4AT-Delir-Screening – ein Beispiel zur Anwendung

Chirurgische Station – ein sehr schläfriger Patient



1. WACHSAMKEIT (ALERTNESS)



Deutlich veränderte Wachsamkeit – 4 Punkte

2. AMT4 (ORIENTIERUNG)



2 oder mehr Fehler – 2 Punkte

3. AUFMERKSAMKEIT (RÜCKWÄRTS MONATE)



Beginnt, hat aber ≥ 7 Monate falsch, oder kann nicht beginnen – 1 Punkt

4. AKUTE VERÄNDERUNG ODER FLUKTUIERENDER VERLAUF



Ja – 4 Punkte

GESAMT 4AT-ERGEBNIS

Gesamter 4AT-Score: 11/12

4 oder mehr Punkte: mögliches Delir, mit oder ohne kognitive Beeinträchtigung.

4 + 2 + 1 + 4 = 11



Der 4AT ist ein kurzes, validiertes Screening-Instrument zur Erkennung eines Delirs bei erwachsenen Krankenhauspatient:innen.
Er dauert nur wenige Minuten und kann von Pflegefachpersonen angewendet werden.

Informationen: www.the4at.com

Das Fallbeispiel ersetzt keine Schulung durch qualifizierte Personen.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH nach einer Vorlage von A. MacLullich, September 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

6-Itemer – Delirscreening in der Notaufnahme

Drei Wörter lernen – Orientierung prüfen – Wörter erinnern



So wird der 6-Itemer durchgeführt

- Zuerst drei Wörter nennen und wiederholen lassen
- Maximal drei Lernversuche
- Danach drei Orientierungsfragen stellen
- Anschließend die drei Wörter frei erinnern lassen
- Jede richtige Antwort ergibt 1 Punkt
- Gesamtwert: 0–6 Punkte

WÖRTER LERNEN



Alle drei Wörter nach dem 2. Lernversuch richtig wiederholt.

1. JAHR



nicht korrekt = 0

2. MONAT



korrekt = 1

3. WOCHENTAG



nicht korrekt = 0

Wie hießen die drei Dinge, die Sie sich merken sollten?

4. 1. WORT



korrekt = 1

5. 2. WORT



nicht korrekt = 0

6. 3. WORT



korrekt = 1

GESAMTERGEBNIS

Frau Meier: 3 von 6 Punkten

Positiv: Verdacht auf kognitive Störung und Delir

→ Weiterführendes Delirassessment durchführen
→ Akuten Beginn und fluktuierenden Verlauf prüfen
→ Ursachen erkennen und behandeln

Bewertung: Positiv mit Verdacht auf kognitive Störung und Delir bei ≤ 4 Punkten. Der 6-Itemer ersetzt keine klinische Diagnostik.

Dieses Fallbeispiel ersetzt nicht die Schulung durch qualifiziertes Personal

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, September 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

CAM – Delirassessment auf der Allgemeinen Inneren Station

Vier Merkmale systematisch überprüfen

Herr Kruse ist 90 Jahre alt und wird wegen einer Lungenentzündung auf der Allgemeinen Inneren Station behandelt. Seit heute wirkt er zeitweise verwirrt. Am Vormittag war er orientiert, am Nachmittag möchte er plötzlich „nach Hause zur Arbeit". Pflegefachfrau Lucía García führt die CAM durch.



Wann ist die CAM positiv?

A UND B UND (C ODER D)

- **A:** akuter Beginn oder fluktuierender Verlauf
- **B:** Unaufmerksamkeit
- **C:** formale Denkstörung
- **D:** veränderte Bewusstseinslage

A – AKUTER BEGINN / FLUKTUIERENDER VERLAUF



Zustand akut verändert und im Tagesverlauf wechselnd. ✓ A vorhanden

B – UNAUFMERKSAMKEIT



Herr Kruse lässt den Mittwoch aus und kann die Reihe nicht fortsetzen. ✓ B vorhanden

C – FORMALE DENKSTÖRUNG



Die Antworten sind unklar und unlogisch. ✓ C vorhanden

D – VERÄNDERTE BEWUSSTSEINSLAGE



Herr Kruse ist unruhig und möchte aufstehen. RASS = +1. ✓ D vorhanden

CAM-GESAMTERGEBNIS

A + B + C + D = CAM positiv

Verdacht auf Delir

Maßnahmen:

- → Ärztlich abklären und Ursachen behandeln
- → Orientierung, Mobilität, Schlaf und Sinneshilfen fördern
- → Bezugspersonen einbeziehen
- → Verlauf regelmäßig erneut beurteilen

Ein Delir liegt vor, wenn A und B sowie entweder C oder D vorhanden sind.
Die CAM unterstützt die klinische Einschätzung und ersetzt keine ärztliche Diagnostik.

