

Inhaltsverzeichnis

1.	Zielsetzung	2
2.	Zielgruppe	2
3.	Einleitung	2
3.1	Prävalenz.....	2
3.2	Pathophysiologie	2
3.3	Diagnostische Kriterien nach DSM-V	3
3.4	Formen des Delirs	3
4.	Ursachen eines Delirs in der Palliative Care	4
5.	Risikofaktoren	4
6.	Mögliche Folgen des Delirs	6
7.	Präventive Massnahmen	6
7.1	Befragung durch das Betreuungsteam.....	6
7.2	Klinische Untersuchung	6
8.	Interventionsvorschläge beim Delir in der Palliative Care	7
8.1	Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten mit Delir mittels Screening.....	7
8.2	Behandlung mit nicht-pharmakologischen Massnahmen	7
8.3	Behandlung mit pharmakologischen Massnahmen	9
8.4	Bedeutung für Betroffene und Angehörige	10
8.5	Zusammenarbeit im interprofessionellen Team.....	11
9.	Delir in der Sterbephase	11
10.	Dokumentation	11
11.	Querverweise	11
12.	Literaturverzeichnis	12
13.	Autorenschaft	13
14.	Validation	13
15.	Anhang	13
	Anhang 1: Delir Observation Screening Scale (DOS)	13
	Anhang 2: Confusion Assessment Method (CAM)	13
	Anhang 3: Monate rückwärts zählen (MRZ)	13
	Anhang 4: Mental-Status- Questionnaire (MSQ)	13

1. Zielsetzung

- Die Entwicklung eines Delirs wird frühzeitig erkannt
- Die Pflegefachpersonen erkennen gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt ein Delir und können dies entsprechend behandeln
- Die Patientin oder der Patient wird in seinen Gewohnheiten und seinem Umfeld in Bezug auf seine Lebensqualität ernst genommen
- Die Patientin oder der Patient erfährt eine, seinem Zustand angepasste Pflege und Betreuung

2. Zielgruppe

Palliativ-Patientinnen oder Palliativ-Patienten im Delir

3. Einleitung

Delir ist ein komplexes Syndrom, welches verschiedenste Ursachen wie körperliche, neurologische oder alltägliche Erkrankungen haben kann. Das Delir ist gekennzeichnet durch gewichtige Störungen des Bewusstseins, der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, der Orientierung, der Psychomotorik und des Schlafes. Das Delir tritt typischerweise innerhalb weniger Stunden oder Tage auf und die Symptomatik fluktuiert im Tagesverlauf.

Das Delir ist die häufigste akut oder subakut auftretende neuropsychiatrische Störung.

3.1 Prävalenz

Die Prävalenz eines Delirs steht in Abhängigkeit von unterschiedlichen Risikofaktoren, der Patientenpopulation und dem Behandlungssetting. Personen über 65 Jahre leiden häufig bei einem Spitaleintritt an einem Delir.

Mit höherem Lebensalter nimmt die Prävalenz zu und wird bei der über 85-jährigen Bevölkerung auf ca. 10% geschätzt. Während der Hospitalisation entwickeln zwischen 10% und 65% ein Delir. Alzheimer-Patienten zeigen eine erhöhte Prävalenz.

3.2 Pathophysiologie

Die pathophysiologischen Grundlagen eines Delirs werden zunehmend besser verstanden. Der Neurotransmitter Acetylcholin nimmt in einem Delir ab, jedoch steigt das Dopamin an. Die Erhöhung des Dopamins ist wesentlich verbunden mit dem hyperaktiven Delir.

Störungen der Neurotransmitter durch:

- Neuroinflammation durch Infektionen oder chirurgische Eingriffe. Es bilden sich Zytokine, die zu einer Neuroinflammation führen
- Reduzierter oxidativer Metabolismus im Gehirn
- Anhaltende Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse

3.3 Diagnostische Kriterien nach DSM-V

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen). DSM ist ein Klassifikationssystem der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung.

- Eine Bewusstseinsstörung (d.h. verminderte Bewusstseinsklarheit gegenüber der Umgebungswahrnehmung) mit Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einzelne Reize zu richten, aufrecht zu erhalten oder gezielt zu wechseln
- Eine Veränderung der kognitiven Funktionen (wie Gedächtnisstörung, Desorientierung, Sprachstörung) oder die Entwicklung einer Wahrnehmungsstörung, welche nicht besser durch eine schon vorher bestehende, manifeste oder sich entwickelnde Demenz erklärt werden kann
- Das Störungsbild entwickelt sich innerhalb einer kurzen Zeitspanne (gewöhnlich innerhalb von Stunden oder Tagen) und fluktuiert üblicherweise im Tagesverlauf
- Es gibt Hinweise aus der Anamnese, der körperlichen Untersuchung oder den Laborbefunden, dass das Störungsbild durch die direkten körperlichen Folgeerscheinungen eines medizinischen Krankheitsfaktors verursacht ist
- Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen der kognitiven Funktionen, welche nicht durch eine vorbestehende, sich entwickelnde neurokognitive Erkrankung erklärt werden kann wie bspw. eine Demenz

3.4 Formen des Delirs

Das Delir muss klar von anderen Verwirrheitszuständen wie Demenz oder Depression abgegrenzt werden. Es gibt drei verschiedene Formen eines Delirs.

