

Kurzversion: Delir im höheren Lebensalter -

Eine transsektoral umsetzbare, interdisziplinär-
interprofessionelle Leitlinie zu Delir-Prävention, -Diagnostik
und -Therapie beim alten Menschen

S3-Leitlinie

der

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)



und

AGBW	Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V.
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien
BDN	Berufsverband deutscher Neurologen
BED	Bundesverband für Ergotherapeut:innen Deutschland e.V.
BVDN	Berufsverband deutscher Nervenärzte
BVDP	Berufsverband deutscher Psychiater
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
DBVA	Deutscher Berufsverband für Altenpflege
DFKGT	Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e.V.
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.
DGAV	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V.
DGCH	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.
DGIIN	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
DGINA	Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V.
DGKN	Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung e.V.
DGNR	Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DGTHG	Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.
DGIM	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V.
DGOU	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

DNQP	Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege
GNP	Deutsche Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.
Physio Deutschland	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V.

Version: 1.1

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21019 (DELEIhLA) gefördert.

Herausgebende federführende Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)

Bitte wie folgt zitieren:

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) und
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“,
Kurzversion 1.1, 30.04.2025, verfügbar unter:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/109-001>. Zugriff am (TT.MM.JJJJ).

Inhalt

Kurzversion: Delir im höheren Lebensalter -	1
Verwendete Abkürzungen	5
Zu dieser Version	8
Präambel	8
Delirrisikofaktoren und Delirrisikoscreening – PICO 1	9
Risikoscreening im akutstationären Setting	11
Risikoscreening in der Langzeitversorgung	12
Risikoscreening bei vulnerablen Patientengruppen	12
Delirscreening – PICO 2	13
Diagnosestellung vs. Delirscreening	13
Rational, Zeitpunkt und Dauer des Screenings	13
Qualitätssicherung	15
Auswahl der Instrumente	16
Belastungen durch das Screenings und Einwilligung	17
Aufmerksames klinisches Beobachten	17
Besondere Patientengruppen	18
Ätiologische Delirdiagnostik – PICO 3	18
Das strukturierte diagnostische Vorgehen	18
Delirprävention - PICO 4	23
Delirprävention allgemein	24
Delirprävention in unterschiedlichen Settings	25
Delirprävention im akutstationären chirurgischen Setting	28
Prävention in der Langzeitversorgung	30
Delirtherapie – PICO 5	30
Allgemeine Empfehlungen	30
Delirtherapie im akutstationären Setting	31
Delirtherapie in der Langzeitversorgung	33
Follow-up Care & Tertiärprävention – PICO 6	34
Delirfolgen	34
Informationstransfer	35
Tertiärprävention	36
Weitere Informationen zu dieser Leitlinie:	37

Verwendete Abkürzungen

3D-CAM 3-Minute Diagnostic Confusion Assessment Method
4AT 4 „A“s Test
6-CIT Six Item Cognitive Impairment Test
ACB Anticholinergic Burden
ACB Score Anticholinergic Burden Score
ADL Activities of Daily Living
AKTIVER "Alltags- und KognitionsTraining - Interdisziplinarität Verbessert das Ergebnis und mindert das Risiko" Delirpräventionsprogramm
APA American Psychiatric Association
ASA American Society of Anaesthesiologists
AUC Area under the curve
bCAM Brief Confusion Assessment Method
CAM Confusion Assessment Method
CAM-ICU Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit
CCI Charlson Comorbidity Index
CCSMH Canadian Coalition for Seniors' Mental Health
cCT cerebrale Computertomographie
CFS Clinical Frailty Scale
CGA Comprehensive Geriatric Assessment
cMRT Magnetresonanztomographie
CSHA Canadian Study of Health and Aging
CT Computertomographie
DBI Drug Burden Index
DCCS Delirium Clinical Care Standard
DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.
DOSS/DOS Delirium Observation Screening
DRAS Delirium Risk Assessment Score
DRAT Delirium Risk Assessment Tool
DRSQ Delirium Risk Screening Questionnaire
DRS-R-98 Delirium-Rating-Scale-Revised-98
DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Fassung)
EEG Elektroenzephalographie
EKG Elektrokardiogramm

EPMS Extrapiramidalmotorische Symptome
ESAIC European Society of Anaesthesiology and Intensive Care
EuroScore II European System for Cardiac Operative Risk Evaluation II
FAM-CAM Family Confusion Assessment Method
GCS Glasgow Coma Scale
HELP Hospital Elder Life Program
HLM Herz-Lungen-Maschine
HR Hazard Ratio
i.m. intramuskulär
I-AGeD Informant Assessment of Geriatric Delirium
ICD International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICDSC Intensive Care Delirium Screening Checklist
IMC Intermediate Care
ISAR Identification of Seniors at Risk
JTc korrigiertes JT-Intervall
KI Konfidenzintervall
LONTS Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen
MCI Mild Cognitive Impairment
MMSE/MMST Mini Mental Status Examination/Test
MNA Mini Nutritional Assessment
MoCA Montreal Cognitive Assessment
NCSE Nicht-Konvulsiver Status Epilepticus
NICE National Institute for Health and Care Excellence
NIHSS National Institute of Health Stroke Scale
NRS Nutritional Risk Screening
NSQIP-SC National Surgical Quality Improvement Program - Risk Calculator For Serious Complications
Nu-DESC Nursing Delirium Screening Scale
OR Odds Ratio
p.o. per os
PIM Potenziell inadäquate Medikation
POCT Point-of-Care-Testing
POD Postoperatives Delir
qSOFA-Kriterien quick Sequential Organ Failure Assessment

QTc korrigiertes QT-Intervall

RASS Richmond Agitation Sedation Scale

RCT Randomized Controlled Trial

RR Relatives Risiko

s.c. subkutan

SHT Schädel-Hirn-Trauma

SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SIS Six-Item-Screener

SpO2 Sauerstoffsättigung

SQID Single Question to Identify Delirium

TdP Tachykardie vom Typ Torsade de Pointes

TMT-B Trail Making Test B

UAW Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

VAS Visuelle Analogskala

ZNA Zentrale Notaufnahme

ZNS Zentrales Nervensystem

Zu dieser Version

In aller Kürze:

Diese Kurzfassung enthält alle Empfehlungstexte der S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“.

Zusätzlich dazu werden nur minimale Informationen gegeben, die die Anwendung unterstützen. Für Literaturangaben, weitergehende Betrachtungen und Hintergrundinformationen sei auf die zugehörige Langversion der Leitlinie und den Leitlinienreport verwiesen.

Präambel

Das Delir ist ein akut auftretendes neuropsychiatrisches Syndrom somatischer Ursache.

Das Delir ist durch folgende Kernelemente definiert:

- Bewusstseinsstörung, die sich im Alltag durch verminderte Aufmerksamkeit, Vigilanzminderung, erhöhte Ablenkbarkeit und Desorganisiertheit manifestiert,
- subakute bis akute Änderung der kognitiven Leistungsfähigkeit (z.B. Orientierung, logisches Denken, Gedächtnisstörungen),
- Veränderung der Psychomotorik (von Apathie bis schwere Agitation),
- Affektstörungen (u.a. Euphorie, Angst bis hin zur Suizidalität) sowie
- zirkadiane Auffälligkeiten wie gestörte Tag-Nacht-Rhythmik und
- Symptomfluktuationen.

Pathophysiologisch besteht eine globale zerebrale Netzwerkstörung (akute Encephalopathie), die auf neuroinflammatorische und neurohumorale Prozesse bei genereller Vulnerabilität des alternden Gehirnes durch gliale und vaskuläre Veränderungen zurückgeht.

Diese interdisziplinäre, interprofessionelle und transsektoral anwendbare S3-Leitlinie befasst sich mit dem nicht-substanzbedingten Delir (ICD 10: F05) und fokussiert speziell auf das höhere Lebensalter (>65 J.), in dem die Auftretenswahrscheinlichkeit stark ansteigt (ambulant 2%, stationär um 20%, postoperativ 10-40% und auf Intensiv und Palliativstationen bis 80%) und die Prognose eines Delirs ungünstig ist. Eine Restitution ad integrum ist möglich, nach Delir sind Mortalität und Institutionalisierungsrate allerdings verdoppelt und insbesondere das Risiko einer Demenzentwicklung vielfach erhöht. Gebrechlichkeit (Frailty) oder kognitive Einschränkung verschlechtern die Prognose zudem erheblich.

Zusammenfassend werden in der vorliegenden Leitlinie die bedarfsoorientierte und personenbezogene Delirrisikoermittlung (PICO1), das Delirscreening und syndromale Delirdiagnostik (PICO2), die ätiologische Delirdiagnostik (PICO3), die Delirprävention (PICO4), die interdisziplinäre und interprofessionelle Delirtherapie (PICO5) durch nicht-medikamentöse und medikamentöse Maßnahmen, sowie die Delirnachsorge (PICO6) berücksichtigt.

