

Kitteltaschenhelfer Delirmanagement (Stand 07/2025)

Druckanleitung: Datei > Drucken > 4 Seiten pro Blatt > Bestätigen

Screening

Indikationen

- Bei Erstkontakt (z.B. vorstationäre OP-Aufklärung, Prämedikation)
- Generelles Screening aller Patienten >65 Jahre bei der Aufnahme
- Postoperativ bei Patienten >65 Jahre sowie nach langen/komplizierten Eingriffen,
- Altersunabhängig alle Patienten auf einer Überwachungsstation
- Evaluation jeweils tagsüber und nachts bis 48h post-op./Aufnahme
- bei Verlegung
- vor Entlassung in andere medizinische/pflegerische Einrichtungen (Überleitungsbogen)
- situationsbezogen, bei Veränderungen
- ausgenommen werden kurzstationäre Patienten unter 48h Aufenthaltsdauer

Nu-DESC: Erhebung	ntensität*
Desorientierung Manifestierung einer Desorientierung zu Zeit oder Ort durch Worte oder Verhalten oder Nicht-Erkennen der umgebenden Personen	0 1 2
Unangemessenes Verhalten Unangemessenes Verhalten zu Ort und/oder Person: z.B. ziehen an Kathetern oder Verbänden, Versuch aus dem Bett zu steigen, auch wenn es kontraindiziert ist usw.	0 1 2
Unangemessene Kommunikation Unangemessene Kommunikation zu Ort und/oder Person: z.B. zusammenhanglose oder gar keine Kommunikation, unsinnige oder unverständliche sprachliche Äußerungen	0 1 2
Illusionen/ Halluzinationen Sehen oder Hören nichtvorhandener Dinge, Verzerrung optischer oder akustischer Eindrücke	0 1 2
Psychomotorische Retardierung Verlangsamte Ansprechbarkeit, wenige oder keine spontane Aktivität/ Äußerung, z.B. wenn der Patient angestupst wird, ist die Reaktion verzögert und/ oder der Patient ist nicht richtig erweckbar	0 1 2
Summe von Nu-Desc 0-1 = kein Delir, Prävention; 2-10 = V. a. Delir Bei Delir > Information an Arzt/Ärztin > Delir validieren > gemeinsam Ursachen identifizieren (siehe Rückseite) > Therapie beginnen	

*Intensität Nu-DESC: 0= Symptome nicht vorhanden; 1= Symptome leicht vorhanden; 2= Symptome erheblich vorhanden.

Bei einem Ergebnis >0 ist eine Arztinformation sowie erste nichtmedikamentöse Maßnahmen erforderlich

Richmond Agitation Scale (RASS)		
Score	Beschreibung	Definition
4	Aggressiv	Kämpft gegen Andere; Gefahr für das Personal
3	Sehr agitiert	Aggressive Grundstimmung, zieht an Zu-/Ableitungen
2	Agitiert	Unruhe im Bett, kämpft gegen Ventilator
1	Unruhig	Ängstlich, aber nicht aggressiv
0	Wach und ruhig	
-1	Müde	Auf Ansprache sofort wach (Augenöffnen >10 Sekunden), müde
-2	Leicht sediert	Wacht kurz auf Ansprache oder Berührung auf (Augenöffnen <10 Sekunden)
-3	Moderat sediert	Kurzes Augenöffnen auf Ansprache, kein Augenkontakt
-4	Tief sediert	Auf starke physische Reize kurzzeitiges Augenöffnen
-5	Nicht erweckbar	

1) Screening Schmerz + RASS + NuDesc
 Evaluation jeweils 1x tagsüber/nachts bis 48 h nach OP/Aufnahme, bei Erstkontakt/Verlegung/vor Entlassung sowie situationsbezogen bei Veränderungen; auf ITS/IMC; sowie wenn vorheriges Ergebnis >0.
 Je nach Wert im NRS/BESD sollte zudem eine sofortige Evaluation des Schmerzmanagements erfolgen!