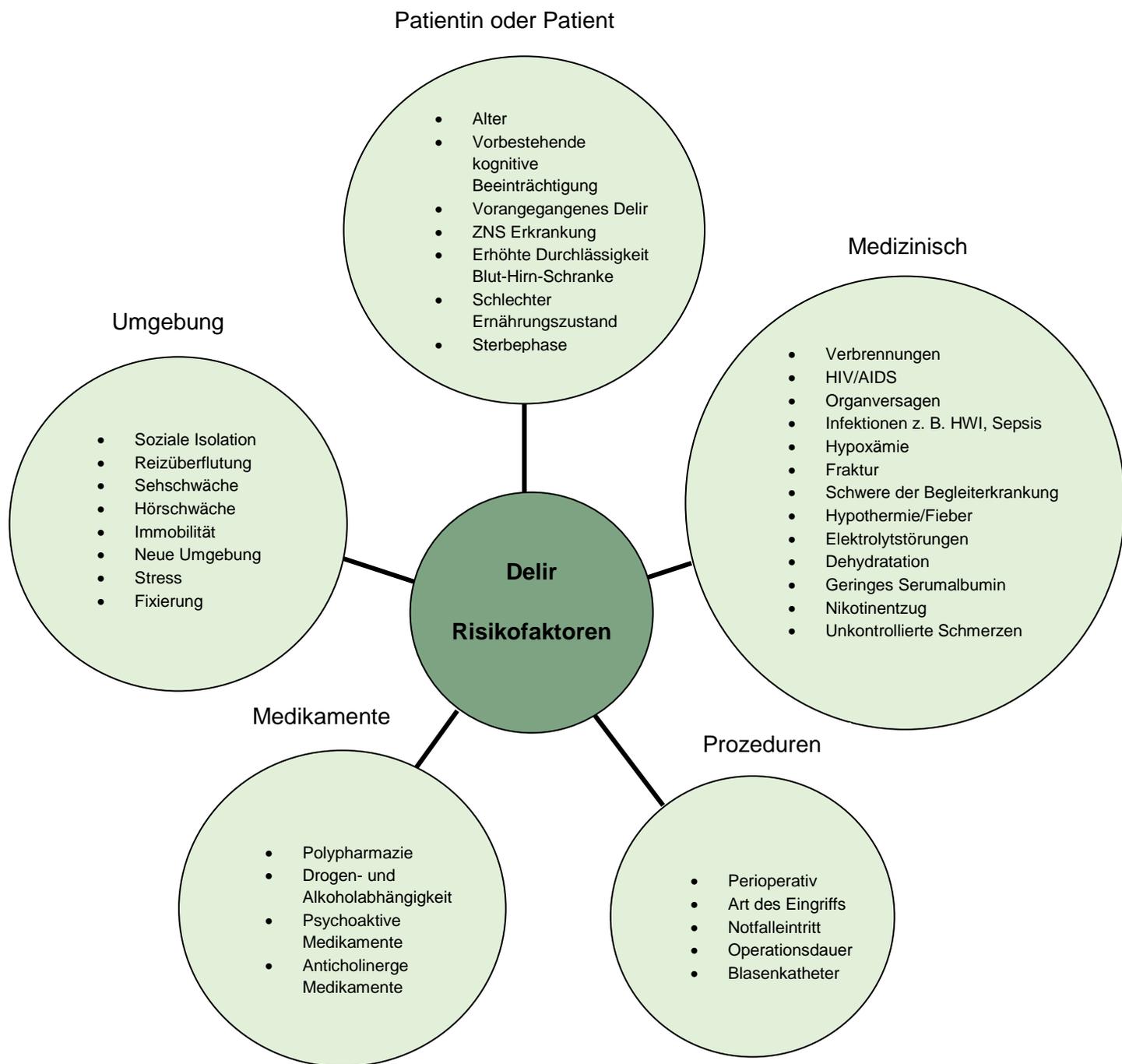
Formen	Symptome
Hyperaktive Form	<ul style="list-style-type: none"> • Wutausbrüche • Psychomotorische Agitation wie gesteigerte Motorik, Ruhelosigkeit, Umherwandern • Halluzinationen • Ungeduld • Aggressivität • Vegetative Entgleisung
Hypoaktive Form (Das hypoaktive Delir ist das häufigste nicht erkannte und somit nicht behandelte Delir.)	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierte Motorik • Passivität • Apathie • Neu aufgetretene Schlafstörungen • Vergesslichkeit • Orientierungsstörung • Rückzug • Kontaktverweigerung • Reizbarkeit • Harninkontinenz
Mischformen	Hyper- und hypoaktive Symptome wechseln sich in grösseren Zeitabständen ab.

