



Die neue S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter – was bedeutet das für die (Pflege)praxis?

Dr. Juliane Spank, APN Delirmanagement, APN-Koordinatorin



Vorstellung Pflegeexpertin APN Juliane Spank, Vita

2010-2013

- Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin am Klinikum Stuttgart

2011-2014

- Duales Studium an der DHBW (B.A.)

2015-2016

- Studium der Pflegewissenschaft an der Hochschule Esslingen (M.A.)

2014-2016

- Gesundheits- und Krankenpflegerin Kardiologie

Seit 2017

- Pflegeexpertin APN mit Schwerpunkt Delir bei Älteren

Voraussichtlich
Mai 2025

- Promotion an der Universität Duisburg - Essen



Juliane Spank

01

Delir und seine Folgen



Delir und seine Folgen

ICD 11 (F06.-): Unspezifisches hirnorganisches Syndrom, gleichzeitige Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus.

Zentrales klinisches Merkmal: Plötzliche Veränderungen

- **Aufmerksamkeit**
- **Schlaf- und Wachrhythmus** (tags müde, nachts wach)
- **Orientierung** (Zeit, Ort, Person, Situation)
- **Verhalten** (z. B. Ziehen an Kathetern oder Verbänden)
- **Kommunikation** (z. B. unsinnige oder unverständliche sprachliche Äußerungen)
- **Wahrnehmung** (Sehen oder Hören nicht vorhandener Dinge)
- **Psychomotorischer Aktivität** (z.B. Weglaufen, Nesteln, Ziehen an Ableitungen)
- **Bewusstseinslage** (z. B. wenn der Patient angesprochen oder berührt wird, ist die Reaktion verzögert und/ oder der Patient ist nicht richtig erweckbar)

Delir und seine Folgen

- Jedes Delir verschlechtert eine vorbestehende Demenz (Francis & Kapoor, 1992)
- Höhere Verweildauer im Krankenhaus (O'Keeffe & Lavan, 1997)
- Vermehrte Komplikationen im Krankenhaus und danach (Marcantonio et al., 2005)
- Schlechtere Rehabilitations-Outcomes (Olofsson et al., 2005)
- Höhere Mortalität (McCusker et al. 2002; Böhmendorfer, 2017)
- Höhere Pflegebedürftigkeit mit häufigerer Einweisung in Pflegeheim (McCusker et al., 2001)
- Erhöhte Behandlungskosten (Inouye, 2006)

USA: \$152 Milliarden bei jährlich 2,5 Millionen Betroffenen (Field, 2013)

Deutschland: zusätzlicher Personalaufwand von 240 Minuten, 4,2 Tage längere Verweildauer und 1200€ zusätzlicher Kostenaufwand (Weinrebe et al., 2016)

→ Delir kann in bis zu 40% der Fälle verhindert werden (Devlin et al., 2018)

→ Delir ist eine Notfallsituation

Delir und seine Folgen

- Die Versorgung von Patientinnen und Patienten wird als zeitaufwendiger erlebt (Kristiansen et al., 2019)
 - Eine intensivere Überwachung ist notwendig (Kristiansen et al., 2019)
 - Pflegequalität ist beeinflusst
 - Erschwerte Kommunikation (Fehlinterpretationen) zwischen Personal und Patientinnen und Patienten → Kann Wut und aggressivem Verhalten führen
- Es bedarf Fortbildungen und Strategien zur Umsetzung von Maßnahmen zum Delirmanagement sowie der Einsatz strukturierter Instrumente zur Erkennung und Behandlung eines Delirs (Isfort et al., 2014)
- Hohe Bedeutung insbesondere bei Älteren im Krankenhaus in der nichtmedikamentösen Delirprävention, zeitnahe Erkennung und rasche Behandlung (Burton et al., 2021)
- Delir als Qualitätsindikator (IQM)

02

S3 Leitlinie- Delir im höheren Lebensalter



Leitlinien der AWMF

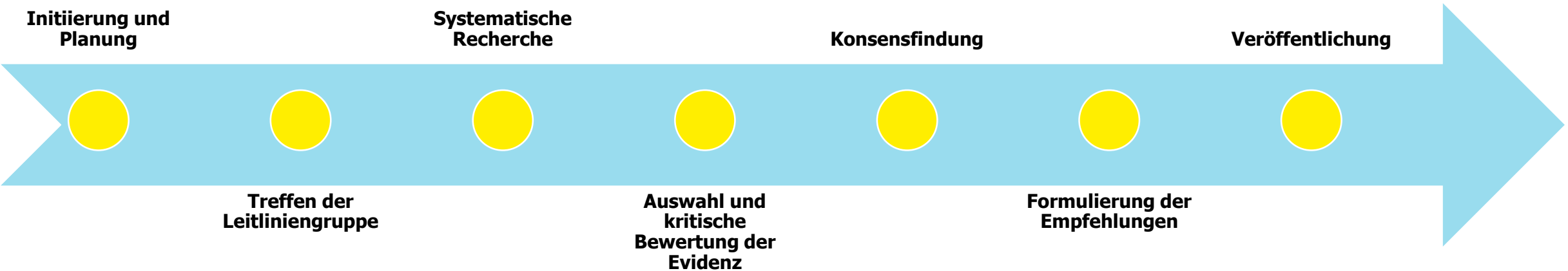
- Leitlinienregister der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
- Abbildung des aktuellen Stands der Wissenschaft mit klaren Handlungsempfehlungen und hoher Gütekriterien
- Sehr hohe methodische Anforderungen durch transparentes Regelwerk
- Zur Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen

S1 - informeller
Expertenkonsens

S2 - strukturierte
Recherche und
Konsens

S3 - systematische
Evidenzbasierung und
struktureller Konsens

Leitlinienentwicklung



S3 Leitlinie "Delir im höheren Lebensalter"