Verschiedene Settings und Sektoren wurden abgegrenzt (ambulante haus- und fachärztliche sowie pflegerische Versorgung, Notaufnahme, nicht-chirurgische und chirurgische Stationen wie auch die Nachsorge mit Rehabilitationseinrichtungen, ambulante und stationäre Pflege) und auf vulnerable Patient:innengruppen mit besonderen Bedarfen (u.a. Demenz, Frailty, Kommunikationsstörungen) wird besonderes Augenmerk gelegt.

Diese Leitlinie ergänzt nationale Leitlinien mit Delirbezug und berücksichtigt Empfehlungen internationaler Leitlinien. Eine laienverständliche Patientenleitlinie mit Checklisten sollen eine flächendeckende Implementierung von evidenzbasiertem Delirmanagement (inkl. Präventionsmaßnahmen, Screenings und State of the Art-Delirtherapie) voranbringen und so den Erhalt der Lebensqualität im Alter fördern.

Delirrisikofaktoren und Delirrisikoscreening – PICO 1

Das Auftreten eines Delirs beruht auf dem Zusammenwirken prädisponierender (z. B. höheres Alter, kognitive Dysfunktion bzw. Demenz, Gebrechlichkeit (Frailty), Multimorbidität, Erkrankungen des zentralen Nervensystems sowie psychische Erkrankungen (u.a. Alkoholabhängigkeit, depressive Störung) und auslösender Faktoren (z. B. akute Erkrankung (z.B. Leber- und Niereninsuffizienz), operative Eingriffe, Infektionen, metabolische Störungen, Einsatz von delirogenen Arzneimitteln (z.B. Benzodiazepinen und Anticholinergika) und iatrogene Risikofaktoren (z.B. Urinkatheter). Das Delirrisiko steigt mit der Anzahl und Schwere dieser Faktoren. Pragmatisch kann es von Vorteil sein, Patienten mit niedrigem, mittlerem, oder hohem Delirrisiko zu stratifizieren.

Dem Auftreten eines Delirs wird als Beschreibung der Interaktion der prädisponierenden und auslösenden Risikofaktoren ein Schwellenkonzept der Vulnerabilität zugrunde gelegt. Demnach können bei Patienten mit hohem dispositionellen (oder individuellem) Delirrisiko bereits eine geringe Anzahl oder Ausprägung auslösender Faktoren ausreichen, um ein Delir auszulösen.

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).	

Settingübergreifend werden für das Delirriskoscreening generell die Erfassung folgender Risikofaktoren empfohlen:

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. anticholinriger 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

Hierbei kann ebenfalls ein mehrdimensionales geriatrisches Screening (z. B. ISAR, Geri-Check, GeriNOT) verwendet werden, das durch ein kurzes kognitives Testverfahren (z. B. MoCA, SIS, Mini-Cog) ergänzt wird (Empfehlung 1.1.1). In Ergänzung zu etablierten klinischen Scores werden zunehmend KI-gestützte Delirriskoscreening-Tools angeboten. Eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Anwendung der KI-basierter Systeme ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht gegeben.

1.1.1	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↑ starker Konsens, 95%	Wir schlagen bei älteren Patient:innen die Durchführung eines geriatrischen mehrdimensionalen Screenings zur Erfassung des Delirrisikos vor.	

1.2	Empfehlung	neu: 2025
EK Starker Konsens, 100%	Wir empfehlen, das erhobene Delirrisiko an Patient:innen, Angehörige und weiter behandelnde Fachpersonen zu übermitteln, entsprechend des Risikos individuelle Präventionsmaßnahmen einzuleiten (siehe Kapitel 4) und bei Patient:innen mit identifiziertem Delir-Risiko regelmäßig auf das Auftreten eines Delirs zu screenen (siehe Kapitel 2).	

1.3	Empfehlung	neu: 2025
EK Starker Konsens, 100%	Wir empfehlen, Biomarker <u>nicht</u> zum Delirrisikoscreening zu verwenden.	

Risikoscreening im akutstationären Setting

Ältere Patienten sind bei der akutstationären Aufnahme aufgrund der akut aufgetretenen Erkrankung, die sie in die Notaufnahme gebracht hat und zusätzlich vorbestehenden prädisponierender Risikofaktoren besonders delirgefährdet [75]. Prinzipiell gilt es, Risikofaktoren möglichst frühzeitig zu erfassen. Geeignete Instrumente für das Delirrisiko-Screening in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) sind u. a.:

1. Geri-Check, ISAR, GeriNOT: Identifikation geriatrischer Patient:innen
2. Kurzes Kognitive Assessments: Six-Item Screener, 6 CIT.
3. Frailty-Assessment: CSHA-CFS.

1.4	Empfehlung	neu: 2025
EK Starker Konsens, 95%	Wir empfehlen, bereits in der Notaufnahme das Risiko für das Auftreten eines Delirs durch ein pragmatisches Screening (mindestens Kognition, Frailty und Delirvorgeschichte) abzuschätzen.	

1.5	Empfehlung	neu: 2025
EK Starker Konsens, 100%	Wir empfehlen, im akutstationären Bereich (nicht-chirurgisch) das Risiko für das Auftreten eines Delirs durch ein pragmatisches Screening (mindestens Kognition, Frailty, Komorbidität, Medikation und Delirvorgeschichte) abzuschätzen.	

1.6	Empfehlung	neu: 2025
EK Starker Konsens, 100%	Wir empfehlen im akutstationären chirurgischen Setting ein pragmatisches POD-Risikoscreening vor dem chirurgischen Eingriff vorzunehmen, welches mindestens Kognition, Frailty, Multimorbidität, ASA-Score, Medikation, geplante OP-Dauer, Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine und Schmerzen als Risikofaktoren beinhaltet.	

1.7	Empfehlung	neu: 2025
EK Starker Konsens, 100%	<p>Wir schlagen vor, eine zusätzliche Einschätzung von behandlungsbezogenen Delir-Risikofaktoren (wie intraop. Komplikationen, Narkose-Führung, tatsächliche OP-Dauer, Dauer der intensivmedizinischen Behandlung, Beatmungsdauer, Blutproduktagaben, Infektionen, Schmerzen, Bewegungseinschränkungen / Immobilisierung, Katheter, soziale Isolation) vorzunehmen.</p>	

Risikoscreening in der Langzeitversorgung

1.8	Empfehlung	neu: 2025
EK Starker Konsens, 100%	<p>Wir schlagen vor, ein pragmatisches Risikoscreening (siehe Tabelle 1) bei der Aufnahme in die Langzeitpflegeeinrichtung vorzunehmen und bei wesentlichen Veränderungen (wie Immobilisierung, soziale Isolation, Neuerkrankungen und Medikationsveränderungen) zu aktualisieren, sowie ein hohes Delirrisiko gut sichtbar in der bewohnerbezogenen Dokumentation zu vermerken..</p>	

Bei einem positiven Befund sollte zusätzlich ein kognitives Screening erfolgen - sowohl bei Neueinzug als auch bei akuten Ereignissen wie Infektion oder Medikamentenwechseln.

Risikoscreening bei vulnerablen Patientengruppen

1.9	Empfehlung	neu: 2025
EK Starker Konsens, 100%	<p>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.</p>	

Delirscreening – PICO 2

Das Delirscreening dient der schnellen Identifikation des Delirs, damit ein Delir-management eingeleitet werden kann. Es unterscheidet sich vom Delir-Risiko-Screening, welches eher präventiven Maßnahmen vorgeschaltet ist. Delirscreening-Instrumente werden auch zur Verlaufsüberwachung und Dokumentation eingesetzt.

Diagnosestellung vs. Delirscreening

Ein Delir wird anhand festgelegter Kriterien in Klassifikationssystemen wie dem DSM-5, ICD-10 oder ICD-11 definiert. Die Kernsymptome umfassen akute kognitive Störungen, insbesondere der Aufmerksamkeit, die oft mit weiteren auch verhaltensbezogenen Symptomen einhergehen.

Da die formale Delir-Diagnose zeitaufwendig ist, stellt das Delirscreening eine praktikable und pragmatische Alternative dar. Es ist jedoch wichtig, dass positive Screening-Ergebnisse von erfahrenen Kliniker:innen validiert werden, um eine angemessene Therapie einzuleiten. Bei negativem Delirscreening-Ergebnis sollte das Delirscreening regelmäßig wiederholt werden. Auch nicht eindeutige Ergebnisse oder Verläufe sollten differentialdiagnostisch von Fachärzt:innen nachgehalten werden.

2.3	Empfehlung	neu: 2025
EK Konsensstärke: 95%	Wir empfehlen, dass einem positiven Delirscreening-Ergebnis weitere Diagnostik zur Bestätigung des Delir-Befunds durch in diesem Gebiet erfahrene Kliniker:innen folgt. Bei negativem Delirscreening-Ergebnis sollte das Delirscreening regelmäßig wiederholt werden.	