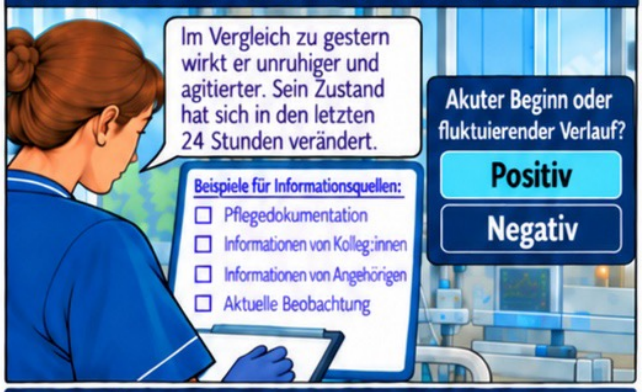
Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, September 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

CAM-ICU – Delir-Screening auf der Intensivstation

Fallbeispiel: Herr Schmidt, beatmet nach einer abdominachirurgischen Operation



1. AKUTER BEGINN ODER FLUKTUIERENDER VERLAUF



2. AUFMERKSAMKEIT



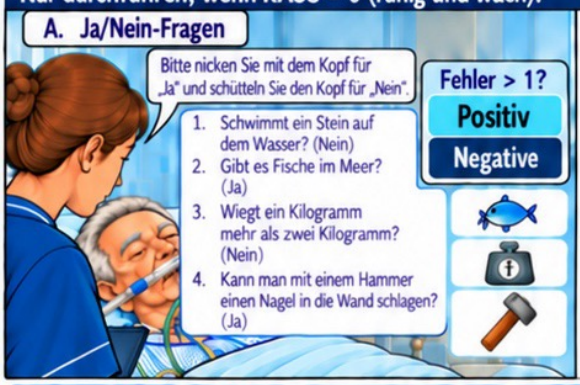
3. VERÄNDERTES BEWUSSTSEIN (RASS)



4. DESORGANISIERTES DENKEN

Nur durchführen, wenn RASS = 0 (ruhig und wach).

A. Ja/Nein-Fragen



B. Aufforderung



Beispiel für die Prüfung:



Die CAM-ICU is positive für delirium, wenn 1 UND 2 UND 3 UND/ODER 4 erfüllt sind:

1. Akuter Beginn oder fluktuierender Verlauf **UND** 2. Unaufmerksamkeit **UND**
3. Verändertes Bewusstsein (RASS ungleich 0) **UND/ODER** 4. Desorganisiertes Denken (mehr als 1 Fehler bei den Ja/Nein-Fragen oder der Aufforderung).

Die CAM-ICU ist ein validiertes Instrument zum Nachweis eines Delirs bei kritisch kranken Patient:innen mit eingeschränkter oder fehlender Kommunikationsfähigkeit (z. B. beatmeten Patient:innen).
Sie sollte regelmäßig im Rahmen der pflegerischen und medizinischen Beurteilung eingesetzt werden.

Delir frühzeitig erkennen. Ursachen behandeln. Besser kommunizieren. Für mehr Sicherheit. Für eine bessere Lebensqualität.

Dieses Fallbeispiel dient ausschließlich zu Informations- und Schulungszwecken und ersetzt keine Schulung durch qualifiziertes Fachpersonal.
Bei Fragen oder Unterstützungsbedarf wenden Sie sich bitte an entsprechend qualifiziertes Fachpersonal.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, September 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

CAM-ICU-7 – Delir-Screening bei beatmeten Patient:innen

Fallbeispiel: Herr Schmidt, wegen einer Pneumonie beatmet

Herr Schmidt wird wegen einer schweren Pneumonie auf der Intensivstation behandelt. Seit dem Vormittag ist er wechselnd aufmerksam, wirkt unruhig und greift wiederholt nach dem Beatmungsschlauch. Er blickt wiederholt in eine leere Ecke, kommuniziert nur eingeschränkt und lässt sich schwer beruhigen.