Veröffentlicht am 08.01.26

- G-BA-gefördert, Konsortialführung:
Frau PD Dr. Thomas
- Veröffentlicht durch DGGPP
- Publiziert bei der AWMF
- Mehr als 40 Fachgesellschaften und Verbände

Langversion

Kurzversion

Patient:innenleitlinie

Zielgruppe und Geltungsbereich

- Ältere Menschen ab 65 J
 - In Akutkrankenhäusern (z.B. Notaufnahme, Unfallchirurgische Stationen)
 - Rehabilitationen
 - Langzeitpflege
 - Ambulantes Setting
 - Nicht Substanz indiziertes Delir
- > **Besonderer Fokus auf vulnerable Gruppen und Transsektoralität**

Literatursuche:

- >4500 Suchergebnisse
- 1710 Abstracts
- 269 Volltextartikel
- 93 Artikel eingeschlossen
- 2 eigene Metaanalysen

Aufbau nach PICO-Fragestellungen

PICO 1
Delirrisikoermittlung

PICO 2
Delirscreening und
syndromale
Diagnostik

PICO 3
Ätiologische
Delirdiagnostik

PICO 4
Delirprävention

PICO 5
Delirtherapie

PICO 6
Delirnachsorge

PICO 1 Delirrisikoermittlung

1.1	Empfehlung	neu: 2025
EK Starker Konsens, 100%	Wir empfehlen, das Gesamtrisiko für das Auftreten eines Delirs durch die Erfassung einzelner Risikofaktoren mit hierfür geeigneten Instrumenten abzuschätzen (Instrumente, siehe Tabelle 1).	

1.9	Empfehlung	neu: 2025
EK Starker Konsens, 100%	Wir empfehlen bei Patient:innen und Bewohner:innen mit Demenz oder kognitiver Beeinträchtigung und/oder Frailty von einem stark erhöhten Delirrisiko auszugehen und ein Screening auf weitere Delir-Risikofaktoren (Multimorbidität, Polypharmazie, Immobilisierung, soziale Isolation) unter Einbezug von Pflegenden, Angehörigen/Zugehörigen vorzunehmen.	

PICO 1 Delirrisikoermittlung

Tabelle 1 - Typische Risikofaktoren bei älteren Menschen und validierte Instrumente

Risikofaktoren	Validierte Instrumente
Delir in der Vorgeschichte	
Kognitive Beeinträchtigung oder bekannte Demenzerkrankung	u.a Mini-Mental-Status-Test (MMST), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Six-Item Cognitive Impairment Test (6-CIT), Six Item Screener (SIS), Mini-Cog
Funktionelle Beeinträchtigung/ Gebrechlichkeit (Frailty)	Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale (CSHA-CFS)
Chirurgischer Eingriff / interventioneller Eingriff / Narkose / (Analgo-)Sedierung	American Society of Anesthesiologists (ASA)-Score, European System for Cardiac Operative Risk Evaluation II (EuroScore II)
Verordnung von potentiell delirogener bzw. anticholinergem Medikation in der Dauermedikation	PRISCUS, FORTA Anticholinergic Burden Score - (ACB)- Score) Drug Burden Index, unter Anwendung der Listen zur anticholinergen Belastung (z.B. Liste von Kiesel E et al; und Wehran T et al. [45, 46]) Ggf. pharmakologische/pharmazeutische Visite / Interaktionscheck
Multimorbidität Geriatrischer Patient	Charlson Comorbidity Index (CCI) Geri-Check, ISAR, GeriNOT, CGA

PICO 2 Delirscreening und syndromale Diagnostik

2.1	Empfehlung	neu: 2025
EK Konsensstärke: 100%	Wir empfehlen, bei Patient:innen mit dispositionellem und/oder expositionellem Delirrisiko ein Delirscreening durchzuführen.	

2.11	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ Konsensstärke: 100%	Wir empfehlen bei Personen mit Demenz oder kognitiver Beeinträchtigung im akutstationären Setting, den 4-AT, CAM-Algorithmus als Instrumente zum Delirscreening zu verwenden.	

PICO 2 Delirscreening und syndromale Diagnostik

Tabelle 2: Validierte Delirscreening-Instrumente

Delirscreening-Instrument	Verbale Interaktion
3D-CAM (3-Minute Diagnostic Assessment)	ja
4-AT (4 „A“s Test)	ja
Brief Confusion Assessment Method (bCAM)	ja
Confusion Assessment Method (CAM) short form	ja
Delirium Observation Screening (DOSS/DOS)	(nein)
DRS-R-98	ja
Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM)	fremd
Informant Assessment of Geriatric Delirium (I-AGeD)	fremd
Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)	(nein)
Single Question to Identify Delirium (SQID)	nein

PICO 3 ätiologische Delirdiagnostik

3.1	Empfehlung	neu: 2025
EK 100%, starker Konsens	Wir empfehlen ein strukturiertes Vorgehen, um ätiologische Faktoren für ein neuauftretendes Delir, soweit möglich, zu identifizieren. Dies ist die Grundlage für eine gezielte Behandlung der Ursache(n). Da ein Delir in Folge einer zugrundeliegenden Erkrankung oder multifaktorieller Umstände auftritt, sind die Ursachensuche und die ursächliche	

