

# Empfehlung Delir = Akuter Verwirrheitszustand

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Anwendungskontext .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Definition und Diagnosekriterien .....</b>	<b>2</b>
2.1 Definition .....	2
2.2 Erklärungen .....	2
2.3 Diagnosekriterien .....	2
2.4 Arten des Delirs .....	3
2.5 Differentialdiagnose: Delir, Demenz, Depression, Übergangsphase im Sterben .....	3
<b>3. Prädisponierende Faktoren (Vulnerabilität), auslösende Faktoren, Pathogenese</b>	<b>4</b>
3.1 Ursache (Aetiologie) .....	4
Umgebungsbedingte auslösende Faktoren .....	5
Denke immer auch an die umgebungsbedingten auslösenden Faktoren wie: .....	5
3.2 Pathogenese: .....	5
<b>4. Bedeutung (Betroffenen, Angehörigen, Professionelle) .....</b>	<b>6</b>
4.1. Betroffene: .....	6
4.2. Angehörige .....	6
4.3. Professionelle .....	6
<b>5. Assessment, Assessmentinstrumente, Verlaufsbeurteilung .....</b>	<b>7</b>
<b>6. Vorgehen (siehe auch Flowchart) .....</b>	<b>8</b>
6.1 Flowchart .....	9
<b>7. Grundsätze der Betreuung deliranter Patienten .....</b>	<b>10</b>
7.1 Ziele .....	10
7.2 Allgemeine Kriterien .....	10
7.3 pflegerische Anregungen .....	10
<b>8. Symptomorientiertes Vorgehen .....</b>	<b>11</b>
8.1 Delirprävention .....	11
8.2 Nicht-medikamentöse Therapien .....	11
8.3 Medikamentöse Therapie .....	14
8.3.1 Neuroleptika .....	15
8.3.2 Benzodiazepine .....	16
<b>9. Therapie durch Neuroleptika hervorgerufener extrapyramidaler Symptome .....</b>	<b>17</b>
<b>10. Freiheitseinschränkende Massnahmen .....</b>	<b>17</b>
<b>11. Literaturhinweise .....</b>	<b>17</b>

## 1. Anwendungskontext

**Zielpublikum:** Fachpersonen der Spezialisierten Palliative Care

### **Präambel:**

Grundsätzlich arbeiten wir am Kantonsspital St. Gallen nach dem Standard 18 der sanaCERT Suisse, der im ganzen Kantonsspital implementiert wurde.

In der Palliative Care hat das Delir eine besondere Bedeutung.

Mehr als 50% der Patienten\* in der Terminalphase durchleben einen akuten Verwirrheitszustand.

Die Abgrenzung des Delirs gegenüber der Depression, der terminalen Unruhe und der Demenz stellt in der Palliative Care immer wieder eine Herausforderung dar.

Je früher das Delir erkannt wird, desto besser und wirksamer kann es behandelt oder angegangen werden

Deshalb haben wir diese Empfehlung erarbeitet.

\*Aus Gründen der Lesefreundlichkeit wird nur die männliche Schreibweise verwendet. Selbstverständlich ist die weibliche Form mit angesprochen.

## 2. Definition und Diagnosekriterien

### **2.1 Definition**

Ein komplexes neuropathologisches Syndrom, welches verschiedenste Ursachen hat und durch plötzlich auftretende (unter 2.3 aufgelistet) Störungen gekennzeichnet ist.

### **2.2 Erklärungen**

Das Delir:

- ist keine eigenständige Erkrankung

- wird beschrieben nach Diagnosekriterien z.B. nach ICD 10

<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-f40-f48.htm> oder DSM IV

- entsteht durch eine Kombination von Risikofaktoren und Auslösern (ursächliche Faktoren)

### **2.3 Diagnosekriterien**

Das Delir zeichnet sich durch folgende neuropathologischen Charakteristika (Diagnosekriterien nach ICD-10) aus:

1. Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit

2. Störung der Kognition und Wahrnehmung (Illusionen = Sinnestäuschung, Halluzinationen = Wahnwahrnehmungen u.a.), Beeinträchtigung des abstrakten Denkens (Wahnideen, Inkohärenz), der Auffassung (Kurzzeitgedächtnis bei relativ intaktem Langzeitgedächtnis) und eine Desorientiertheit (v.a. zeitlich aber auch Ort und Person)

3. Psychomotorische Störung (Hypo-, Hyperaktivität), verlängerte Reaktionszeit, Redefluss, Schreckhaftigkeit

4. Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus

5. Affektive Störung wie Depression, Angst, Reizbarkeit...(typisch aber für die Diagnose nicht spezifisch)

- Der Beginn ist gewöhnlich akut
- Es zeigen sich Fluktuationen im Tagesverlauf



## 2.4 Arten des Delirs

- **Hyperaktives Delir:** Patient ist unruhig, nestelt, bewegt sich ständig, etc.
- **Hypoaktives Delir:** Patient liegt ruhig im Bett; wirkt schläfrig und verlangsamt; ist häufig und wird oft unterdiagnostiziert.
- **Mischform des Delirs:** alternierend unruhige und ruhige Phasen

## 2.5 Differentialdiagnose: Delir, Demenz, Depression, Übergangsphase im Sterben

	<b>Delir</b>	<b>Demenz</b>	<b>Depression</b>	<b>Übergangsphase im Sterben</b> M.Renz*
<b>Beginn</b>	akut, innerhalb Stunden/Tage	schleichend (Monate)	variabel, rezidivierend	akut Stunden/ Tage
<b>Verlauf</b>	fluktuierend. Oft schlechter zur Nacht (Tag-Nacht-Umkehr)	langsam progredient	zeitliche Schwankungen Morgentief	fluktuierend
<b>Dauer</b>	Stunden / Tage	chronisch progredient	variabel	Stunden / Tage
<b>Auslöser</b>	vorhanden	keine vorhanden	endo- oder exogen	Sterbeprozess
<b>Bewusstsein</b>	qualitativ und quantitativ eingeschränkt	erhalten bis späte Phase der Erkrankung	normal, selten auch kognitive Einschränkung	qualitativ und quantitativ verändert
<b>Orientierung</b>	fehlend	fehlend	normal	Gleichzeitigkeit Gleichörtlichkeit
<b>Aufmerksamkeit</b>	stark eingeschränkt, fluktuierend	erst in Spätphase eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt
<b>Gedächtnis</b>	eingeschränkt	eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis	intakt	intakt
<b>Halluzinationen</b>	häufig	selten / spät	keine	analoges Denken
<b>Wahn</b>	möglich	möglich, aber selten	keiner	
<b>Stimmung</b>	häufig Angst, Aggression, innerlicher Rückzug	labil, gereizt	Affektstörung als Leitsymptom	von Gelassenheit bis Angst/ Panik

Patienten mit einer Demenz oder einer Depression können auch ein Delir entwickeln.