Was ist die CAM-ICU-7?

- Instrument zur Erkennung eines Delirs bei kritisch kranken, beatmeten Patient:innen
- Besteht aus 4 Merkmalen (1–4)
- Gesamtpunktzahl: 0–7 Punkte (Schweregrad des Delirs)
- Ergebnis: Delir vorhanden oder nicht vorhanden

1 Akuter Beginn / fluktuierender Verlauf



Im Vergleich zu gestern ist Herr Schmidt heute unruhiger und in seiner Aufmerksamkeit wechselnd. Sein Zustand hat sich in den letzten 24 Stunden verändert.

Bewertung	Punkte
Kein akuter Beginn / kein fluktuierender Verlauf	0
Akuter Beginn und/oder fluktuierender Verlauf vorhanden	1

2 Aufmerksamkeit (10-Buchstaben-Test)



Anzahl Fehler (von 10 Buchstaben)	Anzahl richtig (von 10)	Punkte
0 – 2 Fehler	8 – 10 richtig	0
3 – 6 Fehler	4 – 7 richtig	1
7 – 10 Fehler	0 – 3 richtig	2

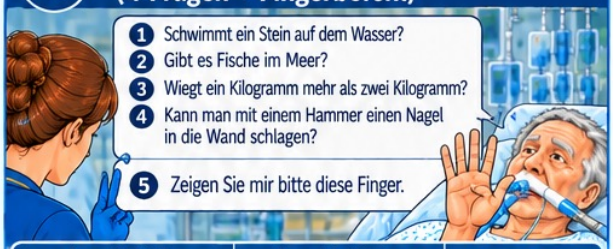
3 Veränderter Bewusstseinszustand (RASS)



RASS (Beispiele)	
+4	kämpferisch
+3	sehr unruhig
+2	unruhig
+1	rastlos
0	ruhig und wach
−1	schläfrig
−2	leicht sediert
−3	mäßig sediert
−4	tief sediert
−5	nicht erweckbar

RASS-Wert	Punkte
0	0
+1 oder −1	1
≥ +2 oder ≤ −2	2

4 Desorganisiertes Denken (4 Fragen + Fingerbefehl)



Anzahl Fehler (von 5 Aufgaben)	Anzahl richtig (von 5)	Punkte
0 – 1 Fehler	4 – 5 richtig	0
2 – 3 Fehler	2 – 3 richtig	1
4 – 5 Fehler	0 – 1 richtig	2

Wie wird das Ergebnis interpretiert?

CAM-ICU: Delir vorhanden?

Positiv für ein Delir, wenn Merkmal 1 **UND** 2 **UND** (3 **ODER** 4) vorhanden sind.

↓

Delir vorhanden
Ja / Nein

CAM-ICU-7: Schweregrad des Delirs

Summe der Punkte aus Merkmal 1–4 (Gesamtpunktzahl 0–7).

↓

Schweregrad des Delirs
(0–7 Punkte)

Interpretation der Gesamtpunktzahl (CAM-ICU-7)

0 – 2 Punkte	Kein Delir
3 – 5 Punkte	Leichtes bis mittelschweres Delir
6 – 7 Punkte	Schweres Delir

Maßnahmen

- Pneumonie und weitere Ursachen konsequent behandeln
- Schmerz, Sedierung, Oxygenierung und Medikamentee prüfen
- Reorientieren und Kommunikation ermöglichen
- Mobilisation, Schlaf und Sinneshilfen fördern
- Bezugspersonen einbeziehen und regelmäßig beurteilen

Delir frühzeitig erkennen.
Ursachen behandeln.
Besser kommunizieren.
Für mehr Sicherheit.
Für eine bessere Lebensqualität.

Die CAM-ICU-7 zeigt, ob ein Delir vorliegt und wie schwer es ist.
Ein Score von 0–7 Punkten entspricht einem schweren Delir.
Dieses Fallbeispiel ersetzt keine Schulung durch qualifiziertes Personal.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, September 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

Nu-DESC – Delir-Screening auf der Intensivstation

Ein einfaches Instrument zur regelmäßigen Beurteilung



Was ist die Nu-DESC?