PICO 3 ätiologische Delirdiagnostik

Anamnese	
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> Erfassung aktueller und früherer Erkrankungen und Behandlungen Fokus auf potenziell delirogene Faktoren (krankheits- und/oder behandlungsassoziierte, Medikamente etc.) Bewertung unter Berücksichtigung Setting-bezogener a-priori Wahrscheinlichkeiten
Fremd-anamnese	<ul style="list-style-type: none"> Aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen der Eigenanamnese möglichst Heranziehen weiterer Informationsquellen (Krankenakten, Angaben von medizinischem und pflegerischem Personal, Familie, Freunden etc.)
Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> Erfassung aller Medikamente mit Überprüfung ihrer Indikation und möglicher Kontraindikationen, insbesondere wenn die Verordnung im zeitlichen Zusammenhang mit der Delirmanifestation steht. Bewertung medikamentöser Änderungen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Delirentstehung/-behandlung. Besondere Berücksichtigung von potenziell inadäquater Medikation (PIM), Interaktionsrisiken, Therapieadhärenz und möglicher Einnahme frei verkäuflicher Medikamente („over the counter“).
Umfassende körperliche Untersuchung mit folgenden Schwerpunkten	
	<ul style="list-style-type: none"> Erfassung der Vitalparameter (Blutdruck, Herz- und Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Vigilanz) Neurologische Untersuchung, inklusive Bewusstseinslevel und kognitiver Funktionen, vorzugsweise unter Einsatz standardisierter Instrumente. Umfassende körperliche Untersuchung, incl. <ul style="list-style-type: none"> – Anzeichen von Dehydratation und Mangelernährung

PICO 4 Delirprävention

4.3	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ 100%, starker Konsens	Bei Patient:innen im Krankenhaus mit einem erhöhten Delirrisiko oder geplanter Intervention mit Sedierung empfehlen wir die tägliche Anwendung von Multikomponenten-Delirpräventionsprogrammen.	

4.7	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ 100%, starker Konsens	Bei nicht-chirurgischen Patient:innen im Krankenhaus mit erhöhtem Delirrisiko empfehlen wir die tägliche, individualisierte Anwendung von Multikomponenten-Delirpräventionsprogrammen.	

PICO 4 Delirprävention

- Ausgleich sensorischer Einschränkungen (Einsatz von Hilfsmitteln z.B. Brille und Hörgeräte)
- (frühe) Mobilisation, Physiotherapie, Bewegungseinschränkung vermeiden
- Maßnahmen zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- (Re-)Orientierungsmaßnahmen
- Förderung eines physiologischen Schlafes
- Schmerzerfassung, -management und -monitoring
- Regulation der Ausscheidungssituation
- Unterstützende O₂-Gabe, wenn individuell indiziert
- Überprüfung und Anpassung der Medikation (drug review)
- Risikofaktorenerkennung und -dokumentation (z.B. CGA)
- Kognitive Aktivierung und emotionale Entlastung
- Identifikation und Behandlung der Delir-Ursachen oder Operationskomplikationen
- Umgebungsgestaltung (Lärmreduktion, Lichtkonzepte, Musik, Zimmerbelegung, demenz-sensible Innenarchitektur)

PICO 5 Delirtherapie

5.4	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ starker Konsens, 100%	Wir empfehlen im akutstationären Setting bei älteren Menschen mit Delir ein auf die individuelle Situation der erkrankten Person zugeschnittenes Multikomponentenprogramm einzusetzen.	

Zielsymptomatik Wahn, Halluzinationen, massive Agitation

Substanz	Startdosis (mg)	Tagesdosis (mg) [max. Dosis/Tag]	Applikation	Zulas sg Delir	Anmerkungen
Haloperidol	0,2 - 1	0,1 - 0,5 mg alle 4 - 8 h [4 mg]	p. o., i. m., (s. c.)	ja	s. c. Alternative bei Antikoagulation und in Notfallsituationen ⁴ ; cave EPMS
Risperidon	0,25 - 0,5	0,25 - 0,5 mg 4x/Tag [2mg]	p. o.	nein	cave EPMS
Quetiapin	12,5 - 25	25-50 mg 4x/Tag [200mg]	p. o.	nein	cave orthostatische Hypotonie

Zielsymptomatik Unruhe, Tag-Nacht-Umkehr

Substanz	Startdosis (mg)	Tagesdosis (mg)	Applikation	Zulas sg Delir	Anmerkungen
Pipamperon	10 - 40	10-120 mg (1 - 2 Dosen abends/zur Nacht) [360 mg]	p. o.	ja	kaum Interaktionen
Melperon	12,5 - 50	12,5-50 mg (100 mg); 1 - 2 Dosen abends / zur Nacht) [200mg]	p. o.	ja	Interaktionspotenzial beachten; kein Einfluss auf Krampfschwelle, kardiales Nebenwirkungspotenzial höher als bei Pipamperon
Quetiapin	12,5	12,5-50 mg (1 - 2 Dosen abends/zur	p. o.	nein	cave orthostatische Hypotonie

PICO 6 Delirnachsorge

6.1	Empfehlung	neu: 2025
EK 100%, starker Konsens	Wir empfehlen, dass ältere Menschen (>65 Jahre), die ein Delir in der Vorgeschichte erlitten haben, eine Diagnostik hinsichtlich möglicher Delirfolgen sowie ggf. eine entsprechende Therapie erhalten (siehe Tabelle 7)	

6.2	Empfehlung	neu: 2025
EK 100%, starker Konsens	Wir empfehlen, einen effektiven transsektoralen Informationstransfer zwischen den beteiligten Gesundheitsdienstleistern sicherzustellen, um die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention des Delirs zu gewährleisten. Der Informationstransfer soll u. a. beinhalten: individuelle Delir-Risiken,	

03

Bedeutung für die (Pflege) Praxis am Beispiel von AKTIVER





- Krankenhaus der Maximalversorgung
- Knapp 2500 Betten
- 10000 Mitarbeitende
- 2 Standorte
- Fast die Hälfte der Patient*innen (48,9%) sind 65 Jahre und älter