### 3. Prädisponierende Faktoren (Vulnerabilität), auslösende Faktoren, Pathogenese

Das Delir ist meist das Resultat des Zusammentreffens prädisponierender Faktoren bei einer vulnerablen Person mit einem oder mehreren auslösenden Faktoren.

#### 3.1 Ursache (Aetiologie)

→ **Delir**      **prädisponierende Faktoren** + **auslösende Faktoren**



Verwirrte Palliativpatienten haben im Durchschnitt mehr als 4 ursächliche Faktoren (prädisponierende und/oder auslösende Faktoren) für ein Delir

### **Umgebungsbedingte auslösende Faktoren**

Denke immer auch an die umgebungsbedingten auslösenden Faktoren wie:

- ungewohnte reizarme Umgebung: alles weiss (Spital)
- ungewohnte Umgebung: fehlende Orientierung (inkl. Sehstörung, Hörstörung u.a.),
- ungewohnte vielfältige Eindrücke: Hektik, neue Geräusche, andere Gerüche,
- ungewohnter Rhythmus: z.B. wird der Langsamkeit des alten Menschen nicht entsprochen, Tagesablauf
- Pflegerische, ärztliche, diagnostische und therapeutische Interventionen

### **3.2 Pathogenese:**

- **Psychodynamische Erklärung:**

Das Bewusstsein (= die Wahrnehmung des Selbst und der Umgebung) kann als Filter verstanden werden, der auf das Hirn eintreffende Stimuli reguliert. Bei alten und schwerkranken Menschen reduziert sich die Fähigkeit innere und äussere Reize richtig einzuschätzen und ein allfälliges Ungleichgewicht zu kompensieren. Ähnliche Phänomene entstehen beim Einschlafen und in der Sterbephase.

- **Neurophysiologische Erklärung:**

Das Delir ist eine Hirnfunktionsstörung, welche durch viele verschiedene Ursachen (Hirnschädigung, Arzneimittel, Infektionen u.a.) ausgelöst werden kann und durch ein Ungleichgewicht von Neurotransmittern (insbesondere Acetylcholin, Dopamin, aber auch Histamin, Serotonin, Noradrenalin, Glutamat, GABA) und gewisser Hormone (Melatonin, Cortisol u.a.) mediiert wird.

## 4. Bedeutung (Betroffenen, Angehörigen, Professionelle)

Delirante Patienten haben generell eine schlechtere Prognose als Patienten ohne Delir mit der gleichen Erkrankung. Sie haben eine höhere:

- Mortalität während und nach der Hospitalisation
- Pflegebedürftigkeit und Heimeinweisungsrate nach Hospitalisation
- Wahrscheinlichkeit der Verschlechterung der kognitiven Funktion bei vorbestehender Funktionseinschränkung.

Ca. 75 % der Patienten können sich an die Phase des Delirs erinnern. Dies sowohl Patienten mit einem hypo- als auch hyperaktiven Delir. Patienten, die sich an das Delir erinnern, schildern das häufig als sehr belastend und können mit Angst, Wut, Panik, Scham reagieren.

### 4.1. Betroffene:

- Lebenszeit eingeschränkt (Prognose schlechter)
- verminderte Lebensqualität
- Autonomieunfähigkeit, Wut, Panik, Aggression, Identitätsverlust
- Fragen rund um die Würde treten auf; Scham, Gefühl der Wertlosigkeit
- Verlust der Alltagsaufgaben
- Unterbrechung des Lebensentwurfes / der Lebensgestaltung / des Lebensplans
- erlerntes Fehlverhalten
- verwirrtes Verhalten als Verhaltensweise, um Zuwendung zu erreichen
- Angst, Verunsicherung, Selbst- und/oder Fremdgefährdung

#### **Potenzial aus professioneller Sicht:**

*Unverarbeitetes kann an die Oberfläche kommen und nochmals gesehen und im besten Fall verstanden werden. Raum für „unerhörte“ Geschichten. Weckt Fürsorglichkeit und Aufmerksamkeit im Gegenüber. Wende im Krankheitsgeschehen, erleichtert möglicherweise den Abschied.\**

### 4.2. Angehörige

- Empfinden das Verhalten der Patienten befremdend, finden nur erswert Zugang
- Kommunikation erschwert
- leiden mit, Angst vor Gewalt, Überforderung
- Hilflosigkeit, Scham und Unsicherheit, Schuldzuweisung, Stress, Unverständnis
- brauchen Unterstützung

#### **Potenzial aus professioneller Sicht:**

*Verbringen evtl. mehr Zeit am Bett des Schwerkranken, neue Begegnung kann möglich werden. Abschied wird evtl. erleichtert, thematisiert. Verborgenes kann an die Oberfläche kommen und vor dem Tod evtl. noch besprochen werden. Unter Umständen kann noch etwas Neues möglich werden wie Zuwendung und Anteilnahme.*

### 4.3. Professionelle

- Diagnosestellung herausfordernd
- erschwert Therapie von anderen Symptomen
- erschwerte Beziehungsarbeit, Verunsicherung, erhöhter Personalbedarf, Schuldzuweisungen, Stresssituation
- Angst: nicht genügen zu können, den anderen Patienten nicht gerecht zu werden, vor Aggression und Körperverletzung
- hoher Zeitaufwand
- kann belastend für ein Team/ Bezugspflegende sein

**Potenzial aus professioneller Sicht:**

*Kann zur Therapieevaluation auffordern, evtl. Fokuswechsel  
Team erweitern, Unterstützung anfordern dürfen von Fachleuten,  
kann Teamwork und Zusammenhalt fördern*

## 5. Assessment, Assessmentinstrumente, Verlaufsbeurteilung

Die Diagnose des Delirs ist ein interprofessioneller Prozess, der sich aus anamnestischen Daten und Beobachtungen zusammensetzt (siehe Diagnosekriterien). Wichtige Elemente dabei sind der Verlauf (akuter Beginn und Fluktuation). Wenn das Delir diagnostiziert wurde, muss nach ursächlichen Faktoren und Risikofaktoren geforscht werden.