4. Ursachen eines Delirs in der Palliative Care

Ursachen	Bemerkungen
Grunderkrankung	<ul style="list-style-type: none"> • Hirntumore, Hirnmetastasen • Leber-, Nieren- und Herzinsuffizienz
Krankheitsassoziierte Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Infektionen • Dehydratation • Hyperkalziämie, Hyperglykämie, Hypoglykämie • Hypoxie • Urämie • Obstipation • Entzugserscheinungen (Äthanol, Benzodiazepine)
Therapiebedingte Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Paradoxe Reaktion auf Medikamente (Antidepressiva, Anticholinergika) • Hirnbestrahlung
Krankheitsunabhängige Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Kognitive Störungen • Umgebungswechsel • Schlafmangel • Symptome wie starke Schmerzen, Angst, Atemnot • Psychosoziale und spirituelle Stressfaktoren

5. Risikofaktoren

Es gibt mehrere Risikofaktoren, welche ein Delir begünstigen können. Diese können zusammen vorkommen, da das Delir ein multifaktorielles Geschehen ist.



6. Mögliche Folgen des Delirs

- Angstzustände
- Verschobener Tag-/Nachtrhythmus
- Sturzgefahr
- Selbst- und Fremdgefährdung
- Verlust der Selbstständigkeit
- Kommunikationsstörungen
- Abbruch der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Abnahme des Urteilsvermögens
- Rollenverlust, Störung des Selbstbildes und der sozialen Identität
- Schwierigkeit, die Symptome auszudrücken und sie einzuordnen
- Spirituelle Not
- Verlängerte Hospitalisationsdauer
- Erhöhte Mortalität

Diese Folgen können bei allen Formen des Delirs (Hyperaktiv, hypoaktiv und Mischformen) auftreten.

7. Präventive Massnahmen

Es ist zentral, die Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen, präventive Massnahmen durchzuführen und die Delir-auslösenden Faktoren zu behandeln, damit schwerwiegenden Folgen vorgebeugt werden kann.

7.1 Befragung durch das Betreuungsteam

- Bei jedem Eintritt gezielte Anamnese durchführen (inklusive Risikofaktoren und auslösende Faktoren erfragen)
- Befragung der Patientin oder des Patienten
 - Haben Sie eine Veränderung bemerkt in Ihrer Konzentrationsfähigkeit, in der Art, die Dinge zu sehen, in Ihrem Wesen, in Ihrem Denken oder in Ihrem Verhalten?
 - Hat sich Ihr Schlaf in der letzten Zeit verändert?
- Befragung der Familie
- Befragung der Betreuenden

7.2 Klinische Untersuchung

- Allgemeine Untersuchung inklusive neurologischer Status
- Suche nach Hinweisen auf Dehydratation, Infektionen, Harnverhalt, Opioid-Neurotoxizität usw.
- Laborbefunde kontrollieren (BZ, Elektrolyte etc.)
- Die Liste aller in den letzten Tagen und Wochen eingenommenen Medikamente wird durch die Ärztin oder den Arzt kontrolliert.

8. Interventionsvorschläge beim Delir in der Palliative Care

1. Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten mit Delir mittels Screening
2. Behandlung mit nicht-pharmakologischen Massnahmen
3. Behandlung mit pharmakologischen Massnahmen
4. Zusammenarbeit mit Angehörigen
5. Zusammenarbeit im interprofessionellen Team

8.1 Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten mit Delir mittels Screening

Zum Screening bezüglich Delir kann der Delir Observation Screening Scale (DOS) durchgeführt werden (Anhang 1). DOS wird bei Eintritt oder bei Veränderungen des Bewusstseins, der Wahrnehmung, des Denkens und des Schlafes während 3 Tagen durchgeführt Falls das Screening mit DOS ≥ 3 ist, wird die Confusion Assessment Method (CAM) (Anhang 2) ausgefüllt. Falls die CAM auch positiv ist, ist das Delir wahrscheinlich/sicher.