2.4	Empfehlung	neu: 2025
EK Konsensstärke: 100%	Wir empfehlen, bei nicht-eindeutigem Delirscreening-Ergebnis, bei klinischer Unklarheit ob ein Delir vorliegt oder nicht, sowie bei untypischen Befunden oder Verläufen Fachärzt:innen hinzuzuziehen, welche in der Diagnostik und Differentialdiagnostik des Delirs erfahren sind.	

Rational, Zeitpunkt und Dauer des Screenings

Ein effektives Delirscreening erfordert eine hohe Sensitivität, um möglichst viele Betroffene zu identifizieren. Besonders gravierend ist das Risiko, ein Delir zu übersehen, da dies den Zugang zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen verhindern würde.

Es wird empfohlen bei Patient:innen mit dispositionellem und/oder expositionellem Delirrisiko ein Delirscreening durchzuführen.

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

Das Screening sollte in Phasen höchster Vulnerabilität erfolgen, beispielsweise nach Operationen, bei schweren Infektionen oder bei einem Ortswechsel, wie die Aufnahme in ein Krankenhaus. Die Frequenz des Screenings muss so gewählt werden, dass fluktuierende Symptome eines Delirs nicht übersehen werden. Ebenso sollte die Dauer des Screenings flexibel an den individuellen Verlauf angepasst werden, um sowohl Über- als auch Unterdiagnostik zu vermeiden. Der klinische Algorithmus bietet für Zeitpunkte und Dauer eine Handreichung.

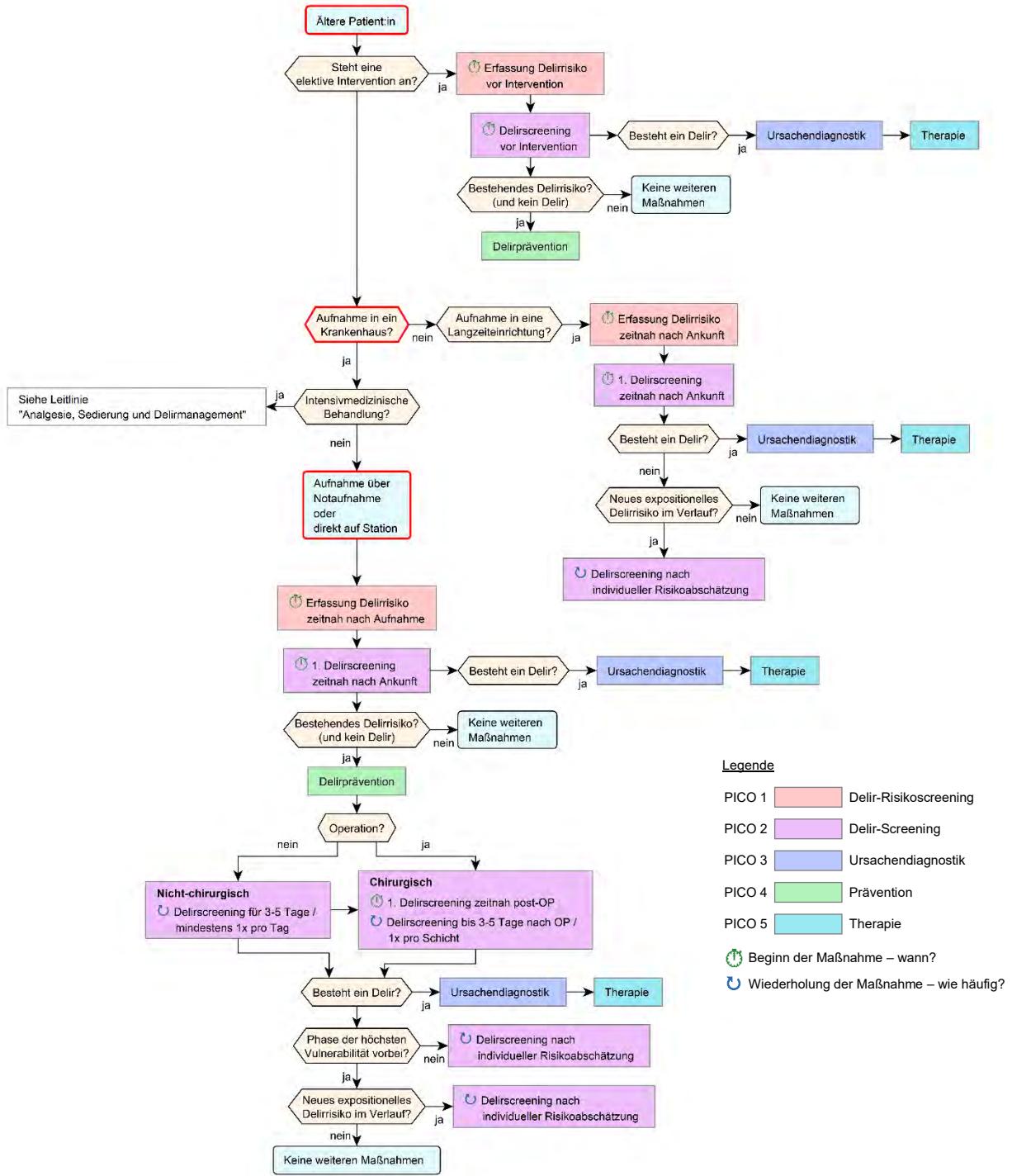


Abbildung 1. Klinischer Algorithmus

Qualitätssicherung

Die Anwendung von Delirscreening-Instrumenten setzt fundierte Schulungen voraus. Regelmäßige Fortbildungen für Fachpersonal sichern die Zuverlässigkeit der Erfassung und reduzieren Abweichungen.

2.2	Empfehlung	neu: 2025
EK Konsensstärke: 100%	<p>Wir empfehlen, dass vor der Anwendung von Delirscreening-Instrumenten eine Delir-/Delirmanagement-Schulung und Screening-Trainings durchgeführt werden, um eine reliable und valide Erfassung zu ermöglichen.</p> <p>Delir-Schulungen sollten auch bei qualifizierten Mitarbeitenden mindestens einmal jährlich angeboten werden.</p>	

Auswahl der Instrumente

Die Wahl des Screening-Instruments sollte sich an der Validität und dem spezifischen Einsatzbereich orientieren; es sollten vorzugsweise Instrumente verwendet werden, die für das jeweilige Setting validiert sind.

2.7	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ 90%, Konsens	<p>Wir empfehlen, in der Notaufnahme auf das Vorhandensein eines Delirs zu screenen. Dafür können folgende Instrumente verwendet werden: 4-AT oder CAM-Algorithmus.</p>	

2.8	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ Konsensstärke: 100%	<p>Wir empfehlen, ältere nicht-chirurgische Patient:innen im Rahmen des akutstationären Aufenthaltes auf das Vorhandensein eines Delirs zu screenen. Dafür können folgende Instrumente verwendet werden: CAM-Algorithmus (3D-CAM, CAM), 4-AT, Nu-DESC, DOSS zu verwenden.</p>	

2.9	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ Konsensstärke: 100%	<p>Wir empfehlen, ältere chirurgische Patient:innen im Rahmen des akutstationären Aufenthaltes auf das Vorhandensein eines Delirs zu screenen. Dafür können folgende Instrumente verwendet werden: CAM-Algorithmus (3D-CAM, CAM), 4-AT, Nu-DESC, DOSS.</p>	

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

Bestehende, gut funktionierende Abläufe sollten nicht leichtfertig durch neue Instrumente ersetzt werden.

Die folgende Tabelle listet einige der verfügbaren Instrumente auf und ist nicht wertend zu verstehen; bitte konsultieren Sie die Langfassung der Leitlinie für spezifischere Empfehlungen.

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

Eine verbale Interaktion mit den Patient:innen bedeutet, dass an diese konkrete Fragen/Aufgaben gerichtet werden; „(nein)“ heißt, dass die Instrumente Items aufführen die zwar überwiegend in der Beobachtung der Patient:innen bestehen, aber auch Items die z.B. die Wertung eines Gesprächs mit Ihnen beinhalten.

Es liegen für alle der aufgeführten Instrumente publizierte deutsche Versionen vor wenngleich nicht alle Setting-spezifisch validiert wurden.

Belastungen durch das Screening und Einwilligung

Wiederholte Delirscreenings können für Patient:innen belastend sein. Eine hohe Akzeptanz wird durch transparente Aufklärung über Sinn und Ziel erreicht. Ablehnungen sollten respektiert werden; In Fällen von Ablehnung ein aktives Delirscreening nicht möglich ist, sind alternative Methoden wie die Fremdbeobachtung angezeigt.

2.5	Empfehlung	neu: 2025
EK Konsensstärke: 95%	Wir empfehlen im Falle der Ablehnung des aktiven Delirscreenings reine Fremdbeobachtungsscreenings oder besonders aufmerksame klinische Beobachtung einzusetzen.	