- Zu Beginn des Assessments steht der **Verdacht** auf die akute Verwirrtheit, der ausgesprochen werden muss. Dieser Verdacht basiert auf Beobachtungen beim Patienten wie inkohärentes Denken, Unruhe, Aufmerksamkeitsstörungen, Wahnvorstellungen, zusammenhanglosen Äusserungen etc.
  - Als nächster Schritt wird der Patient gefragt, ob ihm etwas in seinem Denken, seiner Wahrnehmung, seiner Aufmerksamkeit, seinem Gedächtnis oder seiner Orientierung aufgefallen sei.
  - Wichtig ist hier die Fremdanamnese (Befragung der Angehörigen), ob ihnen bezüglich Denken, Wahrnehmung, Bewusstsein, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Orientierung, Affekt, Schlaf-Wach-Rhythmus oder Psychomotorik beim Patienten etwas aufgefallen sei. Formal wird dies als Assessmentinstrument **SQID** (Single Question In Delirium, Frage an Angehörige: „haben sie beobachtet, dass ihr Angehöriger in den letzten Stunden / Tagen Mühe hatte mit Denken oder dem Gedächtnis?“) genannt
- Ist der Verdacht für ein Delir vorhanden, muss eine **Screening**-Abklärung mittels : **DOS** (= Delirium Observation Scale) und Aufmerksamkeitstest erfolgen
- Dieses Assessmentinstrument umfasst eine systematische Beobachtung des Patienten je einmal in jeder Pflegeschicht. Es gilt als Screening- und Verlaufsinstrument.
  - Das Instrument DOS ist beim hypoaktiven Delir zu wenig sensibel. Darum wird der Aufmerksamkeitstest, „Kalendermonate rückwärts aufzählen“, als Ergänzung gemacht.
  - Vorgehen nach Standard 18

Die **Diagnosestellung** kann bei positivem DOS entweder durch den:

**CAM = Confusion Assessment Method**

Indikation: Diagnostik-Instrument zur Delir-Diagnostik für Nicht-Psychiater  
basiert auf DSM-III-R

oder

durch die **Diagnosestellung eines erfahrenen Kliniker mittels Diagnosekriterien**  
(ICD-10 oder DSM-V)

gestellt werden.

Ist die Diagnose gestellt, sollen **ursächliche Faktoren** und **Risikofaktoren** gesucht werden (siehe Punkt 3).

Der **Verlauf** wird mittels DOS oder CAM dokumentiert.

## 6. Vorgehen (siehe auch Flowchart)

### 1. Schritt

Soll, muss überhaupt eingeschritten werden? Abklärung und Behandlung von Delir nötig oder sinnvoll? Wie ist die Prognose des Grundleidens resp. für den Patienten?

#### **Leitend sind die Fragen:**

Ist der Patient durch das Delir gestört oder nicht (Stresszeichen)?

Leidet der Patient unter dem Zustand?

Besteht eine Fremd- oder Eigengefährdung?

➤ Falls eine der Fragen mit ja beantwortet wird:

### 2. Schritt

Sofortige Prüfung und allenfalls Behandlung folgender ursächlicher Faktoren (auch nachts):