Folgende Differentialdiagnosen müssen ausgeschlossen werden:

Klinisches Bild	Delir	Demenz	Depression
Beginn	Akut	Schleichend	Subakut
Verlauf	Fluktuierend	Progredient / Gleichmässig	Remittierend chronisch
Dauer	Stunden bis Wochen	Jahre	Wochen bis Monate
Bewusstsein	Eingeschränkt	Normal	Normal
Aufmerksamkeit	Eingeschränkt	Meist normal	Möglich
Orientierung	Eingeschränkt	Eingeschränkt	Eingeschränkt
Halluzination	Visuell	In spezifischen Demenzformen möglich	Eher selten
Psychomotorik	Unruhe oder Passivität, reduzierte Motorik	Meist normal	Verlangsamt evtl. Unruhe

Wichtig ist, mögliche Ursachen sowie Risikofaktoren für ein Delir frühzeitig zu identifizieren und zu behandeln.

8.2 Behandlung mit nicht-pharmakologischen Massnahmen

Die nicht-pharmakologischen Massnahmen haben Vorrang vor medikamentösen Interventionen. Bei milden Symptomen vorerst nicht-pharmakologische Massnahmen anwenden.

Pflegerische Interventionen

Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Kurze und einfache Sätze, langsam reden • Je nach Zustand Einsatz von Piktogrammen • Ruhige Atmosphäre schaffen • Geduld, Ruhe und Einfühlungsvermögen • Sich dem Rhythmus und Zustand der Betroffenen anpassen • Zur Kenntnis nehmen, was der Betroffene sagt, ohne auf den Inhalt des Delirs einzugehen • Unabhängigkeit und Ressourcen der Patientin oder des Patienten fördern • Patientin oder Patient in die Entscheidungsfindung, soweit dies möglich ist, mit einbeziehen (Unabhängigkeit fördern) • Patient oder Patientin immer frontal anreden • Zeit geben, um zu antworten • Bei deliranten Betroffenen mit Demenz: Validation, einfühlsame Kommunikation, kein Zurechtweisen
Neuorientierung der Patientin oder des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Vertraute Umgebung schaffen (eigene Fotos, Bilder, Kleider etc.) • Gut sichtbare Uhr und Kalender • Zimmerwechsel vermeiden, ruhiges Umfeld • Bezugspflege • Strukturierter Tagesablauf • Kontrolle der Hilfsmittel (Brille, Hörgerät usw.)
Schlaf	<ul style="list-style-type: none"> • Schlafgewohnheiten kennen und Einschlaf-Rituale respektieren • Abends Lärm und helles Licht vermeiden, Schlaf-Wach-Rhythmus fördern • Bewegung tagsüber fördern
Flüssigkeitsaufnahme und Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmässige Flüssigkeitsaufnahme (Dokumentation pro Schicht) • Unterstützung beim Essen (evtl. Fingerfood) • Zahnprothesen einsetzen • Regelmässige Mundpflege
Ausscheidung	<ul style="list-style-type: none"> • Auf regelmässige Ausscheidung achten • Infektionen vermeiden/ausschliessen (HWI Comburtest) • Möglichst Vermeidung von Blasen katheter
Selbstgefährdung und Gefährdung Dritter	<ul style="list-style-type: none"> • Zwangsmassnahmen vermeiden • Alternativen in Betracht ziehen und ausschöpfen (Anwesenheit einer Person, Bodenpflege, Trittmatten) • Eine Fixation muss den rechtlichen Grundlagen entsprechen. Die Informationen an die Patientin oder den Patienten und seine Bezugsperson mit Begründung der Fixation müssen zwingend dokumentiert werden. Die tägliche Evaluation ist ebenfalls schriftlich zu hinterlegen • Infusionen möglichst vermeiden oder während der Nacht laufen lassen

Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Auf die Verabreichung von delirauslösenden Medikamenten verzichten/reduzieren • Einnahme von Medikamenten überprüfen • Belastende Symptome wie bspw. Schmerzen minimieren
------------------	---

Aromaanwendung

Für die Behandlung eines Delirs fehlt eine spezifische Aromaanwendung. Je nach Situation können aber Aromaanwendungen zur Entspannung oder Beruhigung zum Wohlbefinden der Patientinnen oder des Patienten beitragen. Entspannende Musik sowie Gerüche, welche auf die Biographie der Patientin oder des Patienten bezogen sind, können eingesetzt werden, um die betroffene Person zu beruhigen.

8.3 Behandlung mit pharmakologischen Massnahmen

Vorrang vor medikamentösen Interventionen haben zum einen **die routinemässige Identifikation von Risikopatienten** (inkl. Assessment und Screening mit DOS/CAM), die **Minimierung von Risikofaktoren** und bei Eintritt des Delirs die **Elimination potentieller Auslöser**.