Aufmerksames klinisches Beobachten

Auch wenn anderer Gründe vorliegen die ein aktives Screening verhindern, beispielsweise aufgrund von Sprachbarrieren, kann eine strukturierte klinische Beobachtung eine hilfreiche Alternative sein. Hierbei können fremdanamnestische Fragen oder gezielte Beobachtungen der Kernsymptome des Delirs eingesetzt werden.

2.6	Empfehlung	neu: 2025
EK Konsensstärke: 100%	Wenn ein aktives Delirscreening nicht möglich ist, empfehlen wir Delir-screenings zu verwenden, die die Fremdbeobachtung mit einbeziehen und diese durch eine aufmerksame klinische Beobachtung zu ergänzen.	

Dies gilt auch für Patient:innen die im Langzeitbereich versorgt werden.

2.10	Empfehlung	neu: 2025
EK Konsensstärke: 100%	Wir schlagen vor, das Delirscreening in der Langzeitversorgung am individuellen Risiko der Bewohner:innen/Patient:innen auszurichten. Bei erhöhten Delir-Risiko schlagen wir eine aufmerksame klinische Beobachtung vor; diese kann anlassbezogen durch Delirscreening-Instrumente ergänzt werden, auch wenn diese für andere Settings entwickelt wurden.	

Besondere Patientengruppen

Bei Patient:innen mit Demenz oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen ist die Abgrenzung eines Delirs oft schwieriger. Spezifische Instrumente (s. Empfehlung 2.11 weiter oben) und eine sorgfältige diagnostische Validierung durch erfahrene Kliniker:innen sind hier besonders wichtig.

Ätiologische Delirdiagnostik – PICO 3

Das strukturierte diagnostische Vorgehen

Die frühzeitige ätiologische Delirdiagnostik ist ein zentrales Element der Delirversorgung, da eine effektive Behandlung nur nach Identifikation und Therapie der zugrunde liegenden Ursachen möglich ist. Besonders bei älteren Patient:innen ist das Delir häufig multifaktoriell bedingt, wobei prädisponierende Faktoren wie Demenz oder sensorische Defizite mit akuten auslösenden Faktoren wie Infektionen, chirurgischen Eingriffen, Medikamentenwirkungen oder metabolischen Störungen zusammen wirken. Ein strukturiertes diagnostisches Vorgehen ist daher essenziell. Dies beginnt mit einer systematischen Anamnese, inklusive Medikations- und Fremdanamnese, gefolgt von gezielten körperlichen und neurologischen Untersuchungen sowie Laborbasisdiagnostik. Ergänzend können weiterführende Untersuchungen wie breite Labordiagnostik, Bildgebung (CT/MRT), EEG und Liquoruntersuchung erforderlich sein, abhängig vom klinischen Kontext und Risikoprofil des/der Patient:in. Die Diagnostik wird auch für Menschen in der Langzeitpflege empfohlen. Bei anhaltendem Delir oder fehlendem Therapierfolg ist eine Re-Evaluation der Ätiologie erforderlich, um reversible Ursachen rasch zu erkennen und zu behandeln und dadurch Dauer, Schweregrad und Folgen des Delirs zu minimieren.

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 Therapie die vordringlichen Schritte im Delirmanagement (siehe Tabelle 6).	

Tabelle 3: Elemente des strukturierten Vorgehens bei der Diagnostik eines Delirs

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. ◦ Hinweise auf Infektionen (z.B. Fieber, Diarrhoe), Infektionsfoci (z.B. Dekubitus, Husten) oder Sepsis (qSOFA-Kriterien [quick Sequential Organ Failure Assessment: Atemfrequenz, Glasgow Coma Score, Blutdruck]), sowie den Immunstatus (z.B. bei Diabetes mellitus, Medikation mit Immunsuppressiva). ◦ u. a. m. (z. B. Hinweise auf akute kardiorespiratorische Beeinträchtigungen, äußere/innere Verletzungen) • Hinweise auf Substanzabhängigkeit oder schädlichen Substanzgebrauch (Alkohol, Sedativa, Analgetika). • Erfassung von Schmerzen
Laborbasisdiagnostik	
	<ul style="list-style-type: none"> • Blut (häufige Ursachen siehe Tabelle 7 im Hintergrundtext), Urin
Apparative Untersuchungen bei entsprechendem klinischem Verdacht	
	<ul style="list-style-type: none"> • Schnittbildgebung des Gehirns (Computertomographie [CT] oder, wenn möglich Magnetresonanztomographie [MRT]) (s. Empfehlung 3.6) • Elektroenzephalographie (EEG) (s. Empfehlung 3.7) • Liquordiagnostik (s. Empfehlung 3.8) • Elektrokardiogramm (EKG) • Symptombezogene oder fokussierte Sonographie (u.a. Bladder Scan) • u. a. m.

Tabelle 4: Empfohlene Laborbasisdiagnostik bei Delir (die Auswahl der relevanten Parameter kann abhängig vom Setting variieren) *bei Möglichkeit zur point-of-care-Testing [POCT] aus Zeitgründen Diagnostik empfohlen)

	Laborbasisdiagnostik	Erweiterte Diagnostik
--	----------------------	-----------------------

Metabolische Veränderungen	Glukose, Sauerstoffsättigung, Blutgasanalyse venös* und arteriell*, Kreatinin inkl. GFR, Harnstoff, Albumin	Cystatin und Cystatin-GFR
Entzündliche Genese	Großes Blutbild, CRP, Urinstatus, U-Stick*	PCT, Blutkulturen, Urinkulturen, onkoneuronale Antikörper
Anämie, Gerinnung	Großes Blutbild, Hb, INR*, PTT	Retikulozyten-Index, Eisen, Transferrinsättigung, Ferritin
Elektrolytentgleisung	Natrium, Calcium, Kalium (bei kardialer Symptomatik bzw. pharmakotherapeutisch relevant [QTc-Zeit])	Phosphat, Magnesium
Vitamine	Vitamin B12, Holotranscobalamin, Folsäure	Methylmalonsäure
Leberfunktionstests	Gamma-GT, ALT, AST, Bilirubin, Alkalische Phosphatase	
Schildrüsenfunktionstests	TSH	T3/fT3, T4/fT4, TPO-Antikörper
Kardiale Genese	Troponin (hs-cTn)	NT-proBNP

*bei Möglichkeit zur point-of-care-Testing [POCT] aus Zeitgründen rasche Diagnostik empfohlen)

3.2	Empfehlung	neu: 2025
EK 86%, Konsens	Wir empfehlen bei Delir eine zielgerichtete, priorisierende Durchführung der ätiologischen Diagnostik auf Facharztniveau innerhalb eines Zeitfensters, das eine rechtzeitige Behandlung der zugrundeliegenden Delirursache(n) ermöglicht. Dabei sollten a-priori-Wahrscheinlichkeiten des jeweiligen Settings (Notaufnahme, postoperativ, Allgemeinstation, Langzeitpflege) berücksichtigt werden (Tab. 5).	

Tabelle 5: Diagnostische Maßnahmen nach a-priori-Wahrscheinlichkeiten des jeweiligen Settings

Setting	Häufige Delirursachen / Routinemaßnahmen	Sinnvolle Primärdiagnostik
Notaufnahme	Basisdiagnostik	Vitalparameter: Blutdruck, Temperatur, Herz- und Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung (SpO2), Schmerz, Glasgow-Coma-Scale (GCS), Point-of-Care-Testing (POCT)
	Anamnese und klinische Untersuchung	Körperliche Untersuchung incl. Neuro-Status und Einschätzung Seh- und Hörfähigkeit, Hydratationsstatus, Hautstatus, periphere Durchblutung inkl Rekap. Zeit, Mottling-Score (Marmorierung der Haut), Harnverhalt, Koprostase/Ileusverdacht, Substanzeinnahme oder -abusus
	Infekte, Elektrolytverschiebung, metabolische Ursachen	Leitsymptom getriggerte Laborbestimmung (z.B. Blut, Liquor, Urin) und Bildgebung (z.B.