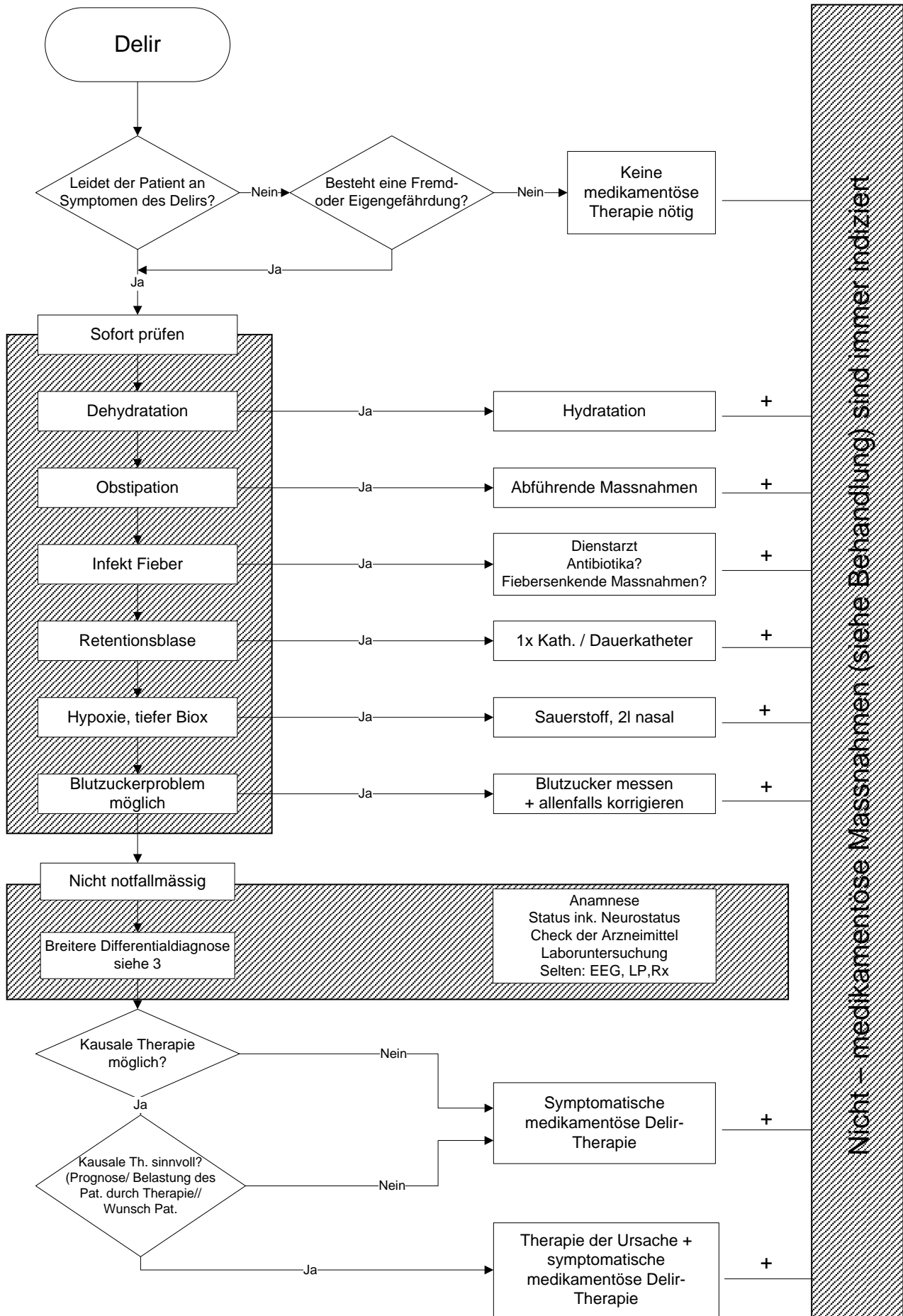
- Liegt eine Dehydratation vor?
  - Hat der Patient Fieber?
  - Blasen- und Darmfunktion: Hat der Patient eine Retentionsblase?  
hat er eine Obstipation? (Palpation des Abdomens, allenfalls Rektaluntersuchung, Blick in die Pflegedokumentation bezüglich Stuhlgang)?
  - Liegt eine Hypoxie vor?
  - Hat der Patient eine Hypo- oder Hyperglycämie?
  - Welche Arzneimittel sind verändert (neu verordnet, erhöht, reduziert oder abgesetzt) worden?
- Die übrigen Ursachen können am nächsten Morgen diskutiert und die Abklärungen vorgenommen werden.

### 3. Schritt

**Entscheidung:** Kausale Therapie oder nur **symptomatische** Therapie



## 6.1 Flowchart



## 7. Grundsätze der Betreuung deliranter Patienten

*Um eine individuelle, respekt- und achtungsvolle Betreuung gewährleisten zu können, sollen folgende Ziele und Kriterien beachtet werden:*

### 7.1 Ziele

- Der Patient fühlt sich durch die Betreuung und die Umgebungsgestaltung so weit wie möglich gehalten und geborgen.
- Der Patient hat Orientierung (visuell, auditiv, körperliche Impulse, sowie durch wiederkehrende Rhythmen).
- Die Familie des Patienten ist einbezogen.
- Die Kommunikation mit dem Patienten und den Angehörigen ist adäquat.
- Die Sicherheit des Patienten sowie Sicherheit und Schutz der Umgebung ist gewährleistet.
- Mit Wahnvorstellungen, Angst, Aggressivität wird adäquat umgegangen.
- Innerhalb des Betreuungsteams besteht Konsens bzgl. des Vorgehens.

### 7.2 Allgemeine Kriterien

- Kenntnisse über Biographie und Lebensform des Patienten werden erfasst und in die Pflegeplanung und Betreuungsmassnahmen integriert
- Zeit, Unterstützung: da die Betreuung verwirrter Menschen mehr Zeit als üblich benötigt, soll sie mit zusätzlichen Hilfen (Angehörige, RKH, evtl. IDEM oder Hospizdienst,) unterstützt werden
- Bezugspflege: um Kontinuität zu gewährleisten, ist die Bezugspflege sinnvoll
- Reflexion: die Belastung der Bezugspflegeperson und des Teams muss täglich evaluiert werden, um die dazu notwendige persönliche Abgrenzung zu gewährleisten
- Evaluation: eine regelmässige Evaluation der Betreuung muss stattfinden (täglich auf der Kardexviste und Pflegebesprechung)

### 7.3 pflegerische Anregungen

#### ➤ Ernährung:

- Da Nahrungsaufnahme, resp. die Bereitschaft dazu oftmals eingeschränkt ist, sollten auch verschiedene Angebote im Zimmer vorhanden sein (kleine Schalen mit Salzigem, Süsssem, Früchten etc.)
- An Möglichkeit von Fingerfood denken
- Bei der Tendenz eines Patienten Vorräte zu sammeln (z. B. Esswaren) sollte eine gemeinsame Lösungsfindung stattfinden

#### ➤ Basale Stimulation:

- Fussbad mit Zitrone zur Zentrierung in die eigene Mitte und vom Kopf in die Füsse
- Fuss- oder Armeinreibungen mit Lavendelöl (von Schulter zu den Fingern, beruhigende Wirkung)
- Bauchwickel mit Kamille (Hülle und Wärme geben)
- Einbetten des Patienten mit Kissen (Halt und Hülle geben)
- Körperwaschungen zur Beruhigung und Körperwahrnehmung
- Atemstimulierende Einreibung (tiefes Einatmen fördert das Bewusstsein, Beruhigung)
- Duftlampe mit Zitronenduft oder Lieblingsduft
- Riechstifte

➤ **Weitere Anregungen:**

- Abends ein warmes Bad
- Warme Getränke (schwarzer Kaffee, warme Milch, Orangenblütentee)
- Mit Farbgestaltung arbeiten: Farbtücher aufhängen (blau nachts, grün tagsüber)
- Nachts abgedämpftes Licht.. Darauf achten, dass es keine Schattenbildung gibt (regt Phantasien/ Ängste an)
- Nicht zu früh abends die Nachtatmosphäre schaffen
- Einbezug der integrativen Medizin (Herzaufgaben mit Lavendel, rhythmische Fusseinreibung mit Lavendel oder anderes)

