

# Evidenzbasierte Multikomponentenprävention und Behandlung des Delirs

**Delir, eine akute Bewusstseinsstörung, stellt pflegerisches und ärztliches Personal vor enorme Herausforderungen. Die Unterscheidung zwischen einer pharmakologischen (antipsychotischen/sedierenden) und nichtpharmakologischen Delirtherapie gilt heute als veraltet. Eine Multikomponentenstrategie, die ein Massnahmenbündel aus pharmakologischer Ursachenbehandlung (z. B. Infektbehandlung) und nichtpharmakologischen Interventionen (Minimierung Trigger- und Risikofaktoren) beinhaltet, kann die Entstehung von Delirien verhindern, den Verlauf mildern und verkürzen.**



Foto: zVg

Vanessa Vater



Foto: zVg

Tamara Eichenbrenner



Foto: zVg

Valerie Ryser

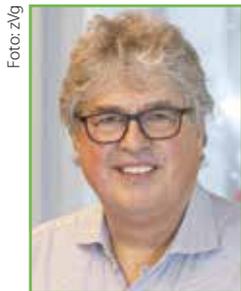


Foto: zVg

Wolfgang Hasemann

von Vanessa Vater, Tamara Eichenbrenner, Valerie Ryser und Wolfgang Hasemann

Die traditionelle Unterscheidung zwischen einer pharmakologischen und einer nicht pharmakologischen Delirtherapie gilt heute als veraltet. Sie entstand vor geraumer Zeit unter der Vorstellung, dass es analog der Pharmakotherapie einer Depression oder einer bipolaren Störung möglich sei, Delirien mittels Psychopharmaka vorzubeugen oder zu behandeln. Führende Delirspezialisten kritisieren diese Unterscheidung und weisen darauf hin, dass es sowohl an der Evidenz der psychopharmakologischen Prävention und Behandlung von Delirien mangelt, als auch der Begriff der nicht pharmakologischen Prävention und Behandlung irreführend ist. Als Alternative wird der Begriff der Multikomponentenstrategie (multidomain treatment of delirium) vorgeschlagen (1). Hierzu zählen:

- Die pharmakologische Behandlung der zugrunde liegenden somatischen Zustände, wie etwa die antibiotische Therapie bei Pneumonie.
- Die gezielte interventionelle Adressierung von Risiko- und Triggerfaktoren, darunter präventive und therapeutische Massnahmen gegen Obstipation, die interventionelle Lösung eines Harnverhalts oder angepasste Schmerzbehandlung.
- Die klassischen nicht pharmakologischen Interventionen, beispielsweise eine angepasste Gestaltung der unmittelbaren Umgebung sowie eine angepasste Interaktion und Kommunikation.

Wenn die vorgängigen Massnahmen nicht wirkungsvoll psychotische Symptome und Agitation beeinflussen, kann eine individuell abgestimmte neuroleptische Therapie erforderlich sein. Intensiv- und Überwachungsstationen setzen bei Agitation zunehmend Alpha-2-

Agonisten ein. Entzugsdelirien stellen einen Spezialfall dar und werden mittels einer ergänzenden Substitutionsbehandlung therapiert.

## Zwei Welten: zwischen Realität und Delir

Für den vom Delir betroffenen Menschen bricht von jetzt auf gleich die gewohnte Erlebniswelt zusammen. Das Selbst und seine Beziehung zur Umwelt werden verändert wahrgenommen. Gefühle und Befindlichkeiten (z. B. Schmerzen) können nicht mehr zuverlässig geäussert werden. Die Betroffenen können häufig nicht einschätzen, ob sie sich in einem Traum oder in der Realität befinden. Mehrmals am Tag wechseln sie zwischen Realität und der eigenen Welt, die von Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Denkstörungen sowie gelegentlich von psychotischem Erleben mit Wahn und/oder Halluzinationen geprägt ist. Unsicherheit, Angst, Irritation, Misstrauen und Agitation können daraus erwachsen. Das Gefangensein der Patienten in der eigenen Welt kann für Angehörige und Pflegefachpersonen schwer nachvollziehbar sein (Abbildung 1). Schnell kann es passieren, dass Patienten und deren Umwelt aneinander vorbeireden, sodass das Gefühl entstehen kann, nicht ernst genommen zu werden. Pflegefachpersonen und Ärzte können im Rahmen eines psychotischen Erlebens als bedrohlich eingestuft werden. Aus Angst vor einer Vergiftung wird die Einnahme von Medikamenten, Nahrung und Getränken abgelehnt. Die vorübergehenden massiven Gedächtnisstörungen lassen die Patienten als unkooperativ erscheinen. Abmachungen, wie das nicht alleinige Verlassen des Betts oder die Benutzung der Patientenglocke, werden innerhalb kürzester Zeit vergessen. Bei unbeobachteten Bettausstiegen können vorhandene Zu- und Ableitungen versehentlich abgerissen werden.