Wichtig: rasche und kontinuierliche Re-Evaluation bezüglich Indikation zur Weiterführung von Psychopharmaka.

Bei der folgenden Tabelle werden häufig verwendete Medikamente dargestellt. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verordnung der Medikamente liegt in der Verantwortung der zuständigen Ärztin oder des zuständigen Arztes. Es sei hier auch auf das Arzneimittelkompendium verwiesen.

Neuroleptika: bei massiven psychomotorischen Plussymptomen (z.B. Wahn, Halluzination)

Haloperidol (Haldol®) → typisches Neuroleptikum

- Verabreichungsart wenn möglich p. o., sonst s. c. oder notfalls i. m.
- Die Dosen der Verabreichungsformen sind identisch: 1mg p. o. = 10 Tropfen (2mg/ml) = 1mg s. c.
- Möglichkeit der s. c. Verabreichung über BD Saf-T-Intima
- Dosierung
 - Übliche Verordnung: 2-3x 0,5-1mg/d p.o.
 - Medizinische Notfallmassnahmen in der Akutsituation: 0.5mg bis 3mg i. m.

Quetiapin (Seroquel®) → atypisches Neuroleptikum,

Vor Haldol® geben, hat eine ausgeprägte Wirkung gegen Wahnvorstellungen und beeinflusst Erregungszustände günstig.

- Alternative zum Haldol®, aber nur p.o. Gabe möglich
- Tbl. 25mg bis 300mg, oder XR (mit Retard Wirkung) 50-100mg
- Dosierung
 - Übliche Verordnung: Basistherapie 2x12.5-25mg/d (bei kachektischem Patient/in allenfalls nur jeweils 12.5mg), Reserve 1-3x12.5-25 mg/d
 - Maximal 150mg/d

Benzodiazepine: bei Angst, bei zusätzlich ausgeprägter Agitation noch zusätzlich Gabe eines Neuroleptikums (Haloperidol)

Sie kommen in Notfallsituationen zum Einsatz, wenn andere Psychopharmaka schlecht toleriert werden. Sie können durch die paradoxe Wirkung eine Agitiertheit verstärken / selber ein Delir auslösen.

Lorazepam (Temesta®)

- Tbl. à 1mg oder 2.5mg
- Amp. 4mg (1ml)
- Vor allem bei starker Angstkomponente oder starker Agitation
- Kombination mit Haldol® möglich
- Vorsicht bei alten Menschen, Atemdepression, paradoxe Reaktion
- Dosierung
 - 1mg p. o. oder i. v. alle 30-60 Min.

Diazepam (Valium®)

- Tbl. à 5mg oder 10mg
- Amp. 10mg (2ml)
- Die intravenöse Injektion von Valium sollte langsam erfolgen (etwa 0,5-1 ml pro Minute), da es bei zu rascher Verabreichung zu Apnoe kommen kann
- Dosierung
 - Übliche Dosierung: 5-10mg p. o., übliche Tagesdosis 5-20mg
 - Intravenös initial 0,1-0,2 mg /kg Körpergewicht i. v., max. ED 10mg, Wiederholung in achtstündigen Intervallen bis zum Abklingen der akuten Symptome, anschliessend Weiterbehandlung per os

8.4 Bedeutung für Betroffene und Angehörige

Die Störungen des Bewusstseins, der Aufmerksamkeit, der kognitiven Funktionen, der Psychomotorik, der Emotionalität des Schlaf-Wach-Rhythmus können für die Patientin oder den Patienten und seine Angehörigen mit einem hohen Leidensdruck verbunden sein, welcher die Lebensqualität stark einschränken kann.

Für Angehörige können die Symptome des Delirs sehr belastend sein. Sie fühlen sich gegenüber der deliranten Person oft hilflos. Angehörige müssen daher über den Zustand der Patientin oder des Patienten, über die möglichen Ursachen, die geplanten Massnahmen und die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten informiert werden.

Vertraute Personen können für die Patientin oder den Patienten hilfreich sein, wenn diese ausreichende Informationen, Beratung, Anleitung und Verständnis erhalten. Die Anwesenheit der Angehörigen (Sprechen im ruhigen Tonfall, einfache kurze Sätze, sanfte Berührung) kann den deliranten Patientinnen oder den deliranten Patienten Sicherheit vermitteln. Angehörige können dabei auch bei allgemeinen Interventionen einbezogen werden. Durch eine gute und rechtzeitige Kommunikation können Belastungen für Patientin oder Patient und deren Angehörige reduziert werden.