		fokussierte Notfallsonographie, Röntgen, Computertomographie [CT])
	Medikamentenentzug / -überdosierung / -unverträglichkeit	Medikamentenanamnese mit speziellem Blick auf: Diuretika, Antiarrhythmika, dopaminerge, anticholinerge und sedierende Medikation, Opioide -insbesondere Hautinspektion nach Medikamentenpflastern, falls möglich Spiegelbestimmung
	Intrazerebrale Blutung, Subduralhämatom (oft liegt der dazu führende Sturz länger [Tage bis Wochen] zurück und wird nicht berichtet.	Nach Sturz fragen, auf äußere Verletzungszeichen achten, bei fokaler Neurologie, epileptischen Anfällen, hohem Sturzrisiko und Verletzungszeichen insbesondere bei gleichzeitiger Einnahme einer Antikoagulation cerebrale Bildgebung erwägen
postoperativ	Infekte (OP bezogen lokal, Immobilität [Pneumonie] oder Katheter-assoziiert [Harnwegsinfekt])	Blutbild, CRP, PCT, U-Status, Röntgen-Thorax
	Schmerzen	Regelmäßige Schmerzevaluation (z.B. Visuelle Analogskala [VAS], numerische Rating Skala [NRS]), Re-Evaluation und ggf. Anpassung/Umstellung Schmerzmedikation
	Blutungen	Anämie, Blutbild, Tachykardie, Schwitzen
	Änderung der Vormedikation (z.B. neue Schmerzmedikamente, Weglassen von Langzeitopiaten, Schlafdauermedikation etc.)	Medikamenten-Check: neu an- / abgesetzt, Schmerzmedikation, ZNS-wirksame Substanzen (Benzodiazepine, Antipsychotika, etc.)
	Dehydratation, Malnutrition	Hydratation, Ernährungsassessment (Mini Nutritional Assessment [MNA] oder Nutritional Risk Screening [NRS]), Bestimmung von Protein und Albumin
	Metabolische Veränderungen	Elektrolyte, Nierenwerte, TSH (wurde Kontrastmittel gegeben?)
	Bei fokaler Neurologie	Ausschluss Hypoglykämie, Exsikkose, Hypo- und Hypernatriämie, Hypo-/Hyperkalzämie, Übersedierung im Rahmen der Schmerztherapie, neurologisches Konsil, weitere cerebrale Bildgebung (siehe unten „spezielle Empfehlungen“)

Stroke Unit	<ul style="list-style-type: none"> zerebrale Ischämie und intrazerebrale Blutungen 	<ul style="list-style-type: none"> regelmäßige neurologische Untersuchungen mittels NIHSS (mind. alle 6h), um Verschlechterung neurologischer Defizite zu bemerken initiales cCT bzw. cMRT bei unauffälliger cCT-Diagnostik Verlaufsbildgebung bei nicht zu erklärenden akuten Verschlechterungen (NIHSS) tägliches Infektions-, Schmerz und Elektrolytmonitoring sowie frühzeitige und adäquate Therapie
	<ul style="list-style-type: none"> Encephalitis 	<ul style="list-style-type: none"> bei unzureichend erklärbarer Wesensänderung und neurologischem Defizit sollte eine Liquor-punktion zum Ausschluss einer infektiösen oder autoimmunen Enzephalitis erfolgen
Allgemeinstation	<ul style="list-style-type: none"> nosokomiale Infektion Koprostase, Harnverhalt Malnutrition postinterventionelle/postoperative Komplikation 	<ul style="list-style-type: none"> Tgl. mehrfache klinische Beurteilung auf Agitation und Unruhe, Somnolenz und Sopor Ernährungsscreening Infektions- und Schmerzmonitoring
Langzeitpflege	<ul style="list-style-type: none"> Dehydratation, multiple Ko-Morbiditäten, Polypharmazie 	<ul style="list-style-type: none"> Klinische Hinweise auf Dehydratation; Nierenfunktion, Elektrolyte

3.3	Empfehlung	neu: 2025
EK 100%, starker Konsens	Wir empfehlen bei Verdacht auf ein Delir bei Menschen in der Langzeitpflege eine zügige, der medizinischen Situation angemessene, ätiologische Diagnostik.	

3.4	Empfehlung	neu: 2025
EK 100%, starker Konsens	Wir empfehlen bei anhaltendem Delir oder fehlendem Ansprechen auf die Behandlung vermuteter zugrundeliegender Ursachen eine Re-Evaluation der Ätiologie.	

3.5	Empfehlung	neu: 2025
EK 90%, Konsens	<p>Wir empfehlen, eine cerebrale Bildgebung nicht routinemäßig, jedoch bei Vorliegen folgender Faktoren durchzuführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Neue fokal-neurologische Symptome, Eine Bewusstseinstrübung, die nicht durch eine andere Ursache erklärt werden kann, 	

	<ul style="list-style-type: none"> • anhaltendes Delir, ohne klar identifizierbare Ursache • Hinweise auf eine primäre Erkrankung des zentralen Nervensystems, deren Abklärung durch bildgebende Diagnostik im Kontext des Delirs relevant erscheint
--	--

3.6	Empfehlung	neu: 2025
EK 95%, starker Konsens	Wir empfehlen, bei Menschen mit Delir ein EEG bei Verdacht auf zugrundeliegende epileptische Anfälle, einen nicht-konvulsiven Status epilepticus sowie bei differenzialdiagnostischer Unklarheit bei psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Katatonie, durchzuführen	
3.7	Empfehlung	neu: 2025
EK 84%, Konsens	Wir empfehlen, eine Lumbalpunktion nur bei klinischem Verdacht auf ein infektiöses oder autoimmun-entzündliches ZNS-Geschehen durchzuführen.	

Delirprävention - PICO 4

Der Prävention des Delirs kommt gerade im höheren Lebensalter aufgrund der negativen Folgen eine zentrale Bedeutung zu. Die zahlreichen Delir-Risikofaktoren und Delirauslöser lassen sich unterteilen in nicht modifizierbare (z.B. hohes Alter) und potenziell vermeidbare oder modifizierbare dispositionelle Faktoren einerseits, sowie reduzierbare expositionell-auslösende Risikofaktoren andererseits. Der Kumulation einzelner Risikofaktoren mit der individuellen Vulnerabilität kommt eine hohe Bedeutung zu. Vermeidbarer psychischer oder physischer Stress, vermeidbare Kombinationen Delir-auslösender Medikamente, die Summation anticholinriger Nebenwirkungen, Schmerzen, Infektionen und Störungen der Homöostase können vermindert bzw. frühzeitig behandelt werden und so die Delir-Gefahr gesenkt werden.

In modernen Krankenhausabläufen mit standardisierten Abläufen stellt individuelle Risikoadaptierung jedoch eine Herausforderung dar. Neben individualisierten Modifikationen spezifischer Risikofaktoren sind v.a. in Bereichen mit hoher Delirinzidenz - multimodale Ablaufoptimierungsstrategien angezeigt.

Zur Planung von Delirpräventionsmaßnahmen ist die Erfassung individuell relevanter (möglicherweise beeinträchtigter) Funktionsbereiche – Delir-Risikoerfassung (Kap.1)- erforderlich.

4.1	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ Konsens, 89%	Wir empfehlen bei älteren Patient:innen (>= 65 J.) im Krankenhaus zur Delirpräventionsplanung die Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessments (medizinische, psychosoziale und funktionelle Defizite und Ressourcen betreffend).	

Information von Angehörigen

Patient:innen sowie An- und Zugehörige ist oft nicht bewusst, dass sie selbst einen Beitrag zur Delirvermeidung leisten können, z.B. durch regelmäßige Besuche, Bereitstellen von Uhren, Brillen und Hörgeräten, Stabilisierung des Schlaf-Wach-Rhythmus. Viele Delirpräventionsprogramme integrieren gezielt Angehörige. Eine laienverständliche Patient:innen-Leitlinie zur Information ist unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/109-001> abrufbar.

4.2	Empfehlung	neu: 2025
EK starker Konsens, 100%	Wir empfehlen, Patienten und Angehörige über ein Delirrisiko und die Möglichkeit der Delir-Vermeidung aufzuklären und diese über die eigenen Einflussmöglichkeiten (zum Beispiel Erhalt des Schlaf-Wach-Rhythmus) sowie mögliche Unterstützung durch Angehörige (zum Beispiel kognitive und soziale Aktivierung, Unterstützung der Reorientierung) zu informieren.	

Delirprävention allgemein

Multikomponenten-Programme zur Delirprävention beinhalten eine Vielzahl (mind. 6) verschiedenster, überwiegend nicht-medikamentöser Maßnahmen, die auf die Kontrolle unterschiedlichster Delir-Risikofaktoren abzielen, die hochfrequent (1-3x /d) nach festgelegten Protokollen, eingesetzt und dann regelmäßig angepasst werden. Delirpräventive Maßnahmen sollten innerhalb von 24 Stunden nach einer Akutaufnahme beginnen.

Daneben können medikamentöse Maßnahmen (z.B. das Einsetzen von Medikation zum Schlafanstoß) oder Medikationsreviews, medikamentöser Ausgleich nachgewiesener Homöostase-Dysbalancen notwendig sein. Nicht-medikamentöse Maßnahmen umfassen grundpflegerische und supportive Tätigkeiten sowie psychosoziale, auch rehabilitativ-aktivierende und tagesstrukturierende Interventionen. Eingehende Schulungsmaßnahmen, ein rascher Beginn <24 Std. und der Einsatz eines speziellen interdisziplinär-interprofessionellen Team mit nachgewiesener Delirpräventions- und Management-Kompetenz sind wesentlich. Folgende Maßnahmen werden in internationalen Leitlinien empfohlen:

- 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)

In Settings mit hohem expositionellem Risiko werden Maßnahmenbündel (Kombinationen mehrerer verschiedener Einzelmaßnahmen) innerhalb einer festen Programmstruktur und -manualisierung durch ein externes Team durchgeführt. Das Vorhalten und die effiziente Implementierung eines interdisziplinär-interprofessionellen Delirpräventionsprogrammes erfordern zusätzliche Ressourcen für die Weiterbildung und Schulung von kompetentem Personal aus verschiedenen Berufsgruppen.