Die Komplexität dieser Patientengruppe stellt das interprofessionelle Team vor hohe Anforderungen: Patienten mit Delir benötigen oft einen intensiveren Betreuungsaufwand und eine engmaschige Überwachung. Aufgrund dessen werden sie tendenziell auf eine traditionelle Intensiv- oder Überwachungsstation oder in Psychiatrien verlegt. Ist dies nicht möglich, werden sie auf der Abteilung des Akutspitals in sogenannten Sitzwachen zimmern kohortiert. Ein meist temporärer Mitarbeiter unklarer Qualifikation überwacht gleichzeitig zwei Patienten mit Delir. Aus Sicherheitsbedenken werden die Betroffenen dazu angehalten, das Bett nicht zu verlassen, um Stürze oder das Ziehen von Zu- und Ableitungen zu vermeiden. Zur Unterstützung werden mechanische (freiheitsentziehende Massnahmen) und/oder pharmakologische (Psychopharmaka) Fixierungsmassnahmen angewendet. Psychopharmaka und Immobilisierung begünstigen Pneumonien, Dekubitus, Sarkopenie und Stürze. Es entsteht ein Circulus vitiosus, der zur Aufrechterhaltung von Delirien beitragen kann. Leitlinien empfehlen einheitlich, Fixierungsmassnahmen zu unterlassen (2).

### Delirien erkennen

Ein strukturiertes Delirmanagement scheitert häufig an nicht vorhandenen Detektionsprozessen, unzureichender Einbindung der Delirthematik in Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie nicht definierten Zuständigkeiten und Einbindung der medizinischen Berufsgruppen (1). Bewährt hat sich, dass alle Risikopatienten (> 65 Jahre, Intensivstation alle Altersgruppen) bei Spitaleintritt (Notfallstation, Bettenstation) ein strukturiertes Delirscreening/-assessment, zum Beispiel mittels mCAM-ED (3), erhalten. Positiv gescreente Patienten sowie Patienten in speziellen Settings (postoperativ, Intensivstationen) werden zusätzlich einem Monitoring mittels Beobachtungsskalen (Delirium Observation Screening Scale – DOS [4, 5], Intensive Care Delirium Screening Checklist [ICDSC] [6]) unterzogen. Zielführend kann die Befragung der Angehörigen mittels Single Question in Delirium (SQiD) (7) sein: «Ist dieser Patient verwirrt als zuvor?». In der häuslichen Versorgung und im Langzeitpflegebereich haben sich Laieneinschätzungsskalen wie die Informant Assessment of Geriatric Delirium (I-AGeD) (8) bewährt, welche auch bei gleichzeitig vorliegender Demenz zuverlässig ist.

### Multikomponentenprävention und Behandlung

Die belastenden Symptome und der empfundene Disstress der Betroffenen, finden neben der emotionalen, auch auf kognitiver, körperlicher, zwischenmenschlicher und spiritueller Ebene statt (9). Entsprechend muss der gesamte Mensch und sein Umfeld im Fokus einer Multikomponentenstrategie stehen.

### Die Person ernst nehmen

Schildern Patienten Halluzinationen, sollte ihnen signalisiert werden, dass ihren Wahrnehmungen Glauben geschenkt wird («Ich glaube Ihnen, dass für Sie dort eine Katze sitzt»). Gleichzeitig sollten sich ausstehende Personen von diesen Wahrnehmungen distanzieren («Ich sehe sie nicht»). Erweiternd ist eine kurze Erklärung meist hilfreich («Das gibt es gelegentlich nach einer



**Abbildung 1: Künstler haben Halluzinationen von Patienten mit Delir dargestellt (Bildquelle: Dr Martyn Stones, StonesML@cardiff.ac.uk, Jan Sharp, Janice. sharp@wales.nhs.uk)**

Operation»). Wichtig ist zudem, eine Perspektive aufzuzeigen («Das geht in wenigen Tagen wieder weg»). Anschliessend kann weitere Unterstützung angeboten werden («Wollen Sie Medikamente dagegen einnehmen oder es erst einmal ohne versuchen?»).

Es ist wesentlich, dem Gegenüber ein ehrliches Interesse, eine offene positive Haltung und Empathie entgegenzubringen. So können Bedürfnisse, Wünsche und Ressourcen erfasst und Interventionen bedarfsorientiert ausgerichtet werden. Dabei geht es nicht nur darum, Informationen zu erfassen, sondern auch um den Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses (10). Ein möglicher Ansatz ist die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers (11).