## 8. Symptomorientiertes Vorgehen

### 8.1 Delirprävention

Patienten, welche ein Delir erlitten haben, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für das Auftreten eines erneuten Delirs. Zur Information der nachfolgenden Betreuungsteams, sowie für den Fall eines Wiedereintritts, sind eine Dokumentation in der Diagnoseliste, in der Krankengeschichte, im Austrittsbericht, respektive die Erwähnung im Überweisungsrapport unerlässlich. **Das Delirium muss auf dem Überweisungsrapport im Feld Krisensituationen erwähnt sein.**

### 8.2 Nicht-medikamentöse Therapien

Thema	Massnahmen	Vermeiden
<b>Desorientierung örtlich, zeitlich, zur Person</b>	<p><b>Allgemeines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ruhiges, nachvollziehbares Handeln</li> <li>- einfache Erklärungen, vorzeigen</li> <li>- klare Abmachungen</li> <li>- Validation</li> </ul> <p><b>Umgebungsgestaltung:</b></p> <p><b>örtliche Orientierung;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-er Zimmer bevorzugen</li> <li>• das Zimmer des Patienten in Nähe von Büro/ WC</li> <li>• Zimmertür und WC kennzeichnen: Klebeband, „Füsse“, Bilder</li> <li>• Persönlichen Tagesaufenthaltort gestalten: Büro, Stübli, etc.</li> <li>• möglichst viele persönliche Gegenstände: eigene Bettwäsche, eigene Kleider, Bilder, etc.</li> <li>• persönliche Zimmergestaltung: Bett (evtl. wie zu Hause) an Wand stellen, übrige Gegenständen möglichst ähnlich seinem Zimmer zu Hause anordnen</li> <li>• bettlägerige Patienten möglichst mobilisieren (damit sie nicht immer nur die weisse Zimmerdecke sehen)</li> <li>• nachts allenfalls Licht anlassen oder Nachtlicht anzünden</li> <li>• Türe offen lassen (vor allem nachts)</li> <li>• Sichtschutz /Paravent vor die Tür</li> </ul> <p><b>Zeitliche Orientierung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Armbanduhr, Kalender</li> </ul> <p><b>Alltagsgestaltung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit eigenständiger Beschäftigung und Alltagsgestaltung den Patienten anregen und fördern</li> </ul>	<p>Reizüberflutung (Geräusche, Gerüche, visuelle Reize etc.)</p> <p>Reizleere/reizlose Umgebung (weisse Zimmerdecke, Wechseldruck-Matratze etc.) Zimmer- und Bettwechsel</p> <p>fremde farbenfrohe Bilder, TV, unbekannte Musik, zu viele Nebengeräusche</p> <p>Patient aus „Sicherheitsgründen“ im Bett lassen Flackerndes Licht, Licht mit viel Schattenwurf</p>

Thema	Massnahmen	Vermeiden
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturierter Tagesablauf mit wenigen Veränderungen (Rhythmus ist wichtig), Gewohnheiten und Rituale (Schlafrituale) in die Tagesgestaltung einbeziehen</li> </ul>	
<b>Kommunikation</b>	<p><b>Zu achten ist auf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ernst nehmen</li> <li>• ruhige und eindeutige Kommunikation</li> <li>• Verlässlichkeit: Verabredungen, Abmachungen mit dem Patienten einhalten</li> <li>• Verbale Kommunikation:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• dem Zustand des Patienten anpassen: kurze, einfache Formulierungen</li> <li>• Informationen dosieren, wiederholen</li> <li>• Verständnis des Patienten überprüfen</li> <li>• geschlossene Fragen stellen</li> <li>• dem Pat. Zeit geben zu antworten</li> <li>• nachfragen, spiegeln, von Patient erklären und beschreiben lassen</li> <li>• Hilfestellung bei Wortfindungsstörung</li> </ul> </li> <li>• Non-verbale Kommunikation: Kommunikationsformen erweitern durch bewussten Einsatz von Mimik, Gestik und Berührung Evtl. zeigen statt sprechen</li> <li>• Biographisches einbeziehen: In Gesprächen über die Vergangenheit ist der Patient meist gut zu erfassen, abzuholen und/oder abzulenken</li> </ul>	<p>lange, komplizierte Sätze</p> <p>viele Worte</p> <p>offene Fragen</p> <p>Fahrige, unachtsame und nicht eindeutige Berührungen</p>
<b>Unruhe, weglaufen</b>	<p><b>Patienten mit Bewegungsdrang:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivität zulassen, evtl. Patient mobilisieren</li> <li>• im Haus über Patient mit Drang wegzulaufen informieren</li> <li>• Station sichern, sofern möglich (Brandschutztüren schliessen)</li> <li>• Zimmertüre offen lassen</li> <li>• bei Patienten, die noch mobil sind derzeitiger Aufenthaltsort/ Station, evtl Name an einem diskreten Ort vermerken</li> <li>• mit- gehen, begleiten</li> <li>• sollten so viel als möglich die Pflegefachperson begleiten können: Botengänge erledigen, beim Znüni teilnehmen, sich mit ihr im Stationszimmer aufhalten, etc.</li> </ul>	<p>Zurückhalten des Patienten</p> <p>Zwangsmassnahmen</p>