Multikomponenten-Programme sind zur Umsetzung nicht-medikamentöser, individualisierter Interventionen bei Delirrisiko-Personen evidenzbasiert und wünschenswert. Trotz anfänglicher Zusatzkosten für Krankenhäuser und medizinische Versorger erscheint langfristig eine Kosteneffektivität eindeutig gegeben.

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.	

Delirprävention in unterschiedlichen Settings

Um effektive Primärprävention von Delirien beim älteren Menschen zu ermöglichen, sollten delirpräventive Maßnahmen bereits im ambulanten Setting ergriffen werden. Patient:innen und Angehörige betrachten die Delirprävention als wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Ergebnisse von Krankenhausbehandlungen und zur Vermeidung langfristiger kognitiver Beeinträchtigung oder eines Autonomieverlustes.

4.4	Empfehlung	neu: 2025
EK 100% starker Konsens	Wir schlagen vor, die Primärprävention eines Delirs im ambulanten Setting durch Reduktion individueller Delirrisikofaktoren, z.B. die Verordnung von Hör- und Sehhilfen, die Förderung von körperlicher	

	und sozialer Aktivität, sowie von kognitiver Anregung zu unterstützen.
--	--

4.5	Empfehlung	neu: 2025
EK 100% starker Konsens	Wir schlagen vor, die Prävention von Delirien im ambulanten Setting durch Schulungsangebote für alle ambulant tätigen medizinischen, pflegerischen und sozialen Fachgruppen sowie durch Aufklärung von Patient:innen und ihren Angehörigen zu unterstützen.	

In der Notaufnahme ist ein komplettes, modularisiertes und individualisiertes Multikomponenten-Delirpräventionsprogramm kaum realisierbar, wohl aber können adaptierte Maßnahmenbündel zur Delirprävention umgesetzt werden. Diese orientieren sich an häufigen Aufnahmegründen älterer Patient:innen, beispielsweise bei hüftnahen Femurfrakturen („Schenkelhalsfrakturen“) oder anderen akuten Erkrankungen mit hohem expositionellen Delirrisiko sowie an häufigen dispositionellen Risiken.

4.6	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ 84%, Konsens	Wir empfehlen, dass Multikomponenten-Delirpräventionsbündel bei älteren Patient:innen in der Notaufnahme eingesetzt werden.	

Angesichts der nachgewiesenen Senkung der Delirinzidenz (eigene MA bei 1180 Pat. 52% Delirvermeidung), der Reduktion der Delirschwere sowie der Verkürzung der Delirdauer kann der Einsatz von Multikomponenten-Delirpräventionsprogrammen im stationären Setting (nicht-chirurgisch) ausdrücklich empfohlen werden.

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.	

Einzelmaßnahmen zur nicht-medikamentösen Prävention (akutstationär nicht-chirurgisch)

Im Gegensatz zu Multikomponenten-Delirpräventionsprogrammen, die mehrere Delir-Risikofaktoren gleichzeitig adressieren und dabei überwiegend individualisiert vorgehen, sind Einzelmaßnahmen als Standards in bestimmten Settings etabliert.

Eine Komponenten-Netzwerkanalyse (Cochrane-Review Burton 2021), zeigt signifikante Wirksamkeit für a) Reorientierung und vertraute Objekte (OR 0,32; 95% KI 0,11; 0,89), b) Schlafhygiene (OR 0,25; 95% KI 0,08; 0,71) und c) kognitive Stimulation (OR 0,45; 95% KI 0,21; 0,93).

Fortbildung von Mitarbeitenden

Wissensvermittlung und Bewusstmachung kritischer Situationen und Syndrome sind ein wesentlicher Baustein zur Delirprävention. Ein reiner Wissenserwerb reicht jedoch nicht aus – entscheidend ist die konsequente Umsetzung im klinischen Alltag. Für eine effektive Delirprävention sind Kenntnis der dispositionellen und expositionellen Delir-Risikofaktoren und deren Modifikation oder Vermeidung, des Schwellenmodells zur Delirentstehung, der Screeninginstrumente für Delir, Frailty und kognitive Leistungsfähigkeit, frühzeitige Delirerkennung, Einleitung eines Delirmanagements und vorausschauende Vermeidung von gefährdenden Situationen essenziell. Ein nachhaltiger Wissenstransfer zur Delir-Prävention erfordert Regelmäßige Fortbildungen und Updates, strukturierte Umsetzungspläne und Qualitätskontrollen zur Sicherstellung der Umsetzung.

4.8	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ 100%, starker Konsens	Wir empfehlen zur Prävention des Delirs bei älteren nicht-chirurgischen Patient:innen im Krankenhaus, alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeitenden im Krankenhaus zu den Themen Delirrisiko, Delirerkennung und Delirprävention angepasst an den individuellen Wissensstand und den Einsatzbereich fortzubilden.	

Hinsichtlich isolierter Einzelmaßnahmen zur Delirprävention fand sich nur wenig belastbare Evidenz

4.9	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↓ 92,8%; Konsens	Wir schlagen <u>nicht</u> vor, Bewegungsübungen als isolierte Maßnahme zur Delirprävention bei älteren nicht-chirurgischen Patient:innen im Krankenhaus anzuwenden.	

4.10	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↓ 100%, starker Konsens	Wir schlagen vor Musikinterventionen <u>nicht</u> als isolierte Maßnahme zur Delirprävention bei älteren nicht-chirurgischen Patient:innen im Krankenhaus einzusetzen.	

4.11	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↓ 100%, starker Konsens	Wir schlagen vor, automatisierte Hinweise auf klinische Delirrisiken (z.B. Katheter, kognitive Beeinträchtigung) <u>nicht</u> als isolierte Maßnahme zur Delirprävention bei nicht-chirurgischen Patient:innen im Krankenhaus einzusetzen.	

Medikamentöse Delirprävention im akutstationären Setting (nicht-chirurgisch)

Eine generelle medikamentöse Delirprävention im akutstationären Setting (nicht-chirurgisch) ist nach derzeitigem Wissensstand nicht indiziert und wird daher in den evidenzbasierten internationalen Leitlinien und Versorgungsstandards nicht empfohlen. Auch für Patienten mit einem erhöhten Delirrisiko gibt es bislang keine ausreichend evidenzbasierte medikamentöse Maßnahme, die eine signifikante und sichere präventive Wirkung gezeigt hat.

4.12	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↓ 87,5%, Konsens	Wir schlagen vor, Melatonin <u>nicht</u> zur Delirprävention bei nicht-chirurgischen Patient:innen mit einem erhöhten Delirrisiko im Krankenhaus einzusetzen.	
4.13	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↓ 100%, starker Konsens	Wir schlagen vor, bei nicht-chirurgischen Patient:innen, Antipsychotika (auch in niedriger Dosierung), <u>nicht</u> zur Delirprävention bei älteren Pat. (≥ 65 J) einzusetzen.	

Nicht-chirurgische Patient:innen mit besonderen Bedarfen

Menschen mit Demenz sind im Krankenhaus besonders vulnerabel – hinsichtlich allgemeiner Komplikationen, aber auch in Bezug auf das Delirrisiko. Zur demenzsensiblen Krankenhausversorgung haben sich spezialisierte demenzsensible Settings oder Stationen, besondere Angebote zur Unterstützung des erhöhten Versorgungsbedarfs und besondere Angebote zum Einbezug der Angehörigen (Rooming in) bewährt. Unsere eigene Metaanalyse (14 Studien, 5756 Pat) erbrachte eine signifikante RR von 0,56 (95% KI 0,45, 0,71; $I^2 = 62\%$).

4.14	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ 100%, starker Konsens	Bei nicht-chirurgischen Patient:innen mit einer Demenz im Krankenhaus empfehlen wir die tägliche Anwendung von individualisierten Multikomponenten-Delirpräventionsmaßnahmen.	

Delirprävention im akutstationären chirurgischen Setting

Die Delirinzidenz lässt sich durch Multikomponenteninterventionen mit moderater Evidenzqualität signifikant senken, mit einem substanziellen Nettonutzen. Allerdings gibt es keine gesicherten Effekte auf die Delirdauer und -schwere, die Mortalität, die Pflegebedürftigkeit, sowie auf langfristige kognitive Beeinträchtigungen. Der Einsatz von Multikomponenten-Delirpräventionsprogrammen im chirurgischen Setting kann ausdrücklich empfohlen werden.