- Die Nu-DESC ist ein validiertes Beobachtungsinstrument zur Erkennung eines Delirs bei kritisch kranken Patient:innen.
- Sie basiert auf 5 Beobachtungskategorien.
- Jede Kategorie wird mit 0, 1 oder 2 Punkten bewertet.
- Der höchste mögliche Gesamtwert beträgt 10 Punkte.
- Die Bewertung erfolgt auf Basis des Verhaltens in den letzten 4 Stunden.
- Die Nu-DESC eignet sich auch für nicht-sprechfähigen Patient:innen.

1. DESORIENTATION



0 = orientiert
1 = zeitweise desorientiert
2 = deutlich desorientiert

2

2. UNANGEMESSENES VERHALTEN



0 = angemessenes Verhalten
1 = zeitweise unangemessen
2 = deutlich unangemessen / potenziell gefährlich

2

3. UNANGEMESSENE KOMMUNIKATION



0 = angemessene Kommunikation
1 = zeitweise unangemessen
2 = deutlich unangemessen / nicht verständlich

1

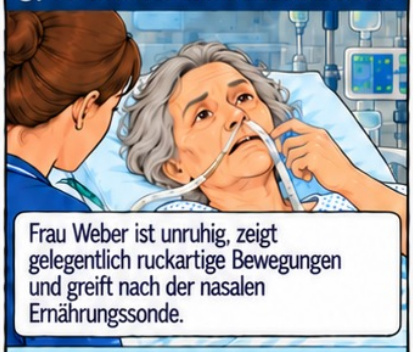
4. STÖRUNG DES SCHLAF-WACH-RHYTHMUS



0 = kein Hinweis auf Störung
1 = zeitweise gestört
2 = deutlich gestört

1

5. PSYCHOMOTORISCHE VERÄNDERUNGEN



0 = keine psychomotorischen Veränderungen
1 = zeitweise verändert
2 = deutlich verändert

2

GESAMTERGEBNIS

Nu-DESC-Score (Frau Weber)

1.	Desorientation	2
2.	Unangemessenes Verhalten	2
3.	Unangemessene Kommunikation	1
4.	Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	1
5.	Psychomotorische Veränderungen	2

Gesamt: 8 von 10 Punkten

Ein Nu-DESC-Score ≥ 2 Punkte weist auf ein mögliches Delir hin.
→ weitere Abklärung und Maßnahmen gemäß Leitlinien.

Die Nu-DESC ist ein einfaches, validiertes Beobachtungsinstrument zur regelmäßigen Einschätzung eines Delirs bei erwachsenen Intensivpatient:innen. Sie sollte in regelmäßigen Abständen (z. B. jede Schicht) angewendet und die Ergebnisse im Verlauf beurteilt werden.

Das Fallbeispiel ersetzt nicht die Schulung durch qualifizierte Fachpersonen.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, September 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

ICDSC – Intensive Care Delirium Screening Checklist

Delir-Screening auf der Intensivstation bei nicht-beatmeten Patient:innen

Acht beobachtbare Kriterien – einfache Anwendung – regelmäßige Einschätzung



Was ist die ICDSC?

- Die ICDSC ist ein validiertes Beobachtungsinstrument zur Erkennung eines Delirs bei erwachsenen Intensivpatient:innen.
- Sie basiert auf 8 beobachtbaren Kriterien.
- Jedes Kriterium wird mit 0 (nicht vorhanden) oder 1 (vorhanden) bewertet.
- Der Gesamtwert beträgt 0 bis 8 Punkte.
- Ein ICDSC-Score von ≥ 4 Punkten weist auf ein mögliches Delir hin.
- Die Bewertung erfolgt auf Basis des Verhaltens in den letzten 24 Stunden.
- Die ICDSC kann auch bei nicht sprechfähigen Patient:innen angewendet werden.

1. Bewusstseinsveränderung



Frau Klein ist weniger wachsam und wirkt benommen.

0 = nicht vorhanden
1 = vorhanden

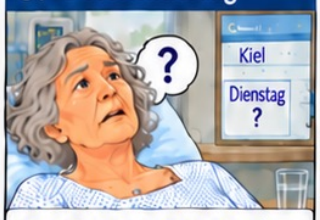
2. Unaufmerksamkeit



Frau Klein lässt sich leicht ablenken und kann ihre Aufmerksamkeit nicht halten.