8.5 Zusammenarbeit im interprofessionellen Team

Psychotherapie

Psychotherapeuten können hilfreich für Patientinnen und Patienten und Angehörigen sein. Die Symptomatik kann dadurch besser verstanden werden und Bewältigungsstrategien können erlernt werden. Nach einem Delir können Patientinnen und Patienten auch mit Scham- und Schuldgefühlen behaftet sein.

Physiotherapie

Als Teil des interprofessionellen Teams können Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten eine wichtige Unterstützung im Bereich der Mobilisation, Orientierung und Aktivierung bei deliranten Patientinnen und Patienten sein.

Ernährungsberatung

Dehydratation und Mangelernährung sind Risikofaktoren für ein Delir. Daher ist eine angepasste Nahrungs- sowie Flüssigkeitszufuhr wichtig, um einem Delir vorzubeugen. Die adäquate Nahrungs- sowie Flüssigkeitszufuhr ist auch ein essenzieller Bestandteil der nicht-pharmakologischen Therapie im Delir (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin, 2013).

9. Delir in der Sterbephase

Das Delir in der Sterbephase ist oft schwer von Agitation oder terminaler Angst zu unterscheiden. In den letzten Lebensstunden (48-72 Stunden) tritt das Delir in bis zu 88 % auf.

Nicht-pharmakologische Interventionen sollten soweit als möglich ausgeschöpft werden. Angehörige sollen aufgeklärt und mit einbezogen werden. Zusätzlich kann Haloperidol eingesetzt werden. Bei unzureichender Wirkung in einem hyperaktiven Delir kann ein Benzodiazepin hinzugezogen werden, z.B. mit dem Wirkstoff Lorazepam oder Midazolam.

10. Dokumentation

- Pflegeplanung mit Pflegediagnose
- Dokumentation von Beobachtungen im Pflegebericht

11. Querverweise

Delirmanagement SZO ([IT-7525](#))

Einschränkung der Bewegungsfreiheit auf somatischen Abteilungen ([IT-2843](#))

- Akute Verwirrtheit, Pflegediagnose NANDA
- Wahrnehmungsstörung, Pflegediagnose NANDA
- Machtlosigkeit, Pflegediagnose NANDA
- Sturzgefahr, Pflegediagnose NANDA

12. Literaturverzeichnis

- BIGORIO. (2004). Empfehlung Delir. *Palliative ch*. Abgerufen von <http://www.palliative.ch>
- CARESEARCH palliative care knowledge network. (2008). *Pharmacological Management*. Abgerufen von <http://www.caresearch.com.au/caresearch/ClinicalPractice/Physical/Delir/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin. (2013). *Klinische Ernährung in der Geriatrie*. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin.
- PharmacologicalManagement/tabid/874/Default.aspx
- Gärtner, J., Büche, D., & Camartin, C. (2018). Das delirante Syndrom in der Palliative Care: Frische Evidenz und alte Weisheiten. *Therapeutische Umschau*. 75(2), 91-100.
- Hasemann, W., Kressig, W.R., Ermini-Fünfschilling, D., Pretto, M., & Spirig, R. (2007). Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien. *Pflege*, 20, 191-204.
- Jentschke, E., Roch, C., Reinholz, U., Gahr, S., Gärtner, J., Lewerenz, J., Mayer-Steinacker, R., Oechsle, K. & Villalobos, M. (2023). Akuter Verwirrtheitszustand und Delir in der Palliativmedizin. *Die Onkologie, Ausgabe 2*, S. 141-146. <https://doi.org/10.1007/s00761-022-01281-x>
- Klinik für Allgemeine Innere Medizin-Palliative Care. (2009). Empfehlungen Delir bei Palliativen Patienten. *Inselspital*. Abgerufen von http://www.inneremedizin.insel.ch/fileadmin/innere-pupk/innere-pupk_users/Pdf/Palliative_Care/Empfehlung_Delir.pdf
- Popp, J. (2017). Prävalenz, Epidemiologie, Kosten. In E. Savaskan & W. Haseman (Eds.), *Leitlinie Delir - Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs* (1 ed., pp. 37-40). Bern: Hogrefe.
- Steffen-Bürgi, B., Schärer-Santschi, E., Staudacher, D., & Monteverde, S. (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Palliative Care*. Hogrefe Verlag.
- Savaskan, S.E. (2020). Die Pathophysiologie des Delirs. *Psychiatrie + Neurologie*, 4/2020), 26-28. <https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2020/04/Die-Pathophysiologie-des-Delirs.pdf>
- Savaskan, E. & Hasemann, W. (Hrsg.). (2017). *Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter*. Hogrefe Verlag.
- Savaskan, E., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hanfer, M., Hasemann, W., Kressig, R.W., et al. (2016). Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. *Praxis* 105(16), 941-952.
- Neuenschwander H. & Cina C. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Palliativmedizin*. Hans Huber Verlag.
- Neuenschwander, H. et al. (2006). *Palliativmedizin* (2. überarb. und erw. Auflage). Krebsliga Schweiz.
- Ritter, C., Malin, D., & Schweitzer, M. (2009). Palliative Care Psychiatrische Symptome – akuter Verwirrtheitszustand/Delir. *Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland*. Abgerufen von http://www.srws.ch/index_de.php?TPL=3401&x3000_Open=741