### Sicherheit und Vertrautheit vermitteln

Die Diskonnektivität im zerebralen Netzwerk führt zu Denkstörungen, die sich in zusammenhangslosen Gedankenfragmenten sowie verzerrten Vorwürfen und Aussagen manifestieren (12, 13). Wenn Pflegende und Ärzte als bedrohlich empfunden werden, kann eine Einbindung von Angehörigen das Vertrauen sowie das Gefühl von Sicherheit und Trost stärken (14). Betroffene Patienten berichten zudem von einem positiven Effekt durch die Präsenz von bekannten Gesichtern (15, 16). Durch die bereits vorhandene emotionale Bindung können Angehörige mit den Patienten Kontakt aufnehmen und als vermittelnde Personen fungieren (17, 18). Ebenso wie Patienten, müssen Angehörige über das Krankheitsbild Delir aufgeklärt werden. Insbesondere auf mögliche Anschuldigungen, wahnhaftige Äusserungen sowie emotionale und persönliche Verhaltensänderungen sollten Angehörige vorbereitet werden (19, 20). Hilfreich ist die Erklärung, dass Angehörige nicht der vertrauten Person, sondern ihrem Delir begegnen.

### Zuhören und Zuhörer organisieren

Pflegende und Ärzte sind in ihren Handlungsabläufen häufig stark eingebunden. Um den Patienten dennoch die Unterstützung zukommen zu lassen, die sie benötigen, können andere Berufsgruppen eingeschaltet werden. Seelsorger können einen wichtigen Beitrag leisten und nach Bedarf emotionalen, spirituellen oder religiö-

Im Delirmanagement stehen Früherkennung, gezielte Intervention und multidisziplinäre Betreuung im Fokus

**Delirdetektion**

Bei Eintritt auf dem Notfall, der Station oder beim Wechsel der Abteilung: **Screening/Assessment** mittels modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED); Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU); Informant Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AGEd)

**Delirmonitoring** zur Verlaufs- und Ereignisüberwachung: Delirium Observation Screening Scale (DOS); Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC); Single Question in Delirium (SQID)

**DSM-5-TR Kriterien**

**A.** Störung der Aufmerksamkeit (d. h. verringerte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu lenken, zu fokussieren, aufrechtzuerhalten und zu verlagern), begleitet von einem reduzierten Bewusstsein für die Umgebung.

**B.** Die Störung entwickelt sich über einen kurzen Zeitraum (üblicherweise Stunden bis zu einigen Tagen), stellt eine Veränderung der Baseline-Aufmerksamkeit und des -Bewusstseins dar und neigt dazu, im Verlauf eines Tages in ihrer Schwere zu schwanken.

**C.** Zusätzliche Störung der Kognition (z. B. Gedächtnisdefizit, Desorientierung, Sprache, visuell-räumliche Fähigkeit oder Wahrnehmung).

**D.** Die Störungen in den Kriterien A und C werden nicht besser durch eine andere bereits bestehende, etablierte oder sich entwickelnde neurokognitive Störung erklärt und treten nicht im Kontext eines stark reduzierten Erregungsniveaus auf, wie z. B. ein Koma.

**E.** Es gibt Hinweise aus der Anamnese, der körperlichen Untersuchung oder den Laborbefunden, dass die Störung eine direkte physiologische Folge einer anderen medizinischen Kondition, Substanzintoxikation oder -entzug (aufgrund einer Droge oder eines Medikaments) oder der Exposition gegenüber einem Toxin ist, oder durch multiple Ätiologien verursacht wird.

**Multikomponenten Delirprävention/-behandlung**

**Reorientierung:**

- Biografie bezogene, reorientierende, empathische Kommunikation
- Angehörige auf Befinden, Informations- und Unterstützungsbedarf ansprechen und miteinbeziehen
- Eigene Kleidung und Produkte zur Pflege verwenden
- Umgebungsgestaltung (Farben, Bilder, Fotos, eigene vertraute Gegenstände)

**Kommunikation und soziale Interaktion:**

- Fremdanamnese via Angehörige erheben
- TADA-Prinzip: tolerate, anticipate, don't agitate
- Die Person mit Delir ernst nehmen
- Sich in die Nöte der Person mit Delir hineinversetzen
- Sicherheit und Vertrautheit vermitteln
- Zuhören und Zuhörer organisieren
- Kommunikationsunterstützende Hilfsmittel einsetzen (Brille, Hörgerät, Hörverstärker)
- Beschäftigung anbieten

**Stress- und Überreizung reduzieren**

- Reizabschirmung bei Agitation oder starker Aufmerksamkeitsstörung
- Lärmreduktion
- Aromatherapie
- Bewegungsdrang einen Raum geben
- Schlaf-Wach-Rhythmus fördern und alternative Schlafmöglichkeiten anbieten (z. B. Pflegestuhl/Sitzsack (Fatboy), Bodenbett)
- Ausscheidung normalisieren und überwachen
- Ernährung und Elektrolyt-/Flüssigkeitshaushalt normalisieren
- Zu- und Ableitungen gezielt reduzieren, ggf. Overall nutzen
- Schmerzen vermeiden/Schmerzreserve ausschöpfen
- Mobilität fördern

sen Beistand erbringen. Sie sind ausgebildet, um mit Patienten auf erweiterten Ebenen zu kommunizieren. Dabei werden sie zum Beispiel vom Indikationen-Set für Spiritual Care und Seelsorge (21) oder dem 4-Ohren-Modell von Schulz von Thun (22) geleitet.