0 = nicht vorhanden
1 = vorhanden

3. Desorientierung



Frau Klein ist zu Zeit, Ort oder Personen desorientiert.

0 = nicht vorhanden
1 = vorhanden

4. Halluzinationen/ Wahrnehmungsstörungen



Frau Klein berichtet, etwas zu sehen, das nicht da ist, oder wirkt, als würde sie etwas sehen.

0 = nicht vorhanden
1 = vorhanden

5. Psychomotorische Unruhe



Frau Klein ist unruhig, zappelt, zieht an der Sonde oder den Infusionsleitungen.

0 = nicht vorhanden
1 = vorhanden

6. Psychomotorische Verlangsamung



Frau Klein wirkt auffallend verlangsamt oder teilnahmslos.

0 = nicht vorhanden
1 = vorhanden

7. Unangemessenes Verhalten



Frau Klein versucht wiederholt, aufzustehen oder entfernt medizinische Hilfsmittel.

0 = nicht vorhanden
1 = vorhanden

8. Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung



Frau Klein ist nachts häufig wach und tagsüber schläfrig.

0 = nicht vorhanden
1 = vorhanden

Gesamtergebnis

ICDSC-Score (Frau Klein)

Kriterium	1	2	3	4	5	6	7	8
Punkte	1	1	1	1	1	1	1	1

Gesamt: 8 von 8 Punkten

Interpretation und weiteres Vorgehen

- ICDSC-Score ≥ 4 Punkte: mögliches Delir.
- Regelmäßige Wiederholung (mind. 1× pro Schicht).
- Bei positivem Screening: weiterführende Diagnostik, Ursachenklärung und Einleitung von Maßnahmen gemäß Leitlinien (z. B. ABCDEF-Bundle).
- Dokumentation und interprofessionelle Kommunikation.

Vorteile der ICDSC

- Einfach und schnell anzuwenden (ca. 1–2 Minuten).
- Ideal für den intensivmedizinischen Alltag.
- Auch bei nicht sprechfähigen Patient:innen einsetzbar.
- Hohe Validität und gute Anwendbarkeit.

Das Fallbeispiel ersetzt nicht die Schulung durch qualifizierte Fachpersonen.

Delir erkennen.
Früh handeln. Lebensqualität erhalten.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, September 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD)

Delir-Screening auf der pädiatrischen Intensivstation

Ein einfaches und validiertes Instrument zur Erkennung eines Delirs bei kritisch kranken Kindern (ab 0–21 Jahren)

Einführung



Was ist das CAPD?

- Das Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD) ist ein validiertes Instrument zur Erkennung eines Delirs bei Kindern und Jugendlichen auf Intensivstationen.
- Es umfasst 8 Verhaltensmerkmale, die über die letzten 8 Stunden beobachtet werden.
- Jedes Merkmal wird nach Häufigkeit mit 0 bis 4 Punkten bewertet.
- Bei den Items 1–4 gilt: Nie = 4, Selten = 3, Manchmal = 2, Oft = 1, Immer = 0.
- Bei den Items 5–8 gilt: Nie = 0, Selten = 1, Manchmal = 2, Oft = 3, Immer = 4.
- Der maximale Gesamtwert beträgt 32 Punkte.
- Ein CAPD-Score ≥ **9 Punkte** weist auf ein mögliches Delir hin.
- Das CAPD kann bei Kindern ab 0 bis 21 Jahren angewendet werden, auch bei nicht-sprechfähigen Kindern.

1. Blickkontakt



Lena nimmt nur selten Blickkontakt mit der Pflegefachfrau auf.

Nie = 4 | Selten = 3
Manchmal = 2 | Oft = 1 | Immer = 0

3

2. Zielgerichtete Handlungen



Lenas Handlungen wirken nur selten zielgerichtet.

Nie = 4 | Selten = 3
Manchmal = 2 | Oft = 1 | Immer = 0

3

3. Wahrnehmung der Umgebung



Lena nimmt ihre Umgebung nur manchmal wahr.

Nie = 4 | Selten = 3
Manchmal = 2 | Oft = 1 | Immer = 0

2

4. Bedürfnisse und Wünsche



Lena kommuniziert ihre Bedürfnisse und Wünsche nur selten verständlich.

Nie = 4 | Selten = 3
Manchmal = 2 | Oft = 1 | Immer = 0

3

5. Unruhe



Lena ist oft unruhig, zappelt und zieht an Schläuchen.