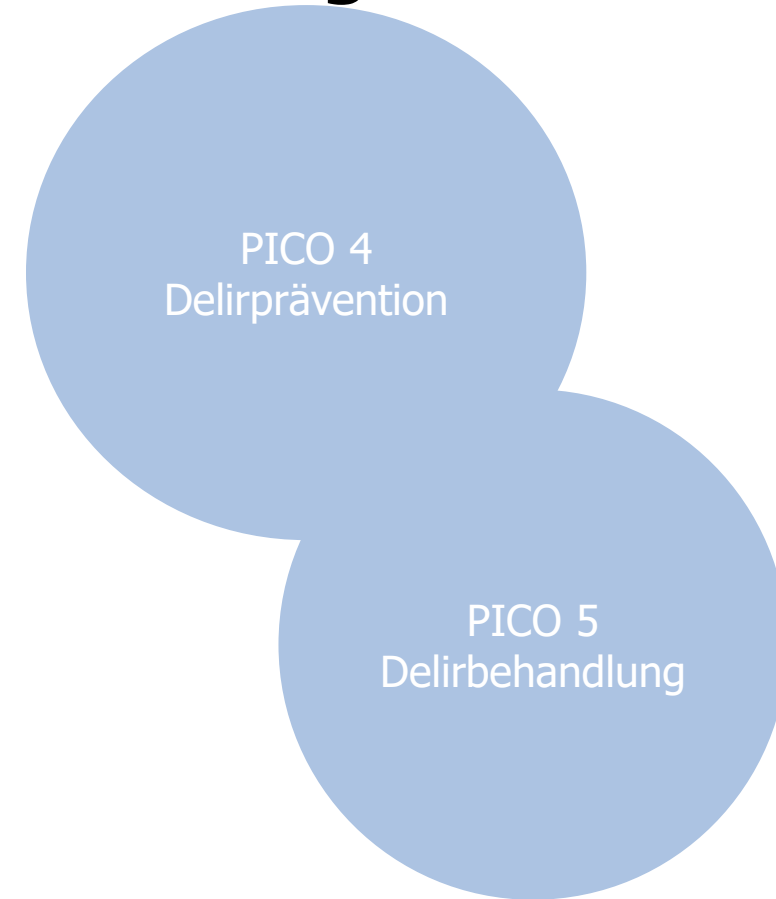
AKTIVER in der Delirprävention und Delirbehandlung

- **Alltags- und KognitionsTraining- Interdisziplinäre Delirvermeidung**
- Team bestehend aus (Stand 2024):
 - 6,08 VK Pflegefachpersonen
 - 1,8 VK Betreuungsassistenz
 - 1VK Pflegehelfer
 - Bis 3 FSJler (Freiwillige im Sozialen Jahr)
- Von Mo-Sa 7-20 Uhr, für alle Patient*innen ab 65 Jahren
- Seit 1.05.2019 in der Regelversorgung, 1.09.2019 Einführung Pflegekonsildienst

AKTIVER in der Delirprävention und Delirbehandlung



Abbildung: Eigene Darstellung



AKTIVER in der Delirprävention und Delirbehandlung

Orientierungsbesuch: Anbringen von Kalender, Uhr, „Sonnenblume“, wichtige Gegenstände in Reichweite, Tagesablauf besprechen, persönliche Gegenstände, Brille/ Hörgeräte/ Zahnprothesen

Aktiv-Besuch: kognitive Förderung durch z.B. Gedächtnistraining oder Gesellschaftsspiele, Selbstorganisiertes Training

Mobilisierung: Bewegungsübungen in Rücksprache mit Pflegepersonal und Physiotherapeuten

AKTIVER in der Delirprävention und Delirbehandlung

Mahlzeitenbegleitung: Gesellschaft leisten, Assistenz bei Nahrungsaufnahme, Anregung zu Essen und Trinken

Entspannung und Schlafförderung: Weglassen von Schlafmedikation durch bspw. Schlafrituale, Handmassage mit Aromaölen, Schaffen einer Wohlfühlatmosphäre, Akupressur, Schlafmasken und Hörschutz

Diagnostikbegleitung: Begleitung zu Untersuchungen und OP's. Mitgeben der „Delirbox“



AKTIVER in der Delirprävention und Delirbehandlung

Risikoerkennung Delirgefahr



- sehr hohe Delirwahrscheinlichkeit**
 - > Einleiten von Nicht-pharmakologischen Maßnahmen (siehe Rückseite)
 - > aktiver Team einschalten
 - > Durchführung des DOS einmal pro Schicht
- hohe Delirwahrscheinlichkeit**
 - > Einleiten von Nicht-pharmakologischen Maßnahmen (siehe Rückseite)
 - > Durchführung des DOS einmal pro Schicht, bei Score ≥ 3 Einschalten des aktiver Teams
- Delirgefahr vorhanden**
 - > Einleiten von Nicht-pharmakologischen Maßnahmen (siehe Rückseite)
 - > Bei Auffälligkeiten des Verhaltens – Durchführung des DOS einmal pro Schicht

Vermerk: Es gilt immer die Delirgefahr des Faktors (vorbestehend oder auslösend) mit der höheren Delirwahrscheinlichkeit. z.B.

Angst + chirurgischer Eingriff = **sehr hohe Delirwahrscheinlichkeit**

Vgl. Hewer/Drach/ Thomas (2016): Delir beim alten Menschen, Kohlhammer-Verlag
Vgl. Inouye, S. (2006): Delirium in older persons. NEJM 2006; 354:1157- 1165



AKTIVER in der Delirprävention und Delirbehandlung

Nicht-pharmakologische Interventionen zur Delirprävention

aktiver
mit uns als Team an Ihrer Seite

Klinikum Stuttgart

Orientierung



- > Brille, Hörgeräte
- > Uhr, Kalender
- > Vertraute Umgebung durch Familienfotos; persönliche Gegenstände
- > Zimmerwechsel vermeiden
- > häufigen Personalwechsel vermeiden
- > häufige Angehörigenbesuche ermöglichen
- > Anamnesearbeit leisten, durch Gespräche über Lieblingsthemen Wohlfühl auslösen

Mobilisierung



- > Zu- und Abgänge in Form von Blasenkathetern und Infusionen vermeiden, zeitnah entfernen
- > Postoperative Frühmobilisation
- > Mobilisation in sitzende Position (stundenweise)
- > Sturzprophylaxe (z.B. Stoppersocken)
- > Motivierung zur Bewegung durch z.B. Bewegungsübungen im Bett