**Mit biografisch relevanten Themen reorientieren**

In jeder Leitlinie zum Delirmanagement finden sich Aussagen, dass zum Orientierungstraining Kalender und Uhren sinnvoll sind (2). Oft wird jedoch vergessen, dass Betroffene während eines Delirs ihre Aufmerksamkeit nicht fokussieren können. Kalender und Uhren werden so tendenziell übersehen. Damit diese Gegenstände bemerkt werden können, ist meist eine von aussen angestossene Lenkung der Aufmerksamkeit erforderlich. Zielführender können emotional behaftete Erinnerungstücke wie Fotos und Bilder von Freunden, Familie oder dem Haustier und persönliche Gegenstände sein. Diese Erinnerungstücke können in die Kommunikation miteinbezogen werden, sodass Pflegefachpersonen und Ärzte über die Biografiearbeit einen Zugang zu den

Patienten erhalten. Wenn sie für den Betroffenen von Bedeutung sind, wird ein Reorientierungsprozess angestoßen, der nachhaltig wirksam ist (23).

**Bewegungsdrang einen Raum geben**

Motorische Unruhe kann ein Zeichen einer Autostimulation sein, deshalb muss ein Gleichgewicht zwischen Aktivierung und Ruhezeit hergestellt werden. Da die Betroffenen aufgrund von Denk-, Handlungs- und Planungsstörungen keine zielgerichteten Aktivitäten entwickeln können, bedarf es der Unterstützung von aussen. Durch eine Fremdanamnese mit Angehörigen können Vorlieben (Musikgeschmack, Freizeitgewohnheiten) erfragt werden. Freiwilligendienste können einfache Aktivitäten wie Spiele, Malen, Singen, Laufen und Gespräche anbieten. Auch Angehörige können gezielt Betreuungsaufgaben übernehmen. Es sollte Spass machen, kurzweilig sein und darf nicht überfordern. Geselligkeit kann zudem durch gezielte Mobilisation in einen Gemeinschaftsraum oder die gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten gefördert werden (2). Der

**Tabelle 1:**  
**Aromaöle, die in der DelirUnit angewendet werden**

Öle	Bestandteil	Wirkung
Serenity	Lavendelblüte, Zeder, Ho-Blatt, Vetiverwurzel, Majoranblatt, römische Kamillenblüte, Ylang-Ylang-Blüte, hawaiianisches Sandelholz, Absolie der Vanilleschote (Extrakt)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● fördert die Entspannung</li> <li>● vermindert Spannungsgefühl</li> <li>● beruhigt Emotionen</li> </ul>
Balance	Fichtennadeln, Ho-Holz-Blätter, Weihrauchharz, Blüte des blauen Rainfarns, Blüte der blauen Kamille, Duftblüten	<ul style="list-style-type: none"> <li>● fördert Entspannung</li> <li>● lindert Angstgefühl</li> <li>● baut Stress ab</li> <li>● löst emotionale Blockaden</li> </ul>

Verzicht auf Bettgitter, der Einsatz von Bodenbetten und die Verwendung von modernen Betausstiegsüberwachungssystemen (z. B. QUMEA®) ermöglichen eine höhere Bewegungsfreiheit.

**Individuelle Ressourcen fördern und Überforderung vermeiden**

Therapien wie Physiotherapie, Ergotherapie und Aktivierungstherapie sind wichtige Ansätze zur Fazilitation gelingender Aktivitäten, die Gefühle der Zufriedenheit statt Frustration erzeugen können. Die Ressourcen von Patienten sollen dabei individuell gefördert werden, ohne sie zu überfordern. Das erleichtert die Bewältigung von Alltagsaufgaben, die für Betroffene mit Delir sonst herausfordernd sind.

**Tagesziele setzen**

Aufgrund der Fluktuationen sind Wochenziele während eines Delirs selten möglich. Es ist ratsam, täglich erneut zu evaluieren, wie und wo der Patient mit welchen Aktivitäten abgeholt werden kann und die Ziele patienten- und situationsorientiert anzupassen.