2) Bei Feststellung eines Delirs (>2 Punkte) bzw. Delirrisikos (1 Punkt):
 Arztinformation, Ärztliche Aufgabe: Identifizierung der Ursache, ggf. weitere Diagnostik

Ursachen: Akute Erkrankung	Maßnahme
Schock (MAD <65 mmHg > 15 Min)	Kreislaufstabilisierung bis MAD ≥ 65 mmHg
Gewebehypoxie (sO ₂ <90> 15 Min.)	Sauerstoffgabe bis sO ₂ > 94%, COPD > 90%
Infektion (AF>22, GCS<15, RR≤100, CRP≥5, > 37.5C)	≥37.5C: 1g Perfalgam ≥38.0°C: MiBi-Screening & Antibiotika, ggf. Katheterwechsel
Metabolisch (path. Werte: Na, Krea, HS, BZ, GOT, pH, HKT, NH ₄)	Blutentnahmen, Korrektur der Entgleisung
Ursachen: Umgebungsfaktoren	Maßnahme
Zu- & Ableitungen	Hygienische Maßnahmen, tgl. Reflexion der Notwendigkeit, Katheterwechsel?
Lärm	Reduzierung der Lautstärke, Anpassung Alarmgrenzen, Hörschutz
Schlafentzug	Schlafanamnese, Erfragen der Ursachen der Störungen, Mobilisierung <23:00h, Anpassung Licht & Lautstärke
Immobilität > 24h	Mobilisierung → <u>KG-Anforderung erstellen und freigeben</u>
Mangel soz. Interaktion	Gespräche, Familie beteiligen, ggf. Videotelefonie
Ursachen: Medikamente	Maßnahme
Polypharmazie ≥10 versch. Med./Tag	Evaluieren und ggf. reduzieren
Entzug Alkohol, Nikotin, Drogen u.a.	Anpassen & Ausschleichen. Ggf. Alkoholentzugsskala & SOP
Benzodiazepine	Vermeiden (nur als Rescue-Maßnahme)
Anticholinergika	Vermeiden (nur als Rescue-Maßnahme)
Opioide	Analgesiologisches Konsil
Schmerz ≥ 3 Numerische Analogskala	Analgesie
Sonstige Ursachen	Maßnahme
Neurologie	Hirnfarkt, Epilepsie, Enzephalitis usw. abklären (cCT/cMRT), Meningismus ausschließen (Liquordiagnostik)
Unklar	Psychiatrisches Konsil, ggf. CT, Vigilanzlabor, EEG, Toxikologie

3) Information/Beratung Patient & Angehörige

4) Nichtmedikamentöse Therapie beginnen

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Geordneter Tag-Nacht-Rhythmus - Reorientierung - Frühmobilisierung - Ausreichende Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme - Adäquate Schmerztherapie - Vermeidung von Polypharmazie, delirogenen Substanzen - Healing Environment - Konstante Bezugsperson/Bezugspflege | <ul style="list-style-type: none"> - Einbeziehen von Angehörigen - Förderung geistiger Aktivität - Ausreichende Oxygenierung - Lichttherapie - Vermeidung einer zu tiefen Sedierung - Fixierung vermeiden - Einbezug des Patienten in die Therapie (Humanizing Delirium Care) |
|---|--|