Ernährung



- > Dehydratation vermeiden/ausgleichen
- > Nach Vorlieben beim Essen fragen, z.B. Tee, Suppe etc.
- > Zahnprothesen
- > Unterstützung bei den Mahlzeiten
- > Obstipationsprophylaxe

Verhaltensweisen



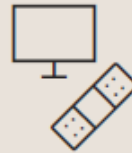
- > mit dem Nachnamen ansprechen
- > nach dem Befinden fragen
- > ruhig reden, geduldiger Umgang
- > Frage nach Bedürfnissen (Ruhe, Schlaf, Hunger, Durst, Harn-/Stuhldrang, Bewegung)
- > Empathischer Umgang

kognitive Aktivierung



- > Gedächtnis-/ Aufmerksamkeitsübungen: Sprichwörter ergänzen, Rezepte von z.B. Kuchen, Kreuzworträtsel
- > Gespräche über Alltagsthemen; Mandalas malen, leichte Sudokus
- > Aktuelle Zeitung anbieten
- > Angehörige zur Aktivierung anleiten

Diagnostische Untersuchungen



- > Medikamente auf anticholinerge/deliroge Wirkung und altersgemäße Dosierung überprüfen und ggf. absetzen/umstellen
- > Auf dopaminerge Medikamente achten
- > Infektionen erkennen und beheben
- > Begleitungen zu Untersuchungen und OPs
- > Behandlung/Beurteilung/Monitoring von Schmerzen

Schlafförderung/Entspannung



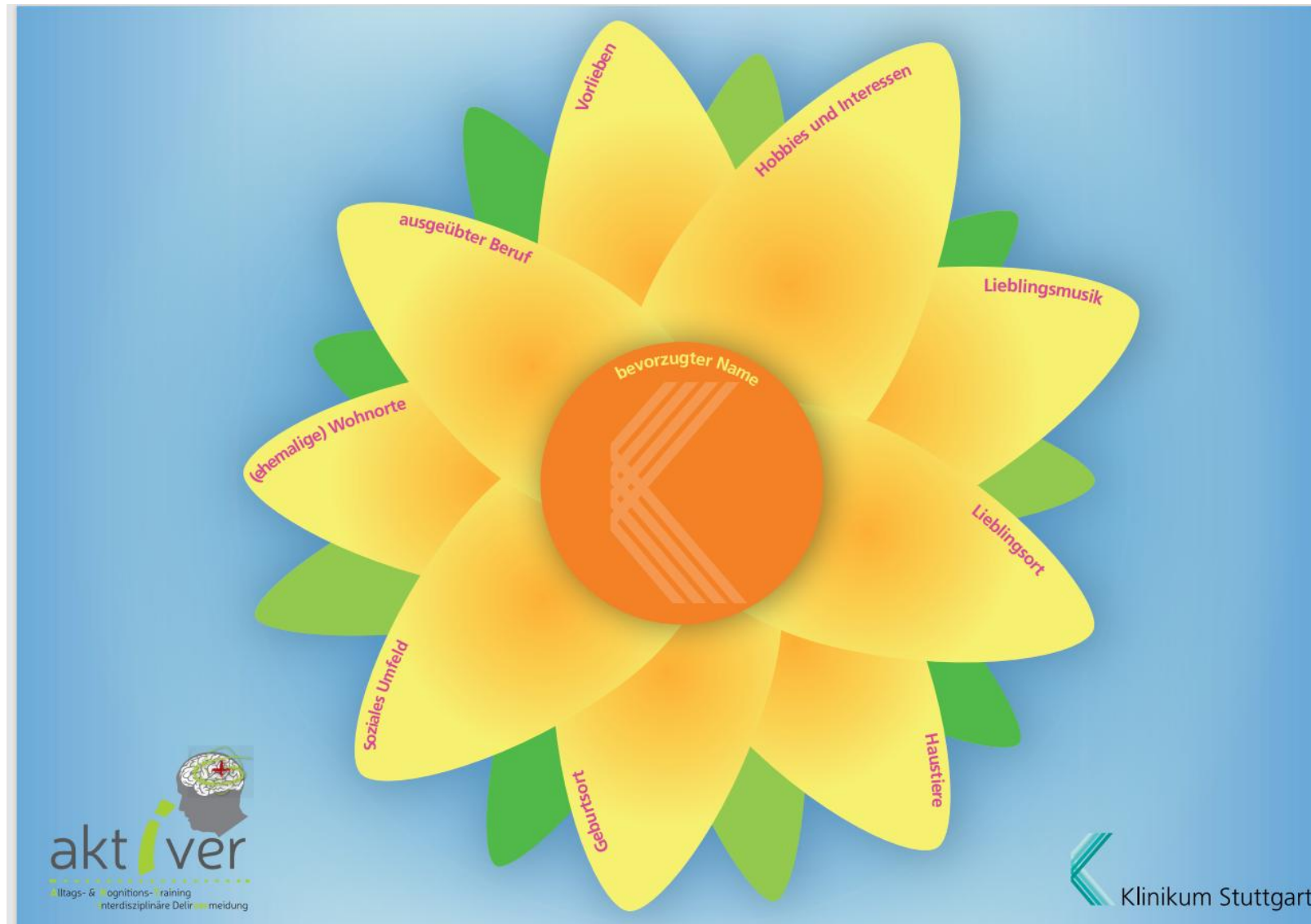
- > Ruhige und angenehme Atmosphäre
- > Balancierung des Tag-Nacht-Rhythmus
- > Keine medizinisch-pflegerische Handlungen während der Schlafenszeit
- > Nachtruhe gewährleisten
- > Entspannende Hand- oder Fußmassagen
- > Aromapflege (z.B. Lavendel)
- > Ohropax und/oder Schlafbrille anbieten