**Mit Gelassenheit begegnen – Das TADA-Prinzip**

Der amerikanische Geriater Joseph Flaherty richtete bereits in den Nullerjahren Spezialeinheiten für Delirien (delirium rooms) ein. Als Betreuungsprinzip prägte er das Konzept TADA (24): «tolerate» (ungewöhnliche Verhaltensweisen aushalten), «anticipate» (Gründe für Unruhe, Lethargie, Agitation detektivisch identifizieren) und «don't agitate» (keine Diskussionen, die Widerstand erzeugen). Gedächtnisstörungen führen dazu, dass die Betroffenen immer wieder dieselben Fragen stellen. Denkstörungen lassen die Gedanken kreisen (Perseveration), sodass Betroffene über Stunden Themen wiederholen oder dieselben Aussagen machen. Das Personal im Spital sollte solchen Verhaltensweisen mit Gelassenheit begegnen (tolerate). Dennoch muss ungewöhnliches Verhalten hinterfragt und abgewogen werden.

**Antizipieren – Gründe für ungewöhnliches Verhalten identifizieren und entschärfen**

Die gestörte Netzwerkkonnektivität führt dazu, dass die Betroffenen ihre eigenen Körpersignale weder interpretieren noch mitteilen können. Schmerzen sind oft die Ursache für postoperative Unruhe. Dadurch, dass Schmerzen von Patienten mit Delir selten explizit benannt werden können, kann die probatorische Analgesie sinnvoll sein.



*Abbildung 2: Handmassagen werden auf der DelirUnit unter anderem zur Beruhigung wie auch zur Stimulation eingesetzt. (Fotos: oben: Handmassage [shutterstock.com/1799310643], unten: Pflegefachperson und Patient: Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER)*

Eine weitere Ursache von unruhigen Patienten können Blasenfunktionsstörungen wie z. B. Restharn in der Blase sein. Neben dem unangenehmen Gefühl, können Harnwegsinfektionen und eine Zystitis verursacht werden. Durch eine Ultraschalluntersuchung der Blase kann untersucht werden, ob und wieviel Restharn sich in der Harnblase befindet, sodass nur im Bedarfsfall ein Blasendauerkatheter gelegt werden muss. Bei einer Prostatahyperplasie kann medikamentös interveniert werden. Es ist auch bekannt, dass Obstipationen ein Unruhe-trigger sind. Demzufolge sollten präventive und abführende Massnahmen geplant und durchgeführt werden.

**Kommunikationsfördernde Hilfsmittel einsetzen**

Viele ältere Menschen leiden an Funktionseinschränkungen der Sinne. Deshalb ist es von hoher Relevanz, dass die Patienten ihre Hilfsmittel wie Brille und Hörgeräte tragen. Fehlt die Hörgerätversorgung bei einem Patienten mit Presbyakusis, können Hörverstärker ein-



Abbildung 3: Unterschiedliche Farben und Bilder erleichtern die Orientierung auf der DelirUnit (Bildquelle: Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER)



Abbildung 4: Mobilität wird auf der DelirUnit mit modernsten Methoden gefördert. (Bildquelle: Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER)

gesetzt werden. So kann eine adäquate Kommunikation in einer angenehmen Lautstärke ermöglicht werden.

**Ausreichende Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**

Mit fortschreitendem Alter nimmt die Fähigkeit des Körpers ab, mit oxidativem Stress umzugehen, was zu einer Anhäufung von freien Radikalen führen kann. Malnutrition verschärft diesen Prozess. Freie Radikale wirken neurotoxisch und fördern ein Delir (19). Eine ausgewogene Ernährung neutralisiert freie Radikale und ist somit antidelirigen. Die Patienten sollen motiviert werden, ausreichend zu essen. Durch die Anamnese können Lieblings Speisen erfragt und bestellt werden. Um ein Ungleichgewicht des Elektrolythaushalts zu vermeiden, sollte auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr geachtet werden.

**Komplikationen während eines Delirs verringern**

Es ist physiologisch, dass Menschen über ihre Lebenszeit Muskelmasse verlieren. Das macht sie im fortge-

schrittenen Alter sturzanfällig. Eine fünftägige Bettruhe führt zu einem Muskelabbau im gleichen Ausmass wie ein Sarkopenieprozess über 10 Jahre (25, 26). Durch Bettruhe wird die Sturzanfälligkeit gefördert, nebst anderen Komplikationen wie Dekubitus, Pneumonie und Thrombose. Um das Sturzrisiko zu minimieren, gehört neben einer konsequenten Mobilitätsförderung auch die Vermeidung von unbeobachteten Bettausstiegen. Folgende Sturzpräventionsmassnahmen haben sich auf der DelirUnit bewährt: Niederflurbetten mit einer Minimalhöhe von 21 cm, Verzicht auf Bettgitter und die Verwendung einer elektronischen Bettausstiegsüberwachung mittels QUMEA®. Die Frühmobilisierung trägt unter anderem zur Prophylaxe von Infektionen wie beispielsweise einer Pneumonie bei.

