

Symptome	Erläuterung (Durchführung 6:00/12:00/20:00)	Pkt.
Veränderte Bewusstseinslage	Wach, leicht erweckbar (RASS -1 – 0): 0 Pkt. – Übererregt (RASS >0): 1 Pkt. - Schläfrig, schwer erweckbar (RASS -2-3): 1 Pkt. - Sehr schwer erweckbar/tief sediert (RASS -4-5): - (nicht wertbar)	0 - 1
Unaufmerksamkeit	Kann Gespräch/Aktivität nicht folgen, schnell abgelenkt, unkonzentriert: 1 Pkt. (Wenn uneindeutig: Wochentage rückwärts aufsagen, ≥ 2 Fehler)	0 - 1
Desorientierung	Nicht zur Zeit (Tag, Monat, mindestens: <u>Jahr</u>) oder Ort (min. <u>Krankenhaus</u>) oder Person orientiert: 1 Pkt.	0 - 1
Halluzination	Aktiv nachfragen: „Haben Sie in den letzten Stunden Dinge oder Personen gesehen, die offensichtlich nicht hierher gehören?“	0 - 1
Agitation/ Verlangsamung	Agitation: Pharmakologische Beruhigung u/o Fixierung notwendig. Verlangsamung: reagiert verzögert, wirkt zurückgezogen	0 - 1
Inädaquate Sprache/ Gemüt	Unangemessene, unorganisierte oder unzusammenhängende Sprechweise oder Gefühlsausdrücke (Kultur berücksichtigen)	0 - 1
Schlafstörung	Schläft weniger als 4h nachts (nicht: erweckt durch Aktivitäten o.ä.) u/o tagsüber meist schlafend	0 - 1
Fluktuierende Symptomatik	Fluktuation des Auftretens eines der Merkmale oder Symptome über 24h	0 - 1
Auswertung: 0 Pkt. = kein Delir, 1 bis 3 Pkt. = V. a. subsyndromales Delir, ≥ 4 Pkt. = Delir		

Delir auf der Intensivstation:

Ein Delir ist eine akutes, ernst zu nehmendes Syndrom, das sich in Störungen des Bewusstseins, Denkens und der Aufmerksamkeit äußert. Ein Delir hat eine organische Ursache und fluktuiert im Tagesverlauf. Es tritt bei bis zu 80% der beatmeten und 50% der nicht-beatmeten Intensivpatienten auf. Meist entwickelt sich ein Delir am 2. Tag. Die meisten Delirien sind hypoaktiv, Pat. wirken teilnahmslos und zurückgezogen. Hyperaktive Delirien sind seltener, werden aber eher bemerkt. Treten beide Formen auf, ist es ein gemischtes Delir.

Delirante Patienten sind länger beatmet, bleiben länger im Krankenhaus, haben eine erhöhte Mortalität und werden eher in Pflegeheime verlegt. Mit jedem Intensivtag im Delir steigt die Einjahresmortalität um 14%.

Differentialdiagnostik Delir

Demenz: Bei Demenz war der Pat. vorher schon so. Bei Demenz & Delir wird die Symptomatik aber stärker & fluktuiert. Ggf. die Angehörigen fragen: zeigte der Patient in den letzten drei Tagen ein anderes Denken oder Erinnern?

Psychiatrische Erkrankungen: Depressionen, Psychosen, PTSD u.a. ähneln hypo-/hyperaktiven Delirien. Anamnestisch abklären und Psychiater zur Differentialdiagnostik hinzuziehen.

Stupor/Koma/tiefe Sedierung: Bei nicht ansprechbaren Pat. (RASS-4/-5) ist der ICDSC nicht möglich und wird als „n.b.“ (nicht beurteilbar) dokumentiert.

Auslöser beseitigen:

Alkohol, Drogen, Medikamente; Cerebrovaskulär; Hypoxie;

Traumatisch; Endokrin; Degenerativ; Infektionen/Sepsis; Ernährung (Exsikose, Hyponatriämie); Schwermetalle, Epileptisch u.a.

Prävention und Interventionen:**1. Nicht-pharmakologische Interventionen (auch präventiv)**

Seh- und Hörhilfen, Frühmobilisierung, Wdh. Information, Uhr, Kalender, Tag- Nachtrhythmus fördern (ggf Ohrstöpsel, Schlafbrille), Lärmreduktion, Angehörige (Info & Integration), TV/Zeitung, ausreichende Flüssigkeitsbilanz.

Nur wenn 1. nicht ausreichend:

2. Pharmakologische Interventionen

- Medikamente werden symptomorientiert gegeben
- Medikation erst um tgl. 50% reduzieren, wenn 24h ohne Delir
- Benzodiazepine werden nur initial bei Agitation empfohlen, nicht als Dauermedikation

Agitation: Propofol, Benzodiazepine, add on Alpha2-Adrenozeptoragonisten (Clonidin, Dextometomidin)

Vegetative Symptome: Alpha2-Adrenozeptoragonisten, ggf Betablocker

Produktiv-psychotische Symptome: Haloperidol, Risperidon, Lanzapin, Quetiapin

Wenn Delir positiv: Arzt informieren, Prävention & Intervention

Wenn das Delir-Screening unklar ist: Arzt/Psychiater zur Re-Evaluation holen.

Alkoholismus: Alkohol-Entzugsskala verwenden