13. Autorenschaft

Elias Furrer, Pflegefachmann Palliative Care und Natascha Lengen, Pflegefachfrau Palliative Care

14. Validation

Catherine Mengis Bay

Chefärztin und ärztliche Leiterin

spezialisierte Palliative Care

Fachärztin für Onkologie

Hämatologie und Innere Medizin mit

Schwerpunkt Palliative Care

Ernst Borter

Bereichsleiter Klinik Innere Medizin /

Geriatric / Rehabilitation

15. Anhang

Anhang 1: Delir Observation Screening Scale (DOS)

Anhang 2: Confusion Assessment Method (CAM)

Anhang 3: Monate rückwärts zählen (MRZ)

Anhang 4: Mental-Status- Questionnaire (MSQ)

Delir Observation Screening Scale (DOS)

Delir Screening durch Beobachtung

	Datum:									Datum:									Datum:								
	FD			SD			NW			FD			SD			NW			FD			SD			NW		
	Nie	manchmal immer	weiss nicht	Nie	manchmal immer	weiss nicht	Nie	manchmal immer	weiss nicht	Nie	manchmal immer	weiss nicht	Nie	manchmal immer	weiss nicht	Nie	manchmal immer	weiss nicht	Nie	manchmal immer	weiss nicht	Nie	manchmal immer	weiss nicht			
1	Nickt während des Gesprächs ein	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0		
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
7	Denkt irgendwo anders zu sein	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
8	Erkennt die Tageszeit	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0		
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0		
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw.	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
Summe pro Schicht (wenn ≥ 3, zusätzlich CAM)																											

Erläuterungen zur Delir Observation Screening Scale (DOS)

Einleitung

Das Delir ist bei älteren Patientinnen oder Patienten und bei Patientinnen oder Patienten in der letzten Lebensphase eine der am häufigsten vorkommenden psychopathologischen Störungen. Kennzeichnend für das Delir sind dessen schnelles Auftreten und das Wechseln der Symptome. Die Skala Delir Screening durch Beobachtung enthält im Original 13 (verbale und nonverbale) Verhaltensweisen, die den Symptomen des Delirs entsprechen. Die Beobachtungen können während den üblichen Pflegemassnahmen mit der Patientin oder dem Patienten gemacht werden. Um ein Delir frühzeitig erkennen zu können, ist es wichtig, Verhaltensbeobachtungen während jeder Schicht festzuhalten.

Beurteilung:

- Nie: Während dieser Schicht wurde das beschriebene Verhalten bei der Patientin oder Patienten nie beobachtet.
- Manchmal – immer: Während dieser Schicht wurde das beschriebene Verhalten bei der Patientin oder beim Patienten mindestens 1 Mal beobachtet.
- Weiss nicht: Während dieser Schicht wurde das beschriebene Verhalten bei der Patientin oder beim Patienten nicht beobachtet. Entweder, weil die Patientin oder der Patient immer schlief, weil er keinen Kontakt zur beobachtenden Person hatte oder weil die beobachtende Person die An- oder Abwesenheit des Symptoms nicht beurteilen konnte.

Genauere Beschreibung/Beispiele:

