

Delirium

durch körperliche Ursachen ausgelöster akuter Verwirrtheitszustand

3.1.2

geriatrischer Patient

Patient, der meist älter als 70 Jahre ist und über alterstypische Erkrankungen leidet

3.1.3

Demenz

anhaltende oder fortschreitende Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Denkens oder anderer Hirnleistungen

3.1.4

Kognition

Gesamtheit aller Prozesse im Gehirn, die das Denken, das Wahrnehmen, usw. betreffen

3.1.5

alltagsrelevante Einschränkung

den Alltag betreffende Tätigkeit, die eingeschränkt ist und die die selbstständige Lebensführung erschwert

3.1.6**kortikale Einschränkung**

den Kortex betreffende Einschränkung, meist als „Werkzeugstörung“ oder Teilleistungsstörung bezeichnet

3.1.7**Aphasie**

Störung der sprachlichen Funktionen (Sprachverständnis und Sprachproduktion)

3.1.8**Agnosie**

Störung der Wiedererkennung von Personen, Gegenständen, usw.

3.1.9**Apraxie**

Störung in der Ausführung willkürlicher zielgerichteter und geordneter Bewegungen bei intakter motorischer Funktion

3.1.10**mnestische Einschränkung**

Störung der Gedächtnisleistung

3.1.11**visuokonstruktive Einschränkung**

Störung in der Fähigkeit, komplexe Formen oder Muster zu erkennen und zu reproduzieren

3.1.12**exekutive Einschränkung**

Störung der geistigen Funktion, mit der das eigene Verhalten unter Berücksichtigung von Umweltbedingungen gesteuert wird

3.1.13**subkortikale Einschränkung**

den Subkortex betreffende Einschränkung, meist Störung des Antriebs, psychomotorische Verlangsamung, Aufmerksamkeitsstörung

3.1.14**Antriebsstörung**

Störung eigener Initiative, Energie und Aktivität

3.1.15**psychomotorische Verlangsamung**

Störung der Bewegungsabläufe, zeitliche Verzögerung in der Ausführung

3.1.16**Aufmerksamkeitsstörung**

Störung der Konzentrationsfähigkeit und Filterfunktion, wobei Wichtiges von Unwichtigem nicht mehr unterschieden werden kann

3.1.17**Delir-Risikopatient**

Patient, der ein hohes Risiko aufweist, ein Delir während des Krankenhausaufenthalts zu erlangen

3.1.18**elektiver Patient**

ausgewählter Patient, der zu einer geplanten stationären Aufnahme kommt

3.1.19

konservative Behandlung

Behandlung eines Krankheitszustandes mithilfe medikamentöser Therapie und/oder physikalischen Maßnahmen

3.1.20

operative Behandlung

Behandlung eines Krankheitszustandes mithilfe eines operativen Verfahrens

3.1.21

Screening-Instrumente

ein systematisches Testverfahren, das eingesetzt wird, um innerhalb eines definierten Prüfbereichs Elemente herauszufiltern

3.1.22

telemedizinische Visite

Videosprechstunde zwischen Arzt und Patient

3.2 Begriffe aus der multidisziplinären Prävention

3.2.1

Prävention

Maßnahme, die darauf abzielt, Risiken zu verringern und Komplikationen vorzubeugen

3.2.2

multidisziplinär

Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Berufsgruppen

3.2.3

interdisziplinär

Nutzen von Ansätzen, Denkweisen oder zumindest Methoden verschiedener Fachrichtungen innerhalb einer Berufsgruppe

3.2.4

pharmazeutische Anamnese

Sichtung, Erhebung und Dokumentation der medikamentösen Therapie

3.2.5

prodelirogenes Medikament

Medikament, das eine Delir-Entwicklung begünstigen bzw. hervorrufen kann

3.2.6

medizinische Anamnese

ärztliche Untersuchung zur Erhebung des Krankheitszustandes

3.2.7

prädispositionierender Faktor

auslösender oder begünstigender Faktor, der die Entstehung einer Krankheit bzw. eines Risikos begünstigt

3.2.8

Bezugspflege

eine ganzheitlich orientierte Vorgehensweise innerhalb der Arbeitsorganisation der Krankenpflege

3.2.9

kognitive Aktivierung

Denk- und Lernprozesse bzw. Aufgaben, die zu einer gesteigerten geistigen Aktivität führen