Thema	Massnahmen	Vermeiden
<b>Sicherheit von Patient, Mitpatienten, Team, Angehörigen</b>	<p>Den Schutz der Umgebung (Mitpatienten, Besucher, Team) gewährleisten: Frage: müssen allenfalls Mitpatienten geschützt werden?</p> <p>Den Schutz des Patienten gewährleisten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bodenpflege (vorher mit Angehörigen und Patient besprechen!) Beachten: auf dem Boden schlafen kann auch befremdend für Patient sein!</li> <li>• Fixation/ Seitenschutz zurückhaltend anwenden kann aber auch Sicherheit vermitteln</li> <li>• Darauf achten, dass der Patient so wenige Schläuche (Infusionen etc.) wie möglich hat.</li> <li>• Sitznachtwachen, Angehörige anfragen</li> <li>• Ethische Diskussion innerhalb dem Betreuungsteam und mit Angehörigen (Autonomie vs Fürsorge) führen und gemeinsame Entscheidungsfindung treffen und dokumentieren.</li> <li>• Es gibt Situationen, in denen nicht nur der körperliche Schutz von Mitpatienten, Angehörigen und Personal gefährdet ist, sondern auch die persönliche Integrität des Patienten, oder die seiner Mitmenschen verletzt wird. Hier sind Begleitumstände mit zu berücksichtigen wie: Verlust des Schamgefühls, Probleme mit Nähe und Distanz, etc.</li> </ul>	<p>Zwangsmassnahmen</p> <p>alleine lassen</p> <p>Schuldzuweisungen</p>
<b>Wahrnehmungsstörung Angst, Wahn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernst nehmen</li> <li>• Nähe-Distanz: bewusst gestalten, Annäherung anmelden</li> <li>• Patienten frontal ansprechen</li> <li>• Erklären, dass seine Wahrnehmung nicht unserer Wahrnehmung entspricht, wir seine Wahrnehmung damit aber nicht in Frage stellen</li> <li>• Gedanklich in seine Welt mitgehen und nachfragen</li> <li>• Evtl. versuchen Angstfaktoren herauszufinden</li> <li>• Patient beruhigen, bestätigen</li> </ul>	<p>verkindlichen in die Wahn-Welt des Patienten einsteigen widersprechen Zwangsmassnahmen - Cave: Berührungen können auch bedrohlich wirken</p> <p>Pat. von hinten oder von der Seite ansprechen</p>
<b>Aggressivität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ruhiges, sicheres Auftreten</li> <li>• beruhigen, in Ruhe lassen</li> <li>• Körperkontakt vorsichtig einsetzen</li> <li>• Distanz halten</li> <li>• Verständnis zeigen, bestätigen</li> <li>• Konflikte klären</li> <li>• Hilfe beiziehen</li> <li>• eigene Gefühle wahrnehmen und im Team besprechen</li> <li>• baldmöglichst informieren über Verwirrtheit</li> </ul>	<p>Gegenaggression Schimpfen</p> <p>Ausreden wollen</p> <p>Druck ausüben</p> <p>Zwangsmassnahmen</p>
<b>Stress der Angehörigen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angehörige, ihren Belastungsgrenzen angepasst, in die Betreuung einbeziehen</li> <li>• Angehörige fortlaufend informieren</li> <li>• Angehörige in Entscheidungsprozesse mit</li> </ul>	<p>Informationsdefizit</p> <p>Angehörige nicht einbeziehen</p>

Thema	Massnahmen	Vermeiden
<b>Sicherheit von Patient, Mitpatienten, Team, Angehörigen</b>	<p>Den Schutz der Umgebung (Mitpatienten, Besucher, Team) gewährleisten: Frage: müssen allenfalls Mitpatienten geschützt werden?</p> <p>Den Schutz des Patienten gewährleisten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bodenpflege (vorher mit Angehörigen und Patient besprechen!) Beachten: auf dem Boden schlafen kann auch befremdend für Patient sein!</li> <li>• Fixation/ Seitenschutz zurückhaltend anwenden kann aber auch Sicherheit vermitteln</li> <li>• Darauf achten, dass der Patient so wenige Schläuche (Infusionen etc.) wie möglich hat.</li> <li>• Sitznachtwachen, Angehörige anfragen</li> <li>• Ethische Diskussion innerhalb dem Betreuungsteam und mit Angehörigen (Autonomie vs Fürsorge) führen und gemeinsame Entscheidungsfindung treffen und dokumentieren.</li> <li>• Es gibt Situationen, in denen nicht nur der körperliche Schutz von Mitpatienten, Angehörigen und Personal gefährdet ist, sondern auch die persönliche Integrität des Patienten, oder die seiner Mitmenschen verletzt wird. Hier sind Begleitumstände mit zu berücksichtigen wie: Verlust des Schamgefühls, Probleme mit Nähe und Distanz, etc.</li> </ul>	<p>Zwangsmassnahmen</p> <p>alleine lassen</p> <p>Schuldzuweisungen</p>
	<p>einbeziehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufklärung über mögliche Ursachen, Symptome, Verlauf</li> <li>• Massnahmen erklären (z.B. freiheitseinschränkende Massnahmen)</li> <li>• Umgang/ Wünsche Bedürfnisse klären</li> <li>• Abmachungen treffen, evtl. schriftliches Einverständnis einholen</li> <li>• Kommunikation mit Angehörigen: sie brauchen viel Information! Broschüre abgeben (wenn vorhanden)</li> </ul>	

### 8.3 Medikamentöse Therapie

Das Mittel der ersten Wahl in Palliativsituationen, sind die Neuroleptika, in erster Linie das Haldol, weil es s.c. verabreicht werden kann.

#### Ausser bei:

- Alkoholentzugsdelir, bei dem die Benzodiazepine Mittel der ersten Wahl sind
- Parkinsonsyndrom, bei dem Quetiapin (Seroquel®) und Clozapin (Leponex®) Mittel der ersten Wahl sind

(siehe Merkblatt Delir-Behandlung Projekt Standard 18 „Umgang mit akut verwirrten Patienten“ Kantonsspital St.Gallen)

### 8.3.1 Neuroleptika

#### 8.3.1.1. Haloperidol (Haldol®):

Die bevorzugte Verabreichungsform ist primär die Gabe per os. Wenn die orale Applikation nicht möglich ist, subkutane Verabreichung wählen und notfalls ist auch eine intramuskuläre oder intravenöse Verabreichung möglich.