Erstellt von: Juliane Spank
und AG Delirmanagement

Vgl. Haseman, W. (2019):
<https://vimeocom/338259970/c58f31bfa3>



AKTIVER in der Delirprävention und Delirbehandlung



AKTIVER in der Delirprävention und Delirbehandlung



Das Delir
akute Verwirrheitszustände
bei älteren Menschen



Eine Informationsbroschüre
für Angehörige und Interessierte



Krankenhaus Bad Cannstatt
Zentrum für Seelische Gesundheit
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere



aktiver
mit uns als Team an Ihrer Seite



Ein Bewegungs-, Entspannungs-
und Orientierungsprogramm
für Patienten ab 70 Jahren



Krankenhaus Bad Cannstatt
Zentrum für Seelische Gesundheit
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere

AKTIVER in der Delirprävention und Delirbehandlung

Aufnahmegespräch: Erstgespräch, Biographiearbeit, Assessments, Planung

Fremdanamnese: Einsicht Pflegedokumentation, Arztbriefe, Laborwerte, Med

Pflege/Arztgespräch: Therapieempfehlungen (medikamentös und nichtmedikamentös),
weiterer Diagnostik (EEG, gerontopsychiatrisches Konsil etc.)

Angehörigengespräch: Aufklärung/ Beratung, Einholen von Informationen, Anleitung, ggf.
rooming-in

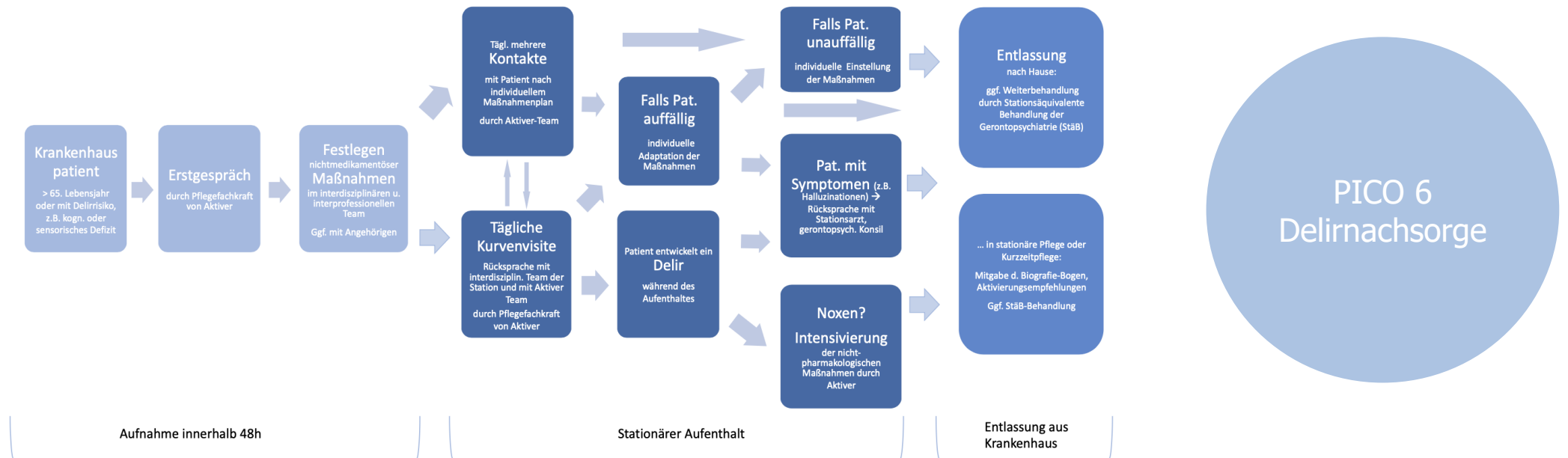
Kurzkontakt: Kurzbesuche, Screenings/ Assessments

Krisengespräch: Beratung/Anleitung von Angehörigen, Pflegefachpersonen, Ärzt*innen,
Intensivierung der Betreuung in deliranter Phase mit stark ausgeprägten Symptomen

PICO 2
Delirscreening

AKTIVER in der Delirprävention und Delirbehandlung

Abb. 3 Ablauf der AKTIVER-Delirprävention



Thomas, C. *et al.* (2021)

Nichtmedikamentöse Therapie

-> Immer erst nach behebbaren Auslösern fahnden!

Tagesstruktur – oft aktivieren
bereitstellen von Orientierungshilfen (Uhr, Kalender, Foto)
Frühmobilisation (adäquate Schmerzmedikation)
sensorische Hilfen nicht vergessen (Brille, Hörgerät)
Reizabschirmung (Zimmer-, Personalwechsel, Lärm vermeiden)
Tageslicht adaptierte Beleuchtung
Förderung des Tag-Nacht-Rhythmus
vertraute Bezugsperson (Angehörige mit einbeziehen)
empathischer Umgang
Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Zahnprothese nicht vergessen; Wunschkost)

Anhaltspunkte für die Initialdosierung (nach Hofmann, W., Geriatrie Kompakt 2011)

Haloperidol*	0,5 – 1mg (5-10 Tr.), dann 0,3 – 0,5mg alle 4 – 8 h (3 – 6x tgl.)
Risperidon*	0,5mg (p.o./s.l. - Off-Label)
Pipamperon*	20 – 40mg p.o., bei kardialer Vorerkrankung zu bevorzugen
Melperon*	25 (-50)mg p.o., bei vorbekannter Epilepsie zu bevorzugen

Anhaltspunkte für medikamentöse Maßnahmen bei Tag-Nacht-Umkehr & nächtlicher Unruhe

(nach Standard Delirprophylaxe & -behandlung in der Alterstraumatologie, Stand: 10.05.2016)

Pipamperon*	0 – 0 – 0 – 20 (bis 40) mg oder 0 – 0 – 20 – 20 mg
Melperon*	0 – 0 – 0 – 25 (bis 50) mg oder 0 – 0 – 25 – 25 mg
Quetiapin	0 – 0 – 0 – 25 (bis 50) mg oder 0 – 0 – 25 – 25 mg

Anhaltspunkte für medikamentöse Maßnahmen bei wahnhafter Symptomatik

(nach Standard Delirprophylaxe & -behandlung in der Alterstraumatologie, Stand: 10.05.2016)

Risperidon*	0,5 – 0 – 0,5 – 0 mg
Haloperidol*	z.B.: 0,2 – 0,2 – 0,2 – 0,2 mg bis insgesamt 3 mg pro Tag verteilt auf 6 Einzeldosen

* Bei gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus ggf. ergänzend vorstehende Medikation in niedriger Dosierung unter Beachtung möglicher Nebenwirkungen.