4.15	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ 100%, starker Konsens	Wir empfehlen bei chirurgischen Patient:innen (≥ 65 Jahre) im Krankenhaus die tägliche Anwendung von individualisierten Multikomponenten-Delirpräventionsprogrammen.	

Einzelmaßnahmen zur nicht-medikamentösen Prävention im akutstationären Setting (chirurgisch)

4.16	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↓↓ 100%, starker Konsens	Wir empfehlen, bei älteren chirurgischen Patient:innen im Krankenhaus transkutane elektrische Akupunktur-Punkt-Stimulation zur Prävention des postoperativen Delirs <u>nicht</u> einzusetzen.	

4.17	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↓↓ 100%, starker Konsens	Wir empfehlen, zur Delirprävention <u>keine</u> liberalere Bluttransfusionsstrategie bei Anämie einzusetzen als in der Querschnittsleitlinie der BÄK empfohlen.	

Medikamentöse Prävention im akutstationären Setting (chirurgisch)

4.18	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↓↓ 100%, starker Konsens	Wir empfehlen, Benzodiazepine bei älteren chirurgischen Patient:innen (≥ 65 Jahre) im Krankenhaus prä- und intraoperativ zu <u>vermeiden</u> , da diese die Delirinzidenz erhöhen können.	

4.19	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↓ 100%, starker Konsens	Wir schlagen vor, Antipsychotika (auch niedrig dosiert), <u>nicht</u> zur Delirprävention bei chirurgischen Patient:innen (≥ 65 Jahre) im Krankenhaus einzusetzen.	

4.20	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↓, 100%, starker Konsens	Wir schlagen vor, bei chirurgischen Patient:innen (≥ 65 Jahre) im Krankenhaus Melatonin <u>nicht</u> zur Delirprävention einzusetzen.	

4.21	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↓ 100%, starker Konsens	Wir schlagen bei älteren chirurgischen Patient:innen im Krankenhaus vor, Cholinesteraseinhibitoren <u>nicht</u> in der alleinigen Indikation einer Delirprävention einzusetzen.	

Delirprävention bei chirurgischen Patient:innen mit besonderen Bedarfen

Menschen mit Demenz sind im gerade im chirurgischen Setting vulnerabel – hinsichtlich allgemeiner Komplikationen, aber besonders in Bezug auf das Delirrisiko. Zur

demenzsensiblen Krankenhausversorgung haben sich spezialisierte demenzsensible Settings oder Stationen (z.B. Alterstraumatologien), besondere Angebote zur Unterstützung des erhöhten Versorgungsbedarfs und besondere Angebote zum Einbezug der Angehörigen (Rooming in) bewährt.

4.22	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↑↑ 100%, starker Konsens	Wir empfehlen bei chirurgischen Patient:innen mit Demenz im Krankenhaus täglich individualisierte Multikomponenten-Delirpräventionsmaßnahmen anzuwenden.	

Prävention in der Langzeitversorgung

4.23	Empfehlung	neu: 2025
EK 100%, starker Konsens	Wir empfehlen den Einsatz von Multikomponenten-Delirpräventionsprogrammen in der Langzeitversorgung mit entsprechender Adaptation an die individuellen Bedarfe (zum Beispiel Schlafförderung und individualisierte Tagesaktivierung).	
4.24	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↓ 100%, starker Konsens	Wir schlagen vor, Interventionen zur Bilanzierung der Flüssigkeitszufuhr <u>nicht</u> als isolierte Anwendung zur Delirprävention bei älteren Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen einzusetzen.	

Delirtherapie – PICO 5

Dieser Abschnitt enthält vier Allgemeine Empfehlungen von übergreifender Bedeutung, acht Empfehlungen, die sich auf den akutstationären Bereich **beziehen**, sowie zwei Empfehlungen, die die Langzeitversorgung betreffen.

Allgemeine Empfehlungen

Eine grundlegende Allgemeine Empfehlung betrifft die Priorisierung einer ursachengeleiteten Behandlung:

5.1	Empfehlung	neu: 2025
EK 100 %, starker Konsens	Wir empfehlen die gezielte Behandlung der dem Delir zugrundeliegenden Ursachen und Auslöser.	
5.2	Empfehlung	neu: 2025
EK 100 %, starker Konsens	Wir empfehlen, die Behandlung von Patient:innen mit Symptomen eines Delirs (Desorientiertheit, Wahrnehmungsstörungen, Agitiertheit, Eigen- und Fremdgefährdung) bis zum Abklingen der Symptomatik fortzusetzen.	
5.3	Empfehlung	neu: 2025

EK 100 %, starker Konsens	Wir empfehlen den Einsatz körpernaher freiheitsentziehender Maßnahmen („Fixierung“) zu vermeiden.
-------------------------------------	---

Grundlegend ist der hohe Stellenwert der individuell angepassten nichtmedikamentösen Multikomponentenprogramme, für deren Anwendung eine starke Empfehlung ausgesprochen wird:

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.	

Delirtherapie im akutstationären Setting

Für den akutstationären Bereich wird die *generelle Anwendung* verschiedener Pharmaka zur Delirtherapie nicht empfohlen. Im Hintergrundtext wird dargestellt, unter welchen Voraussetzungen im Einzelfall eine Anwendung der besprochenen Pharmaka indiziert sein kann. Auf das grundsätzlich von den vorgehend angesprochenen Prinzipien abweichende therapeutische Vorgehen beim substanzbedingten, insb. entzugsbedingten Delir wird unter Verweis auf die hierfür wichtigen AWMF-Leitlinien hingewiesen (s. Tabelle 13 der Langversion).

5.6	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↓↓ 93%, Konsens	Wir empfehlen, Antipsychotika bei älteren akutstationär behandelten Menschen mit Delir <u>nicht</u> pauschal zur Therapie des Delirs einzusetzen.	

5.7	Statement	neu: 2025
Statement Konsens, 93%	Wir halten die Evidenz für nicht ausreichend, um eine Empfehlung für oder gegen Melatonin zur Therapie des Delirs im akutstationären Setting auszusprechen.	

5.8	Empfehlung	neu: 2025
EK 100%, starker Konsens	Wir empfehlen, Benzodiazepine <u>nicht</u> zur Therapie des nicht-substanzbezogenen Delirs einzusetzen, da sie das Delir verstärken und/oder verlängern können.	

5.9	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↓ 100%, starker Konsens	Wir empfehlen, Acetylcholinesterasehemmer <u>nicht</u> zur Therapie des Delirs im akutstationären Setting einzusetzen.	

5.10	Empfehlung	neu: 2025
-------------	-------------------	------------------

Empfehlungsgrad B ↓ 100%, starker Konsens	Wir schlagen vor, Clonidin <u>nicht</u> zur Verkürzung der Delirdauer bei älteren nicht-chirurgischen Patient:innen im akutstationären Setting einzusetzen.
---	---

Die möglichst sichere Anwendung von Psychopharmaka bei einer Personengruppe mit erhöhter bzw. teilweise auch sehr hoher Vulnerabilität ist wichtig. Orientierend dazu kann auch Tabelle 11 genutzt werden. Detaillierte Ausführungen zum Umgang mit QTc-Zeit-Verlängerungen finden sich in der Langversion in Tabelle 12.

5.5	Empfehlung	neu: 2025
EK Konsens, 86%	Wir empfehlen, im akutstationären Setting eine pharmakologische Therapie nur bei belastenden Symptomen eines Delirs (Wahnerleben, Angst, beunruhigende Wahrnehmungsstörung) sowie unter bestimmten Voraussetzungen (fehlende oder unzureichende Wirkung nichtmedikamentöser Maßnahmen, psychiatrischer Notfall) einzusetzen.	

Tabelle 6: Empfehlungen zur zielsymptomorientierten Behandlung mit Antipsychotika bei nicht substanzbedingtem Delir

Zielsymptomatik Wahn, Halluzinationen, massive Agitation					
Substanz	Startdosis (mg)	Tagesdosis (mg) [max. Dosis/Tag]	Applikation	Zulassung 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	Zulassung 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 Nacht) [200 mg]	p. o.	nein	cave orthostatische Hypotonie

Anmerkungen:

- 1) Die Tabelle enthält eine Auswahl häufig verwendeter Substanzen. Weitere Substanzen, insbesondere für die Zielsymptomatik „vegetative Entgleisung“, sowie weitere anwendungsbezogene Aspekte werden im Hintergrundtext erläutert.