➔ Die Dosen aller 3 Verabreichungsformen sind identisch, das heisst:  
 $1.0 \text{ mg per os} = 10 \text{ Tropfen (2mg/ml)} = 1.0 \text{ mg sc} = 1.0 \text{ mg iv}$

#### A Vorgehen bei stark unruhigem Patienten (Notfall)

- Beginn mit 1.0 mg (allenfalls 0.5 mg) Haloperidol (Haldol®) bei ungenügendem Effekt
- Gabe von Haloperidol (Haldol®) mit doppelter Dosis (2 mg / 1 mg) nach 60 Minuten\*\* bei ungenügendem Effekt
- Gabe von Haloperidol (Haldol®) mit doppelter Dosis (4 mg / 2 mg) nach 60 Minuten\*\* bei ungenügendem Effekt
- Gabe von Lorazepam (Temesta®) 1 mg p.o oder 1 mg iv, zusätzlich nach 3. Applikation von Haloperidol (Haldol®)
- alternativ zu Lorazepam (Temesta®): Midazolam (Dormicum®) 0.5 bis 1 mg sc oder iv bei ungenügender Wirkung
- erneute 3 malig repetitive Gabe von Haloperidol (Haldol®) 2 – 4 mg, dann erneute Gabe von Lorazepam (Temesta®) oder Midazolam (Dormicum®)

#### B Übliche Verordnung:

- Basistherapie 4 x 0.5 bis 4 x 1.0 mg (entsprechend 4 x 5 bis 4 x 10 Tropfen)
- Reserve: stündlich 0.5 oder 1.0 mg (entsprechend 5 bis 10 Tropfen)
- Dosisreduktion: Bei guter Symptomkontrolle, Haloperidol (Haldol®) 48 Stunden auf letzter Dosis belassen, dann Beginn mit täglicher Dosisreduktion um 25 bis 50%

*\*\*bei iv – Gabe kann die Wiederholung nach 30 Minuten vorgenommen werden (schnellere Wirksamkeit)*

#### 8.3.1.2. Quetiapin (Seroquel®):

Ist die Alternative zum Haloperidol (Haldol®), nur möglich, sofern der Patient schluckt.  
Ist Medikament der Wahl bei M. Parkinson.

#### Übliche Verordnung

- Basistherapie 1 - 3 x 25 mg/d (allenfalls auch nur 12.5mg bei kachektischen Patienten)
- Reserve: 1 – 3 x 12.5 bis 25 mg/d
- Bei dramatischen Verläufen: Dosis nach erster Applikation verdoppeln auf 50 mg (25 mg)
- Bei massiver Unruhe: nach dritter Dosis Quetiapin (Seroquel®) zusätzlich Lorazepam (Temesta®) oder Midazolam (Dormicum®), gemäss obiger Dosierung (stark unruhiger Patient)
- Maximaldosis: 300 mg sollten am ersten Tag nicht überschritten werden
- Dosisreduktion: bei guter Symptomkontrolle Quetiapin (Seroquel®) 48 Stunden auf letzter Dosis belassen, dann Beginn mit täglicher Dosisreduktion um 25 bis 50%



### 8.3.1.3. Levomepromazin (Nozinan®, Neurocil®)

Verwenden wir, wenn der Patient sehr unruhig ist und neben der „ordnenden“ Funktion auch eine gewisse Sedation durch das Neuroleptikum gewünscht ist oder wenn eine Schlaf-Wachumkehr in Folge eines Delirs besteht.

#### Übliche Verordnung

- Basistherapie: 1 – 3 x 7 Tropfen (= 1 – 3 x 7 mg) po oder 1 – 3 x 6.25 mg sc oder iv
- Reserve: 5 – 7 x 7 Tropfen (= 5 – 7 x 7 mg) po oder 5 – 7 x 6.25 mg sc oder iv
- Maximaldosis: 50 mg po oder sc oder iv sollten am 1. Tag nicht überschritten werden
- Dosisreduktion: bei guter Symptomkontrolle Levomepromazin (Nozinan®) 24 bis 48 Stunden auf letzter Dosis belassen, dann Beginn mit täglicher Dosisreduktion um 25 – 50%

### 8.3.1.4. Olanzapin (Zyprexa®)

Verwenden wir, alternativ zu Levomepromazin, falls der Patient nach Hause entlassen wird, (allenfalls bei einem Parkinsonsyndrom, wenn Patient nicht schlucken kann)t oder falls Levomepromazin zu wenig wirkt.

#### Übliche Verordnung:

- Basistherapie: 1 – 2 x 2.5 mg po, sc oder iv
- Reserve: 6 x 2.5 mg po, sc oder iv
- Maximaldosis: 20 mg/24 Std.
- Dosisreduktion: bei guter Symptomkontrolle Olanzapin (Zyprexa®) 24 bis 48 Stunden auf letzter Dosis belassen, dann Beginn mit täglicher Dosisreduktion um 25 – 50%

### 8.3.1.5. Risperidon (Risperdal®)

Bei Patienten mit Demenz wird häufig das Risperidon eingesetzt.

#### Übliche Verordnung:

- Basistherapie: 2x0,5 mg (allenfalls 2x0,25mg) p.o.
- Reserve: 4x0,25mg p.o.
- Maximaldosis: 8mg/24 Std
- Dosisreduktion: bei guter Symptomkontrolle Risperidon (Risperdal®) 24 bis 48 Stunden auf letzter Dosis belassen, dann Beginn mit täglicher Dosisreduktion um 25 – 50%

## 8.3.2 Benzodiazepine

Bei stark unruhigem Patienten, nach 3 Gaben eines Neuroleptikums (Haloperidol: Haldol®, Quetiapin: Seroquel®, Levomepromazin oder Olanzapin: Zyprexa®)

Bei Alkoholentzugsdelir primär einzusetzen, ohne vorherige Gabe von Neuroleptika.