**Schlaf-Wach-Rhythmus normalisieren**

Während eines Delirs kommt es zu massiven Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Dessen Normalisierung kann durch eine ausgewogene Abwechslung von Ruhe- und Aktivitätsphasen erzielt werden. Hilfreich ist täglich eine halbe Stunde an der frischen Luft im Sonnenlicht, um die Melatoninproduktion tagsüber zu unterdrücken und einen geregelten Schlaf nachts zu fördern. Der Einsatz einer neu entwickelten LED-Lichtdecke unterstützte die Verbesserung des Schlaf-Wach-Rhythmus bei Intensivpatienten (27). Darüber hinaus reduzierten Tageslicht und grosse Fenster auf Intensivstationen die Delirdauer (28). Sedierung hingegen beeinträchtigt die normale Schlafarchitektur. Die Nutzung von Ohrstöpseln kann als Schlafhygienestrategie eingesetzt werden (29).

**Stress- und Überreizung reduzieren**

Während des Delirs ist die neuroendokrine Stressregulation beeinträchtigt. Hohe Stresspegel begünstigen die Neuroinflammation, einer der zentralen neurobiologischen Prozesse des Delirs (30). Die Reduktion des Stresslevels kann antidelirigen wirken. In diesem Sinn wirken viele der oben genannten Prinzipien stressminimierend.

Die Aufmerksamkeitsstörung beim Delir führt zu einer Reizüberflutung der Betroffenen. Seit Jahrzehnten wird daher eine reizreduzierte Umgebung in Delir-Leitlinien postuliert. Was für die Mitarbeiter des Spitals Arbeitsalltag ist, ist für die Patienten eine Belastung: Visite, Physiotherapie, Körperpflege mit Unterstützung der Pflegefachpersonen, Ergotherapie, Besuch von Angehörigen. Hinzu kommen akustische Belastungen durch die Signale der Patientenglocke oder Gespräche unter Kollegen. Pausen sollten deswegen gezielt für die Patienten

**Lesetipps:**

- **Lindesay A et al. (Hasemann W [Hrsg.]): Akute Verwirrtheit – Delir im Alter, 1. Auflage, 2009, Huber: Bern.**
- **Hshieh T: Delirium in Elderly. Psychiatric Clinics of North America. 2018;41(1): 1-17. doi: 10.1016/j.psc.2017.10.001.**
- **Troglić Z et al.: Attitudes, knowledge and practices concerning delirium: a survey among intensive care unit professionals. Nursing in critical care 2017;22(3),133-140. doi: 10.1111/nicc.12239.**

**Merkmale:**

- Das ganzheitliche Delirmanagement wird als Multikomponentenstrategie bezeichnet, bestehend aus Ursachenbehandlung und Reduktion behandelbarer Risiko- und Triggerfaktoren. Es gibt keine Evidenz für die routinemässige Verabreichung sedierender oder antipsychotischer Medikamente. Im Einzelfall können sie erforderlich sein und symptomorientiert eingesetzt werden.
- Kommunikation, Angehörigenarbeit, Mobilisierung, kognitive Stimulation, Reiz- und Stressreduktion, Ernährung und Förderung des Tag-Nacht-Rhythmus sind wichtige Bausteine des Delirmanagements.
- Die Massnahmen sollten nach individuellem Bedarf sowie Bedürfnissen der Patienten ausgewählt und genutzt werden.
- Für ein adäquates Delirmanagement ist eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit essenziell.

eingepant werden, um eine Überstimulation zu vermeiden. Beruhigende Massnahmen wie Musik- oder Aromatherapie, gezielte Einbindung von Bezugspersonen und die Schaffung einer ruhigen Umgebung durch geschlossene Türen, leise Unterhaltungen und intelligente Rufglocken (Rufglockenalarne über Zonen statt über die gesamte Station) sind mögliche Strategien.

**Aromatherapie anwenden**

Als Reservemassnahme bei Unruhe können Aromaöle eingesetzt werden. Dabei ist auf die Verwendung der richtigen Menge in verdünnter Form äusserlich zu achten (31). Die Anwendungsformen sind vielfältig: Diffusoren, Handmassagen (Abbildung 2) oder Tupfer im Halsbereich. Wichtig ist es zu beachten, dass durch ätherische Öle allergische Reaktionen hervorgerufen werden können. Die Auswahl der angewendeten Gerüche sollte individuell erfolgen (32).