- 2) Die angegebenen Dosierungsbereiche dienen als Orientierung und müssen individuell angepasst werden. Insbesondere bei älteren oder gebrechlichen Patient:innen ist eine vorsichtige Dosierung notwendig. Ein Monitoring insbesondere hinsichtlich unerwünschter neuropsychiatrischer (z. B. Sedierung, Bewegungsstörungen) und kardialer Nebenwirkungen (u. a. QTc-Verlängerung) ist erforderlich (s. Hintergrundtext).
- 3) Bei M. Parkinson und Demenz mit Lewy-Körpern sind besondere Richtlinien zu beachten: Hier sollte nur Quetiapin oder Clozapin eingesetzt werden. Zum Entzugsdelir wird auf die entsprechenden Leitlinien verwiesen.
- 4) Für die subkutane (s. c.)-Gabe von Haloperidol liegt keine Zulassung vor, der Einsatz wird aber u. a. empfohlen in: „Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“.
- 5) Weitere für die Anwendung wichtige Aspekte sind im Hintergrundtext der Langversion aufgeführt

Abkürzungen/Erläuterungen:

- Die Angaben in eckigen Klammern betreffen übliche Maximaldosen
- EPMS: extrapyramidal-motorische Symptome
- i. m.: intramuskulär, p. o.: per os, s. c.: subkutan

Spezielle nichtmedikamentöse Einzelmaßnahmen zur Delirtherapie können nicht dezidiert empfohlen werden.

5.11	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↓↓ 100%, starker Konsens	Wir empfehlen, bei chirurgischen Patienten im akut-stationären Setting <u>keine</u> liberalere Bluttransfusionsstrategie zur Therapie eines Delirs einzusetzen, als in der Querschnittsleitlinie der BÄK empfohlen.	
5.12	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad A ↓↓ 100%, starker Konsens	Wir empfehlen transkutane elektrische Akupunktur-Punkt-Stimulation <u>nicht</u> zur Therapie des postoperativen Delirs bei chirurgischen Patient:innen einzusetzen.	

Delirtherapie in der Langzeitversorgung

Für die Langzeitversorgung werden zusätzlich folgende spezielle Empfehlungen gegeben:

5.13	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↑ 100%, starker Konsens	Wir schlagen vor, Patient:innen mit einem Delir bei Demenz in der Langzeitversorgung individualisierte kognitive Aktivierungen anzubieten.	
5.14	Empfehlung	neu: 2025
Empfehlungsgrad B ↑ 100%, starker Konsens	Wir schlagen vor, die Therapie von Delirien in der Langzeitversorgung durch Schulungsangebote und Trainings zum Delirmanagement für alle dort an der Gesundheitsversorgung beteiligten Fachgruppen zu unterstützen.	

Follow-up Care & Tertiärprävention – PICO 6

Delirfolgen

Die Folgen eines Delirs umfassen vielfältige physiologische und kognitive Faktoren. Zur Behandlung eignen sich strukturierte und systematische Trainingsprogramme, sowie kognitive Stimulationen mit Förderungen der Realitätsorientierung und emotionale Begleitung durch qualifizierte Fachpersonen. Die Interventionen müssen individuell flexibel angewandt werden. Dabei ist es notwendig die Zugehörigen in die Anwendung und Durchführung einzubeziehen. Auch die Zugehörigen benötigen die fachliche Aufmerksamkeit, da es immer erhebliche psychische Belastungen, durch die Gefühle von Hilflosigkeit und emotionaler Belastung gibt. Präventiv wirken die fachliche Beratung und Begleitung.

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)	

Tabelle 7: Unerwünschte gesundheitliche Auswirkungen des Delirs und Interventionsmöglichkeiten

Folgeerscheinungen	Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten
Alltagsdefizite	<ul style="list-style-type: none">• Aktivierende und ressourcenfördernde pflegerische Unterstützung• Ergotherapie• Einbezug und Schulung der An- und Zugehörigen
Mobilitätseinschränkungen	<ul style="list-style-type: none">• Mobilisierungen und Aktivierung im Alltag• Physiotherapie• Verordnung und Anpassung notwendiger Hilfsmittel• Durchführung sturzpräventiven Maßnahmen• Ergotherapie zur ergänzenden körperlichen Aktivierung
Einschränkungen in der Harn- und/oder Stuhlkontinenz	<ul style="list-style-type: none">• Pflegerische Diagnostik und Unterstützung• Beratung, Anpassung und Verordnung geeigneter Hilfsmittel• Diagnostik, Versorgung und Behandlung der Harnkontinenz gemäß der „S2k-Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten - Diagnostik und Therapie“ und der „S2k-Leitlinie Harninkontinenz der Frau“.• Diagnostik und symptomorientierte Therapie von Stuhlinkontinenz nach Ausschluss funktioneller und pathologischer Ursachen• Verweis auf die „S3-Leitlinie Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie der intestinalen Motilitätsstörung“• Durchführung der pflegerischen Versorgung gemäß des Expertenstandards „Kontinenzförderung in der Pflege – Aktualisierung 2024“
Dysphagie	<ul style="list-style-type: none">• Intensivierte logopädische Diagnostik und Therapie• Dysphagie-Screening; bei Auffälligkeiten Anpassung der Ernährungsformen

	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik sowie pharmakologische und nichtmedikamentöse Behandlung gemäß der „S1-Leitlinie Neurogene Dysphagie“
Depression	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik sowie pharmakologische und nichtmedikamentöse Behandlung gemäß „Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression“ • Einbezug von Fachärzt:innen / Psychotherapeutische Behandlung • Aktivierende Pflege
Kognitive Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • aktivierende und orientierungsfördernde Pflege • Ergotherapie zur Förderung kognitiver Fertigkeiten • bei demenziellen Veränderungen Diagnostik und Behandlung gemäß der „S3-Leitlinien Demenzen“ • Kontrolluntersuchung der kognitiven Fertigkeiten und Abklärung demenzieller Symptome 3-6 Monate nach Abklingen des Delirs
Angststörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik sowie pharmakologische und nichtmedikamentöse Behandlung gemäß „S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen“ • Fachärztliche/ Psychotherapeutische Behandlung
Posttraumatische Belastungsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik sowie pharmakologische und nichtmedikamentöse Behandlung gemäß „S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung“ • Fachärztliche/ Psychotherapeutische Behandlung

Informationstransfer

Die Weitergabe von Informationen über ein Delir(-risiko) ist ein essenzieller Bestandteil der interprofessionellen Kommunikation und stellt eine Grundlage für die weitere Diagnostik, Versorgung und Behandlung der betroffenen Person dar.

Zur Kommunikation dieser Informationen können unter anderem Arztbriefe, Entlassungsberichte, Pflegeüberleitungsbögen und Therapieberichte genutzt werden. Neben der klassischen schriftlichen Form bietet die Elektronische Patientenakte (ePA) eine gesicherte interdisziplinäre Kommunikationsmöglichkeit, in der relevante Behandlungsberichte hinterlegt und eingesehen werden können.

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, ursächliche und auslösende Faktoren, das Auftreten eines Delirs sowie den aktuellen kognitiven und physischen Status.	

Tertiärprävention

Die Tertiärprävention im Kontext eines aufgetretenen Delirs zielt über die Abschwächung der Delirfolgen (Empfehlung 6.1) hinaus vor allem darauf ab, weitere Episoden zu verhindern. Die in den vorherigen Kapiteln dargestellten Risikofaktoren und Strategien zu deren Management bleiben auch nach einem erlebten Delir von Bedeutung. Insbesondere bei einem hohen Delirrisiko sowie in der stationären Langzeitpflege (Pflegeheimsetting) sind präventive, nicht-medikamentöse Maßnahmen essenziell, um erneute Delirien zu vermeiden.

6.3	Empfehlung	neu: 2025
EK 100%, starker Konsens	Wir empfehlen zur Tertiärprävention eines Delirs individualisierte Maßnahmen zur kognitiven, sozialen und motorischen Aktivierung.	

Weitere Informationen zu dieser Leitlinie:

Autor:innen der Leitlinie

PD Dr. med. Christine Thomas
Prof. Dr. Christine von Arnim
Dr. Stefan Kreisel
Prof. Dr. Walter Hewer
PD Dr. Annerose Mengel
Benjamin Volmar
PD Dr. Monika Sadlonova
Dr. Alba Cristina Sánchez Fernández
Björn Fath
Julia Kühnle
Eva Trompeter
Juliane Spank

Steuerungsgruppe

PD Dr. med. Christine Thomas
Prof. Dr. Michael Rapp
Prof. Dr. Christine von Arnim
Dr. Stefan Kreisel
Prof. Dr. Walter Hewer
Theresa Hirtreiter-Hochbach
Pallavi Uttekar
Björn Fath
Dr. Stephanie Heinemann
Julia Kühnle
PD Dr. Monika Sadlonova
Dr. Alba Cristina Sánchez Fernández
Pauline Sellin
Eva Trompeter
Brigitte Stähle
Ute Hauser

Versionsnummer: 1.1
Erstveröffentlichung: 2025/04/30
Überarbeitung von: 2026/01/19
Nächste Überprüfung geplant: 2029/04/29

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online