Nie = 0 | Selten = 1
Manchmal = 2 | Oft = 3 | Immer = 4

3

6. Nicht tröstbar



Lena lässt sich oft nur schwer trösten.

Nie = 0 | Selten = 1
Manchmal = 2 | Oft = 3 | Immer = 4

3

7. Hypoaktivität



Lena ist oft hypoaktiv und bewegt sich im Wachzustand sehr wenig.

Nie = 0 | Selten = 1
Manchmal = 2 | Oft = 3 | Immer = 4

3

8. Verzögerte Reaktion



Lena braucht oft lange, um auf Ansprache oder Interaktionen zu antworten.

Nie = 0 | Selten = 1
Manchmal = 2 | Oft = 3 | Immer = 4

3

Gesamtergebnis (Beispiel)

CAPD-Score (Lena): 23 von 32 Punkten

Ein CAPD-Score ≥ 9 Punkte weist auf ein mögliches Delir hin.

→ **Delirverdacht: weitere Abklärung und Maßnahmen gemäß Leitlinien.**

Wichtige Hinweise

- Die Einschätzung erfolgt anhand der Beobachtung des Verhaltens durch das pflegerische und therapeutische Team über einen Zeitraum von 8 Stunden.
- Das CAPD sollte regelmäßig (z. B. 1- bis 2-mal pro Schicht) angewendet werden.
- Das CAPD ersetzt keine ärztliche Diagnostik, unterstützt jedoch die frühe Erkennung eines Delirs.
- Das CAPD ist einfach, schnell und zuverlässig.

Kinder ernst nehmen. Delir erkennen. Gemeinsam handeln. ♥

Das Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD) ist ein validiertes Instrument und sollte im Rahmen der pflegerischen und ärztlichen Assessments regelmäßig angewendet werden.

Kurzbeleg: Dill et al. Monatsschr Kinderheilkd. 2016;164:308–317. doi:10.1007/s00112-016-0051-9.

Dieses Fallbeispiel ersetzt nicht die Schulung im Delir-Assessment durch qualifizierte Fachpersonen.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, September 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

SQiD – Single Question in Delirium

Ist der Patient verwirrter als sonst?

Eine einfache, validierte Frage zur frühzeitigen Erkennung eines Delirs bei älteren Patient:innen



Was ist die SQiD?

- Die SQiD (Single Question in Delirium) ist eine einzelne, gezielte Frage: „Ist der Patient verwirrter als sonst?"
- Die Frage wird an eine Person gestellt, die den Patienten gut kennt (z. B. Angehörige, Pflegepersonen, betreuende Personen).
- Eine Antwort „Ja" weist auf ein mögliches Delir hin.
- Die SQiD ist einfach, schnell und validiert – besonders geeignet für ältere Patient:innen, z. B. in der Geriatrie oder auf Normalstationen.
- Bei fehlender Bezugsperson kann die Einschätzung durch das Behandlungsteam (z. B. Pflegekräfte) erfolgen.

1. Die SQiD-Frage stellen



Stellen Sie die Frage an eine vertraute Bezugsperson, die den Patienten gut kennt und den üblichen Zustand einschätzen kann.

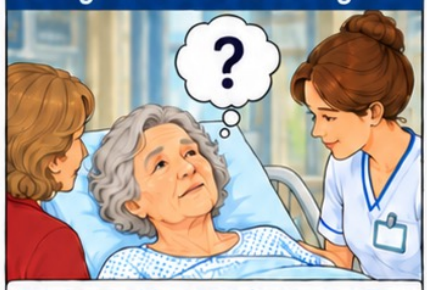
2. Antwort durch Bezugsperson



Die Bezugsperson gibt die Antwort auf Basis ihrer Kenntnis des üblichen Verhaltens.

Ja = mögliches Delir (positiver Test)
Nein = kein Hinweis auf ein Delir (negativer Test)

3. Ergebnis und weiteres Vorgehen



Bei einer positiven SQiD (Antwort „Ja"):

- Führen Sie eine weiterführende Delirdiagnostik durch (z. B. 4AT, CAM).
- Suchen Sie nach möglichen Ursachen.
- Leiten Sie geeignete Maßnahmen ein (z. B. nicht-medikamentöse Strategien, Ursachenbehandlung, engmaschiges Monitoring).