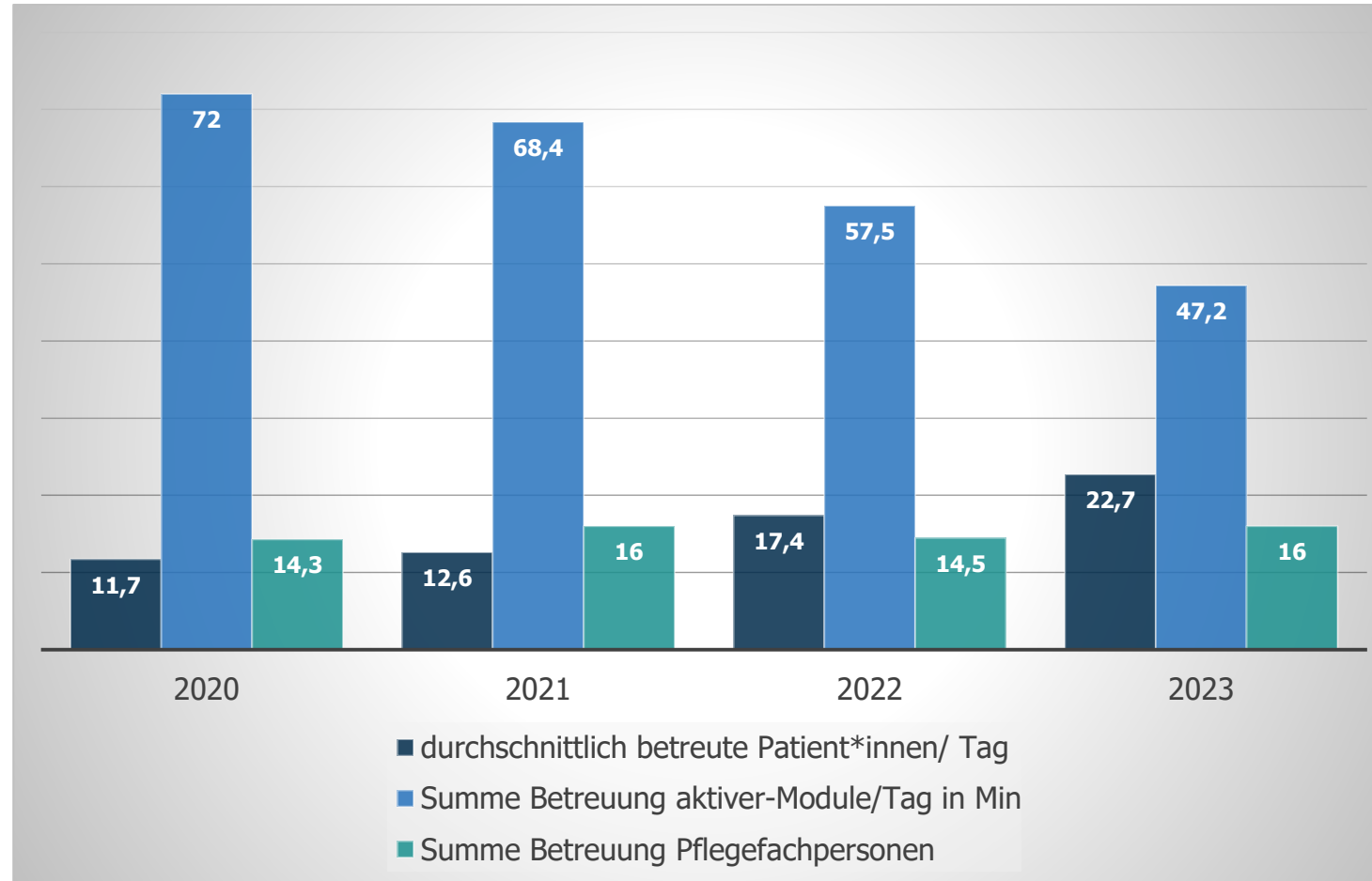


04

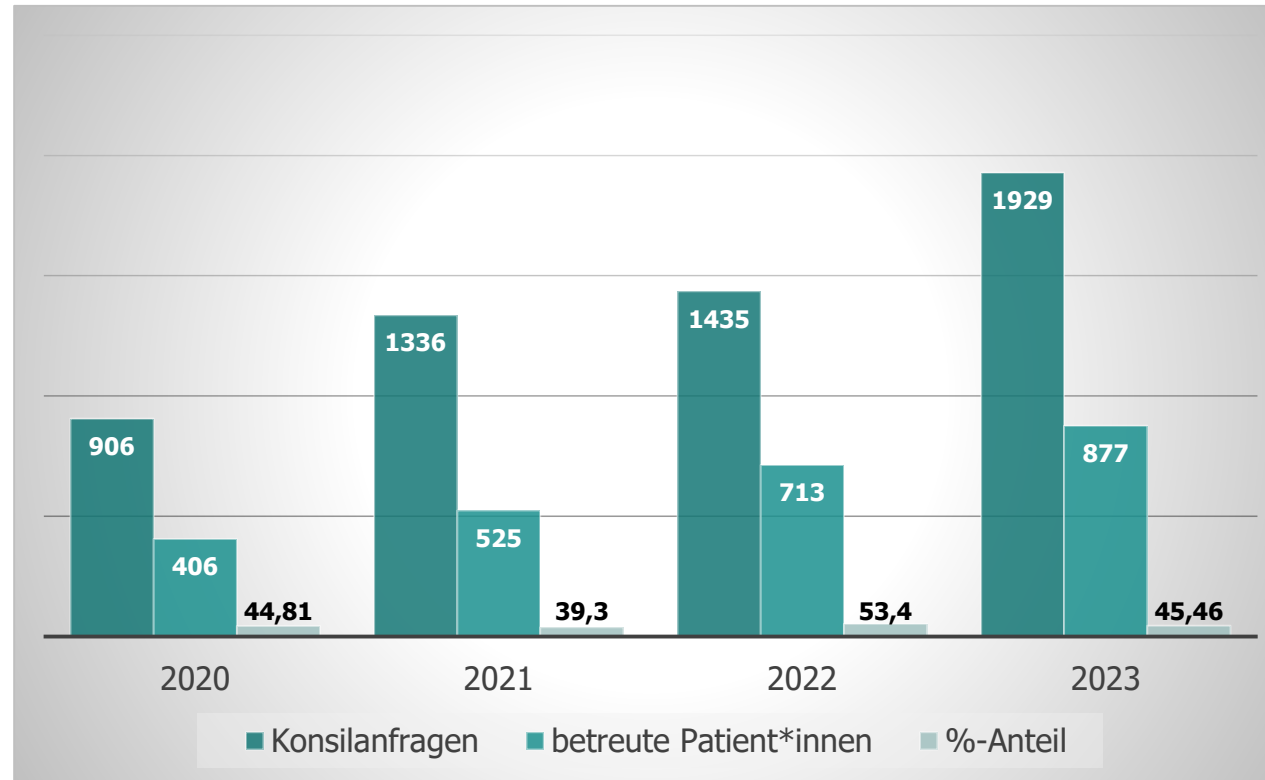
Zahlen und Fakten zu AKTIVER in der Regelversorgung (Evaluation)



Zahlen und Fakten zu AKTIVER in der Regelversorgung



Zahlen und Fakten zu AKTIVER in der Regelversorgung



Ø 39 Min pro Konsil (8-20 Konsile/Tag)

Ø 6,5 Tage in AKTIVER

Zahlen und Fakten zu AKTIVER in der Regelversorgung

Tab. 3 Vergleich der Jahre und Abteilungen zu Durchdringung des Pflegekonsildienstes, Nennung im Arztbrief und Kodierung nach ICD sowie einer Mitbetreuung durch AKTIVER

	2021						2022								
	Neurochirurgie		Herz-Gefäß-Krankheiten		Unfallchirurgie/Orthopädie		Neurochirurgie		Herz-Gefäß-Krankheiten		Unfallchirurgie/Orthopädie				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Stationär betreute Patient*innen ab 65 Jahren	917	43,15	962	59,38	610	33,22	777	43,54	947	58,16	655	39,64			
Davon gestellte Pflegekonsile	133	14,50	141	14,66	108	17,70	145	18,66	244	25,77	75	11,45			
CAM-Ergebnis durch AKTIVER-Expert*innen bei Erbringung des Pflegekonsils															
Delir	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>	<i>n</i>	%	<i>p</i>	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Ja	57	42,86	52	36,88	42	38,89	66	45,52	0,847	70	28,69	0,073	41	54,66	0,053
Nein	50	37,59	73	51,77	47	43,52	55	37,93		155	63,52		20	26,67	
Nicht beurteilbar	26	19,55	16	11,35	19	17,59	24	16,55		19	7,79		14	18,67	
Σ	133	100	141	100	108	100	145	100		244	100		75	100	