Bei bekannter QT-Zeit Verlängerung (>450 ms)

Gegebenenfalls bei Patienten mit bekannter Epilepsie

Gegebenenfalls bei Patienten mit extrapyramidaler Störung oder mit Parkinsonsyndrom

CAVE: Benzodiazepine alleine können ein Delir verstärken

### 8.3.2.1. Lorazepam (Temesta®)

#### Übliche Dosierung:

- 1mg po alle 30 bis 60 Minuten  
bei ungenügender Wirkung:
- 2.5 mg po alle 30 bis 60 Minuten  
bei ungenügender Wirkung auch höhere Einzeldosen möglich, beim Palliativpatienten aber selten notwendig:
- 5.0 mg alle 30 bis 60 Minuten



### 8.3.2.2. Midazolam (Dormicum®)

#### **Nicht das Medikament erster Wahl bei Delir**

In der Palliative Care häufiger verwendet, da:

das Arzneimittel allen Professionellen besser bekannt und häufiger angewendet  
Arzneimittel mit kürzerer Halbwertszeit und damit besser steuerbar  
Überleitung in Sedationstherapie möglich (siehe Empfehlung Sedation)

Übliche Dosierung:

- 0.5 bis 1.0 mg sc oder iv alle 30 bis 60 Minuten  
bei ungenügender Wirkung:
- 1.0 bis 2.0 mg sc oder iv alle 30 bis 60 Minuten  
bei ungenügender Wirkung:
- Diskussion der kontinuierlichen Gabe gemäss Verordnung Sedation bei  
therapierefraktärem Symptom

## 9. Therapie durch Neuroleptika hervorgerufener extrapyramidaler Symptome

Bei extrapyramidalen Symptomen, welche durch Neuroleptika hervorgerufen wurden, einschliesslich Pseudo- Parkinson, akute dystonische Reaktion und Akathisie kann Procyclidin (Kemadrin®) eingesetzt werden.

### *Procyclidin (Kemadrin®)*

- Beginn 3x2,5mg
- Steigerung: tgl um 2,5 mg bis optimale klinische Wirkung
- Übliche Erhaltungsdosis: 10-20mg/d, gelegentlich bis 60mg/ d  
Gelegentlich auch eine 4. Dosis zur Nacht notwendig.
- Symptome beobachten- sobald diese kontrolliert sind, kann Kemadrin® gestoppt werden. Behandlungsdauer i.R. 1-2 Wochen, bei persistierender Symptomatik aber auch über 3-4 Monate möglich.

## 10. Freiheitseinschränkende Massnahmen

Selten sind auch freiheitseinschränkende Massnahmen notwendig. Diese werden gemäss Standard 18 am Kantonsspital St. Gallen durchgeführt. Vgl Punkt 8.2

## 11. Literaturhinweise

- Bruera E, Bush SH, Willey J, Paraskevopoulor T, Li Z, Palmer JL, Cohen MZ, Sivesind D, Elsayem A (2009) The impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer* 115(9):2004-2012
- Caraceni A, Simonetti F (2009) Palliating delirium in patients with cancer. *Lancet Oncol* 10(2):164-172
- Feil N (1999) *Validation, ein Weg zum Verständnis verwirrter Menschen*, Verlag Ernst Reinhardt, GmbH & Co, München
- Hasemann W, Kressig R, Pretto M, Spirig R (2007) *Delirium – Management am Universitätsspital Basel*. palliative-ch 3:4-7
- Hasemann W, Ermini-Fünfschilling D, Pretto M Spirig R (2007) Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien. *Pflege* 20:191-204
- Hestermann U, Backenstrass M, Gekle I, Hack M, Mundt C, Osler P, Thomas C (2009) Validation of a German version of the Confusion Assessment Method for delirium detection in a sample of acute geriatric patients with high prevalence of dementia. *Psychopathology* 42(4):270-276
- Inouye SK et al (1990) Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method. A new



- Method for Detection of delirium. Ann Intern Med 113(12):941-948
- Mcleod AD (2009) Lightning up before death. Palliat Support Care 7(4):513-516
  - Ozbolt LB, Paniagua MA, Kaiser RM (2008) Atypical antipsychotics for the treatment of delirious elders. J Am Med Dir Assoc 9(1):18-28
  - Perrar KM, Golla H, Voltz R (2012) Verwirrtheit – das delirante Syndrom in der Palliativmedizin. Palliativmedizin 13(4):177-190
  - Renz M (2008) Zeugnisse Sterbender. Junfermannverlag. 40-55
  - Renz M (2011) Hinübergehen. Junfermannverlag
  - Sands MB, Dantoc BP, Hartshorn A, Ryan CJ, Lujic S (2010) Single Question in Delirium (SQiD): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale. Palliative Medicine 24(6):561-565
  - Schurrmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA (2003) The Delirium Observation Scale: a screening instrument for delirium. Res Theory Nurs Pract 17:31-50
  - Siegemund M, Massarotto P, Reuthebuch O, Pargger H (2011) Postoperatives Delirium: Pathophysiologie und Diagnose. Schweiz Med Forum 11(20):354-357
  - Wesch C, Massarotto P, Schubert M (2010) Krankenpflege 3:26-27
  
  - Bigorio 2004 Empfehlung „Delirium“
  - [https://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/E\\_12\\_4\\_bigorio\\_2004\\_Delir\\_de.pdf](https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_4_bigorio_2004_Delir_de.pdf)
  
  - Standard 18 Kantonsspital St.Gallen (beinhaltet: Anwendung freiheitseinschränkender Massnahmen (Merkblatt und Dokumentation)  
DOS (Delirium Observation Scale): Erfassungsbogen und Handlungsanweisung  
Aufmerksamkeitstest  
CAM (Confusion Assessment Method): Dokument und Handlungsanweisung  
Merkblatt zur Delir-Behandlung Standard 18  
Merkblatt zur Delir-Nachsorge Standard 18  
Merkblatt Delirprävention Standard 18  
<https://www.kssgnet.ch/dir/gm/Operatives%20Qualit%C3%A4tsmanagement/sanaCERT/Standard%2018/Forms/Standard.aspx>
- \* und kursiv gedruckt: Erfahrungen des Autorenteam bzw. persönliche Erfahrungen. Ähnliche Erfahrungen werden von M. Renz in der Sterbephase beschrieben.

**Redaktionsteam:**

Berendes Andrea  
Büche Daniel  
Mona Mettler, Verantwortliche Person  
Frischknecht Tanja  
Voss Désirée  
Rey-Burg Elke

©Palliativzentrum KSSG

Autorin	Dateiname_Version_Erstellungsdatum	Frei gegeben durch	Überarbeitung	Seite
Erstellt: Palliativstation 1999 Überarbeitet: 2017 Palliativzentrum	Empfehlung: Delir = Verwirrheitszustand	Daniel Büche 4/ 2018	April_2023	18/18