



Delir-Pocketcard

Risikopatienten

- höheres Lebensalter (>65 Jahre)
- vorbestehende (bekannte / unbekante?) Demenz
- sensorische Beeinträchtigung (Sehen / Hören)
- Z.n. Delir
- hohe somatische Krankheitslast
- Alkoholabusus
- Depression

Klinik

- Störung von Bewusstsein (Agitation / Somnolenz / Sopor / Koma) und Aufmerksamkeit (Leitsymptom)
- Kognitive Störung (• Orientierung • Gedächtnisstörung • Sprachstörung • Halluzinationen)
- Akuter Beginn (Abgrenzung Demenz) und fluktuierender Verlauf
- Schlaf-Wach-Störungen
- Psychomotorische Auffälligkeiten (Hypoaktivität >> Hyperaktivität!)

Screening

www.the4AT.com

1. Wachheit
2. Orientierung
3. Aufmerksamkeit
4. Fluktuierende Symptomatik

1. Nicht pharmakologische (Re)Orientierungsmaßnahmen Für ALLE Risikopatienten mit / ohne Delir

- Brille / Hörgerät
- Uhr / Kalender
- Angehörige einbinden
- Förderung geistiger Aktivität
- schmerzhaftes Untersuchungen ankündigen
- Zimmerwechsel vermeiden
- Nachtruhe einhalten / Lichtreduktion
- Lärm reduzieren

2. Auslöser suchen und behandeln

Für ALLE Risikopatienten mit / ohne Delir

- Schmerz→ **regelmäßig Novalgin p.o. (i.v.) + Hydromorphon mind. 2 mg ret.**, zusätzlich Bedarfsmedikation **jetzt!** Hydromorphon 1,3 mg p.o. oder Piritramid 3,75 mg i.v.
- Infektion→ **suche Harnwegsinfekt, pulmonalen Infekt, Wundinfekt und therapiere leitliniengerecht; evtl. Blutkulturen**
- Dehydratation/Mangelernährung (Hunger!)→ Klinik (Schleimhäute) / Labor (Natrium, Harnstoff / Kreatinin), **Rehydrierung, Nahrung (hochkalorische Nahrungssupplemente – Fresubin, Fortimel)**
- Immobilität / Fixierung→ **Mobilisierung an Bettkante / in Pflegestuhl / durch Ärzte, Therapeuten + Pflege**
- Delirogene Medikamente / Polypharmazie → **Apotheker / Geriater**
- Medikamenten-/Substanz-Entzug→ **gewohnte Schlafmittel weiter verordnen, Alkohol erlauben „lieber Bier als Delir!“ (Apotheker / Geriater)**
- Metabolische Störungen (Hypo/Hypermatriämie, Hypo/Hyperkalzämie, Hypoglykämie) → **Internist / Geriater**
- Hypoxie, Anämie→ **O₂, Erythrozytenkonzentrat**
- Harn/Stuhlverhalt, Blasenkatheter (!)→ **Blick aufs Abdomen / in die Kurve, BDK ex (Männer!)**
- ZNS-Pathologie (Stroke, nicht-convulsiver Status epilepticus, Meningo/Encephalitis)→ **CCT, Neurologisches Konsil**

3. Symptomatische Therapie – Medikamentöse Delirtherapie

- ▶ Ziel: Selbst- und / oder Fremdgefährdung vermeiden
- ▶ **Hypoaktives Delir: NUR NICHT-MEDIKAMENTÖSE THERAPIE**
- ▶ Dosisreduktion nach 3 Tagen
- **Risperidon 0,5-1,0 mg p.o. 2x täglich; tagsüber, CAVE QTc Zeit**
- **Quetiapin 25 mg p.o. 0-0-1/2-1; sedierend→ abendliche Gabe;** Mittel der 1. Wahl bei Parkinsonsyndrom, CAVE QTc Zeit
- ▶ **alternativ: Haloperidol 0,5-1,5 mg p.o./i.v./i.m./s.c. 2x tgl.** CAVE: QTc Zeit, EPMS, i.v.: **Monitorpflicht!**
- **Lorazepam 0,5 mg p.o. Mittel der 1. Wahl bei Alkoholentzug;** CAVE: delirogene Wirkung, aber: angstlösend!