CAM positiv und Delir ICD-kodiert	17	29,82	20	38,46	15	35,71	19	28,79	0,973	16	22,86	0,013	19	46,34	0,050
Betreuung durch AKTIVER nach Pflegekonsil															
Ja	55	41,35	64	45,39	51	47,22	79	54,48	0,038	117	47,95	0,628	56	74,67	0,000
Nein	78	58,65	77	54,61	57	52,78	66	45,52		127	52,95		19	25,33	
Σ	133	100	141	100	108	100	145	100		244	100		75	100	
CAM positiv und Delir im Arztbrief erwähnt	16	28,07	17	32,69	7	16,66	13	19,70	0,470	15	21,43	0,162	6	14,63	0,795

p Signifikanzwert: Der Signifikanzwert ergibt sich aus dem Vergleich der Werte zum Vorjahr
n Anzahl, *CAM* Confusion Assessment Method, Σ Summe, **fett** hinterlegte Zahlen: signifikanter Wert

PICO 6
Delirnachsorge

(Spank et al., 2024)

Zusammenfassung/ Take-Home Messages

- **Delir ist eine Notfallsituation!**
- **Delir als Qualitätsindikator**
- **Keine Evidenz zur medikamentösen Prävention**
- **Nichtmedikamentöse und multikomponenten Interventionen wie AKTIVER sind effektiv in der Prävention und werden in der S3 LL empfohlen**
- **Nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Prävention sind identisch zu den Maßnahmen in der Behandlung**
- **Die Implementierung in die Regelversorgung kann nur unter Mitwirkung aller gelingen**
- **Dokumentation des Delirs wichtig**
- **Leuchtturmprojekte, die S3 LL in die Pflegepraxis zu überführen, existieren**





2. Platz Theodor Fliedner Medaille für Innovative Pflegepraxis



Vielen Dank

Kontakt:

Juliane Spank

j.spank@klinikum-stuttgart.de

Oder

aktiver@klinikum-stuttgart.de