5) Bei Bedarf: Symptome Pharmakologisch lindern → nur nach ARZTANORDNUNG

Medikament		Dosierung	Bemerkung
Agitation/Unruhe (Nesteln, Rufen, ungezielte Bewegungen)			
Melperon		12,5-50 mg p.o. maximal 100mg/Tag	sedierende Wirkung → Gabe eher abends/nachts kürzere Halbwertszeit (7h) als Pipamperon (20h) → besser steuerbar nicht bei Parkinson/Lewy-Body-Demenz
Pipamperon		2x20 mg p.o. maximal 80mg/Tag	nicht bei Parkinson/Lewy-Body-Demenz
Quetiapin	retardiert	50-150mg/Tag p.o.	CAVE: Hypotonie
	unretardiert	maximal 25mg/Tag p.o.	
Clonidin	Normalstation	maximal 2x 75 Mikrogramm/Tag p.o./s.c.	CAVE: Bradykardie, Hypotonie
	Perfusor	nur auf IMC/Intensivstation; Dosierung nach Rücksprache	
Vegetative Symptomatik (Hypertonus, Tachykardie, Schwitzen, Tachypnoe)			
Dexmedetomidin (Perfusor)		nur auf IMC/Intensivstation; Dosierung nach Rücksprache	
Clonidin (Perfusor)		nur auf IMC/Intensivstation; Dosierung nach Rücksprache	
Psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahn)			
Risperidon		2x 0,25-1mg /tgl. p.o. maximal 2mg/Tag	off-label-use; nicht bei Parkinson/Lewy-Body-Demenz
Quetiapin	retardiert	50-150mg/Tag p.o.	bei Parkinson, CAVE: Hypotonie
	unretardiert	maximal 25mg/Tag p.o.	CAVE: Hypotonie
Haloperidol		2x 0,5-1 mg/tgl. p.o. maximal 5mg/Tag	nicht bei Parkinson/Lewy-Body-Demenz
Angst			
Lorazepam		3x tgl. 0,5-1mg p.o. maximal 4 mg/Tag	evtl. nur abends, nur bei stark ausgeprägter Unruhe/Agitation/Angst CAVE: Hypotonie, Sturzgefahr, lange Halbwertszeit (12-16h)
Midazolam		2,5-5mg s.c.	off-label-use
Pregabalin		1-3x tgl. 25mg	CAVE: Nierenfunktion
Eszopiclon		Bei älteren Patienten Start mit 1mg, ansonsten 2mg	sedierende Wirkung → Gabe eher abends/nachts HWZ 5 Stunden Alternativ Zopiclon (3,75 bis 7,5mg) als Racemat
Schlafstörungen (schläft auch tagsüber wiederholt ein, ist nachts wach)			
Melatonin		2-6mg/Tag bzw. Abend p.o.	Laut S3-Leitlinie jedoch explizit nicht <i>präventiv</i> empfohlen
Melperon		12,5-50 mg p.o. maximal 100mg/Tag	sedierende Wirkung → Gabe eher abends/nachts kürzere Halbwertszeit (7h) als Pipamperon (20h) → besser steuerbar nicht bei Parkinson/Lewy-Body-Demenz

- Die Startdosis bezieht sich auf einen Patienten mit 70 kg, 70 Jahre. **Allgemein Interaktionen mit anderen Medikamenten** berücksichtigen (siehe Priscus-2-Liste).
- Bei Verlegung/Entlassung **Hinweise zum Absetzen** der Medikation geben.
- Ca. 50% der agitierten Patienten (RASS ≥2) haben kein Delir, sondern **andere Gründe für Agitation** (z.B. Schmerz, Harndrang, Atemnot usw.).
- 1/3 der Bevölkerung hat Schlafstörungen, daher **Anamnese** erfragen, realistisch bleiben, tagsüber Sedierung vermeiden, ggf. auch abends mobilisieren, um Unruhe zu kanalisieren und müde zu machen.
- **Entzugsdelir** berücksichtigen (Alkohol? Nikotinabusus? Benzodiazepine in der Dauermedikation zuhause?)

ACHTUNG:

Manche Medikamente bewirken eine QT-Zeitverlängerung → bitte berücksichtigen

Neuroleptika verdoppeln das Risiko für zerebrovaskuläre und thromboembolische Ereignisse. Die meisten senken die Schwelle der zerebralen Erregbarkeit (erhöhtes Risiko für epileptische Anfälle, bzw. Frühfälle). Bei entsprechender Disposition sollten Melperon/Clonidin/Dexmedetomidin/Benzodiazepine bevorzugt werden.

Generell gilt:

Die Pharmakokinetik bei Patienten ≥ 65, bzw. 80 Jahren ist häufig kumulierend und verzögert. Laut Meta-Analysen bewirken pharmakologische Interventionen bei Delir keine signifikante Reduzierung der Delirdauer oder Mortalität, sie dämpfen aber die Symptomatik.