Wichtige Hinweise

- Die SQiD ersetzt keine ausführliche Delirdiagnostik.
- Die Frage sollte an eine Person gestellt werden, die den Patienten gut kennt.
- Eine positive SQiD sollte immer zu einer weiteren Abklärung führen.
- Die SQiD ist besonders hilfreich bei älteren Patient:innen und kann auch bei kognitiven Einschränkungen angewendet werden.
- Die SQiD ist in verschiedenen Settings (einschließlich Geriatrie und Normalstationen) validiert.

Auf einen Blick

SQiD – Kurzüberblick

Frage	Ist der Patient verwirrter als sonst?
Antwort	Ja / Nein
Hinweis auf Delir?	Ja = mögliches Delir Nein = kein Hinweis
Wer antwortet?	Vertraute Bezugsperson (z. B. Angehörige, Pflegepersonen) oder Behandlungsteam
Einsatzbereich	Geriatrie, Normalstation, Langzeitpflege
Vorteile	Einfach, schnell, validiert, praxistauglich

Gemeinsam aufmerksam sein



Veränderungen erkennen.
Delir frühzeitig handeln.
Lebensqualität erhalten.

Das Fallbeispiel ersetzt nicht die Schulung durch qualifizierte Fachpersonen.



Ältere Menschen stärken. Gemeinsam.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, September 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.

Delir-Management nach SOP

Fallbeispiel auf einer medizinischen Station

Herr Meier liegt mit einer Pneumonie auf einer medizinischen Station. Er ist plötzlich unruhig, unaufmerksam und ängstlich. Er sieht Spinnen, die nicht vorhanden sind. Pflegefachfrau Sofia Garcia handelt nach der SOP Delir-Management.



1. Delir überprüfen



Sofia überprüft Herrn Meier mit einem validierten Delir-Assessment.

Allgemeine Station: regelmäßig und bei akuten Veränderungen.

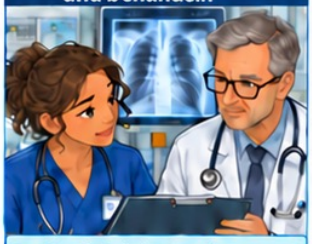
2. Delir erkennen



Akuter Beginn, fluktuierender Verlauf, Unaufmerksamkeit, Unruhe und visuelle Halluzinationen.

Delirverdacht – ärztlich zeitnah validieren.

3. Ursachen identifizieren und behandeln



Wahrscheinliche Ursache: Pneumonie

- Antibiose nach ärztlicher Verordnung
- Mobilisierung und Wohlbefinden optimieren
- Weitere Auslöser systematisch ausschließen

4. Beziehung aufbauen



Ruhig sprechen, Gefühle ernst nehmen, über Delir aufklären.

5. Pflege-/therapeutische Maßnahmen



- Früh und sicher mobilisieren
- Familie informieren und einbeziehen
- Wiederholt reorientieren
- Brille und Hörgerät anbieten
- Tag-Nacht-Rhythmus und Schlaf fördern

6. Symptombehandlung



- Nicht-pharmakologische Maßnahmen zuerst
- Pharmakologische Behandlung nur bei klarer Indikation und nach ärztlicher Anordnung
- Wirkung und Nebenwirkungen überprüfen

7. Sicherheit verbessern



- Gefährdungen und unnötige Zu-/Ableitungen minimieren
- Fixierung, Immobilisierung und traumatische Erlebnisse vermeiden
- Verlauf und Maßnahmen regelmäßig überprüfen

Ziel Ursache behandeln, Angst reduzieren, Orientierung fördern, Mobilität erhalten und Sicherheit gewährleisten.

Kurzbeleg: UKSH Pocketcard Delir-Management V2.1, Stand August 2024.

Dieses Fallbeispiel ersetzt nicht die Schulung im Delir-Assessment und Delir-Management durch qualifizierte Fachpersonen.

Erstellt durch: Dr. P. Nydahl UKSH, September 2026, Dieses One Minute Wonder wurde mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt. Die Auswahl der Quellen, die fachliche Prüfung der Inhalte sowie die finale Freigabe erfolgten durch die Autor:innen. Die Verantwortung für die Zusammenfassung, Interpretation und Darstellung der zugrunde liegenden Quellen liegt bei den Autor:innen.