- Die Person wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt, wenn sie auf Geräusche oder Bewegungen reagiert, die keinen Bezug zu ihr haben und die so sind, dass man keine Reaktion darauf erwarten würde.
(Bspw. ist es normal, dass jemand auf einen lauten Schrei auf dem Gang reagiert, es ist aber nicht normal, dass jemand auf eine ruhige Frage, die an eine andere Patientin oder Patienten gerichtet ist, reagiert.)
- Die Person bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung, wenn sie verbal oder nonverbal dem Gespräch oder der Handlung zu folgen scheint. Sie muss auch in der Lage sein, die Aufmerksamkeit auf eine andere Person zu lenken, wenn diese sie anspricht.
- Die Person reagiert verlangsamt auf Aufträge, wenn ihr Handeln verzögert ist oder es Momente von Stille oder Untätigkeit gibt, bevor die Handlung begonnen wird.
- Die Person denkt, irgendwo anders zu sein, wenn sie dies äussert oder es durch ihr Handeln erkennbar ist.
- Die Person erkennt die Tageszeit, wenn sie dies äussert oder es durch ihr Handeln erkennbar ist. (Bspw. jemand, der mitten in der Nacht aufsteht und sich duschen möchte, kennt die aktuelle Tageszeit meistens nicht.)
- Die Person erinnert sich an kürzliche Ereignisse.
(Bspw. jemand, der sagen kann, ob er Besuch hatte oder was er gegessen hat.)
- Die Person reagiert unerwartet emotional, wenn sie ohne Grund heftig reagiert oder wenn die Heftigkeit des Gefühls nicht mit dem Anlass übereinzustimmen scheint.
(Bspw. jemand, der grundlos anfängt zu weinen, grosse Angst vor dem Waschen hat oder wütend reagiert, wenn der Tee kalt ist.)
- Die Person sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind, wenn sie dies äussert (nachfragen) oder sich so benimmt.
(Bspw. jemand, der nicht sichtbare Gegenstände an einen anderen Ort legen möchte oder der auf Menschen/Tiere reagiert, die nicht da sind.)

Confusion Assessment Method (CAM)

Datum: _____ Zeit _____

Alter des Patienten bei der Erfassung: _____ Jahre

1a) Akuter Beginn

Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung im Grundzustand des mentalen Status der Patientin oder des Patienten?

Ja Nein n.b* *nicht beurteilbar

1 Fluktuierender Verlauf

b) Fluktuierte das (veränderte) Verhalten während des Tages, d.h. hatte es die Tendenz aufzutreten und wieder zu verschwinden oder wurde es stärker und schwächer?

Ja Nein n.b*

2) Aufmerksamkeitsstörung

Hatte die Patientin oder der Patient Schwierigkeiten seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, z.B. war er/sie leicht ablenkbar oder hatte Schwierigkeiten dem Gespräch zu folgen?

Ja Nein n.b.*

3) Formale Denkstörung

War der Gedankenablauf der Patientin oder des Patienten desorganisiert oder zusammenhangslos, wie Gefasel oder belanglose Konversation, unklar oder unlogischer Gedankenfluss oder unerwartete Gedankensprünge?

Ja Nein n.b.*

4) Veränderte Bewusstseinslage

a) Wach- Alert (normal)

b) Hyperalert

Überspannt, reagiert übersensibel auf die Stimulationen der Umgebung, erschrickt schnell

Somnolent

Wirkt schläfrig, öffnet aber die Augen und antwortet auf Fragen

Soporös

Reagiert auf Schütteln, aber nicht auf Ansprache

Koma

Nicht weckbar

Bewertung:	
[1a und 1b] und 2 und [3 oder 4]	Delir sicher
[1a oder 1b] und 2 und [3 oder 4]	Delir wahrscheinlich
Alles andere	Kein Delir

Mental-Status Questionnaire (MSQ)

Datum:

Zeit

Alter der Patientin oder des Patienten bei der Erfassung: _____ Jahre

	Richtig	Falsch	Punkte
1. Wie heisst dieses Spital			
2. Wo liegt dieses Spital?			
3. Welches Datum ist heute? (Tag im Monat)			
4. Welchen Monat haben wir jetzt?			
5. Welches Jahr haben wir?			
6. Wie alt sind Sie?			
7. Wann sind Sie geboren? (Monat)			
8. Wann sind Sie geboren? (Jahr)			
9. Wie heisst der Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika?			
10. Wie heisst ein früherer Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika			
Punkte:			

Bewertung:	
0-7 Punkte	Auffällig
8-10 Punkte	Nicht auffällig

Resultate einbeziehen bei der CAM; Punkt 1a / b

Monate rückwärts zählen (MRZ)

Datum: _____ Zeit _____

Alter der Patientin oder des Patienten bei der Erfassung: _____ Jahre

Fordern Sie die Patientin oder den Patienten oder auf, die Monate rückwärts aufzuzählen. Die Patientin oder der Patient soll mit dem Monat Dezember anfangen.

Dez	Nov	Okt	Sept	Aug.	Jul	Jun	Mai	Apr.	Mär	Feb	Jan

Anzahl Auslassungen: _____

Benötigte Zeit (Dauer): _____ Sekunden

Bewertung:	
0-2 Punkte	Aufmerksamkeitsstörung nicht vorhanden
Ab 3 Punkten	Aufmerksamkeitsstörung vorhanden

Resultate einbeziehen bei der CAM; Punkt 2