**Interdisziplinär und interprofessionell vorgehen**

Die genannten Massnahmen sollten individuell nach dem Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten genutzt und interprofessionell umgesetzt werden. Interdisziplinäre Schulungen unterstützen dabei. Durch Fallbesprechungen können die Teilnehmer lernen, wie sie effektiv zusammenarbeiten, um die bestmögliche Versorgung für Patienten mit Delir zu gewährleisten.

**DelirUnit in der Universitären Altersmedizin FELIX PLATTER**

Die DelirUnit der Universitären Altersmedizin FELIX PLATTER in Basel ist ein einzigartiges Beispiel, wie die aufgezeigten Massnahmen in der Praxis umgesetzt und gelebt werden können. Bei Eintritt in die DelirUnit und bei Bedarf wird der Restharn per Ultraschall von diplomierten Pflegefachpersonen selbständig bestimmt. Kommen Betroffene mit einem Blasendauerkatheter von anderen Institutionen, wird am Folgetag ein Auslassversuch unter Restharnkontrolle gestartet. Vorsicht: Eine feuchte Pants ersetzt die Restharnbestimmung nicht, denn es könnte sich auch um eine Überlaufblase handeln. Patienten dürfen ihren Bewegungsdrang ausleben. Statt Fixationen werden intelligente Betaaufstiegsüberwachungssysteme (QUMEA®) eingesetzt, die zudem zur Reizreduktion beitragen, indem die Alarne auf das Smartphone der Pflegefachpersonen weitergeleitet werden und lediglich einen leisen Ton erzeugen. Physio- und ergotherapeutische Behandlungen, Ernährungsberatung, Sozialplanung und die Präsenz der Seelsorge sind fester Bestandteil des Therapiekonzeptes. Durch den regelmässigen Besuch eines Therapiehundes können Patienten in einem hypoaktiven Delir dazu motiviert werden, einen Spaziergang über die zugehörige Terrasse zu machen. Neben Uhren und Kalendern in jedem Patientenzimmer, tragen Farbkonzepte und wiederkehrende Bilder zur Orientierung bei (Abbildung 3). Abgestimmte Therapien wie Handmassagen wirken sich beruhigend auf die Betroffenen aus und fördern das Wohlfühl. Die oben erwähnten Hörverstärker werden auf der DelirUnit ebenfalls eingesetzt, um eine adäquate Kommunikation zu gewährleisten. Moderne Technologien gewährleisten eine Variabilität der Mobilitätsförderungen, sodass die Massnahmen abgestimmt auf die täglich wechselnden Bedürfnisse geplant werden können (Abbildung 4). Dieses Konzept trägt dazu bei, dass Patienten mit einem Delir eine hohe Lebensqualität in einer herausfordernden Situation behalten können. ●

**Korrespondenzadresse:**

Dr. phil. Wolfgang Hasemann  
Leiter Basler Demenz-Delir-Programm FP  
Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER  
Burgfelderstrasse 101  
4055 Basel  
E-Mail: wolfgang.hasemann@felixplatter.ch

Referenzen:

1. Wilson JE et al.: Delirium. *Nat Rev Dis Primer.* 2020;6(1):90. doi:10.1038/s41572-020-00223-4
2. Hasemann W, Savaskan E, Baumgartner M (Hrsg.): Leitlinie Delir: Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Deliris im Alter. 1. Auflage. Hogrefe; 2017.
3. Hasemann W, et al.: Screening and detection of delirium in older ED patients: performance of the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). A two-step tool. *Intern Emerg Med.* 2018;13(6):915-922. doi:10.1007/s11739-017-1781-y.
4. Schuurmans MJ et al.: The Delirium observation screening scale: a screening instrument for delirium. ed. *Res Theory Nurs Pract Int J.* 2003;17(1):31-50. doi:10.1891/rtnp.17.1.31.53169.
5. Hasemann W et al.: Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien. *Pflege.* 2007;20(4):191-204. doi:10.1024/1012-5302.20.4.191.
6. Bergeron N et al.: Intensive care delirium screening checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med.* 2001;27(5):859-864. doi:10.1007/s001340100909.
7. McCleary E et al.: Improving early recognition of delirium using SQiD (Single Question to identify Delirium): a hospital based quality improvement project. *BMJ Qual Improv Rep.* 2015;4(1):u206598.w2653. doi:10.1136/bmjquality.u206598.w2653.
8. Urfer Dettwiler P et al.: Detecting delirium in nursing home residents using the Informant Assessment of Geriatric Delirium (I-AGeD): a validation pilot study. *Eur Geriatr Med.* 2022;13(4):917-931. doi:10.1007/s41999-022-00612-w.
9. Boehm LM et al.: Delirium-related distress in the ICU: A qualitative meta-synthesis of patient and family perspectives and experiences. *Int J Nurs Stud.* 2021;122:104030. doi:10.1016/j.nurstu.2021.104030.
10. Kollak I et al.: Fallübungen Care und Case Management. Springer; 2015.
11. Rogers CR et al.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 21. Auflage: Februar 2021. Fischer Taschenbuch Verlag; 2021.
12. Maldonado JR: Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018;33(11):1428-1457. doi:10.1002/gps.4823.
13. Van Montfort SJT et al.: Brain network disintegration as a final common pathway for delirium: a systematic review and qualitative meta-analysis. *NeuroImage Clin.* 2019;23:101809. doi:10.1016/j.nicl.2019.101809.
14. Stenwall E, et al.: The older patient's experience of encountering professional carers and close relatives during an acute confusional state: An interview study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(11):1577-1585. doi:10.1016/j.nurstu.2008.02.001.
15. Cohen C, Pereira F, Kampel T, Bélanger L. Integration of family caregivers in delirium prevention care for hospitalized older adults: A case study analysis. *J Adv Nurs.* 2021;77(1):318-330. doi:10.1111/jan.14593
16. Meilak C et al.: A qualitative exploration of the views of patients and their relatives regarding interventions to minimize the distress related to postoperative delirium. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2020;35(2):230-249. doi:10.1002/gps.5241.
17. McKenzie J et al.: Family intervention improves outcomes for patients with delirium: Systematic review and meta-analysis. *Australas J Ageing.* 2020;39(1):21-30. doi:10.1111/ajag.12688.
18. Shrestha P et al.: Family caregiver's experience of caring for an older adult with delirium: A systematic review. *Int J Older People Nurs.* 2020;15(4):e12321. doi:10.1111/opn.12321
19. Carbone MK et al.: Delirium and the family caregiver: the need for evidence-based education interventions. *The Gerontologist.* 2015;55(3):345-352. doi:10.1093/geront/gnu035.
20. Stansfield MA: The efficacy of a nurse practitioner consultative program to support care-in-place for the nursing home resident experiencing a change in condition. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng.* 2013;73(11-B(E)).
21. Roser T: Indikationen-Set für Spiritual Care und Seelsorge. *Pflegezeitschrift.* 2019;72(6):60-63. doi:10.1007/s41906-019-0079-2.
22. Schulz von Thun F: Miteinander Reden: Störungen Und Klärungen: Psychologie Der Zwischenmenschlichen Kommunikation. Originalausg. Rowohlt; 1981.
23. Rahman S: Delir kompakt: Delirmanagement bei akut verwirrten Menschen. 1. Auflage. (Hasemann W, ed.). Hogrefe AG; 2024.
24. Flaherty JH: The delirium room: a restraint-free model of care for older hospitalized patients with delirium. In: *Geriatrics Models of Care: Bringing «Best Practice» to an Aging America.*
25. Mitchell WK et al.: Sarcopenia, dynapenia, and the impact of advancing age on human skeletal muscle size and strength: a quantitative review. *Front Physiol.* 2012;3. doi:10.3389/fphys.2012.00260.
26. Suetta C et al.: Aging affects the transcriptional regulation of human skeletal muscle disuse atrophy. *PLoS ONE.* 2012;7(12):e51238. doi:10.1371/journal.pone.0051238.
27. Luetz A, et al.: Patient-centered lighting environments to improve health care in the intensive care unit. *Clin Health Promot - Res Best Pract Patients Staff Community.* 2016;6(1):5-12. doi:10.29102/clinhp.16002.
28. Luetz A et al.: Innovative ICU solutions to prevent and reduce delirium and post-intensive care unit syndrome. *Semin Respir Crit Care Med.* 2019;40(05):673-686. doi:10.1055/s-0039-1698404.
29. Litton E et al.: The efficacy of earplugs as a sleep hygiene strategy for reducing delirium in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med.* 2016;44(5):992-999. doi:10.1097/CCM.0000000000001557.
30. MacLulich AMJ et al.: Unravelling the pathophysiology of delirium: A focus on the role of aberrant stress responses. *J Psychosom Res.* 2008;65(3):229-238. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.05.019.
31. Swissmedic: Swissmedic-Journal. Published online December 2009.
32. Stadelmann I et al. eds: Aromatherapie in Wissenschaft und Praxis. 3. Auflage. Stadelmann Verlag; 2023.
33. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5-TR.* 2022. doi:10.1176/appi.books.9780890425787.
34. Tiegies Z et al.: Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing.* 2021;50(3):733-743. doi:10.1093/ageing/afaa224.
35. Guenther U et al.: Validity and reliability of the CAM-ICU flowsheet to diagnose delirium in surgical ICU patients. *Journal of Critical Care.* 2010;25(1):144-151. doi:10.1016/j.jccr.2009.08.005.