



# Delir - medikamentöse Therapie

Medikamente können ein Delir weder verhindern noch verkürzen!



## allgemeine Informationen

- \_ Ursachenbehandlung steht im Vordergrund
- \_ nicht-medikamentöse Therapie immer bevorzugen
- \_ Symptomlinderung durch Medikamente ist möglich
- \_ Ausschleichen/Beendigung Medikation nach Symptomende
- \_ Achtung beim hypoaktiven Delir:  
sorgfältige Beurteilung bei nicht „sichtbaren“ Symptomen

## allgemeine pharmakologische Maßnahmen

- \_ individuelle Analgesie optimieren: schmerzreduzierende Begleitmaßnahmen und kontrollierte Schmerztherapie (PCA)
- \_ leichte, symptomorientierte Sedierung
- \_ wenn nicht-pharmakologische Maßnahmen nicht ausreichen, Neuroleptika bis zur optimalen Dosis langsam einschleichen
- \_ in Notfällen (Agitation, Eigen- und Fremdbedrohung) können kurzfristig höhere Dosen von Neuroleptika oder Benzodiazepinen notwendig werden



## medikamentöse Delirtherapie nach ärztlicher Anordnung

- \_ **psychotische Symptome/Halluzinationen:**  
Neuroleptika (Quetiapin, Risperidon, Haloperidol, Olanzapin)
- \_ **Schmerzen:**  
opioidebasierte Analgesie
- \_ **Störungen des Tag-/Nacht-Rhythmus, Schlafstörungen:**  
Melatonin, Pipamperon, Melperon
- \_ **Angst:**  
kurzwirksame Benzodiazepine niedrigdosiert (als Bolus)
- \_ **Agitation und vegetative Symptome:**  
Alpha-2-Agonisten (auf Intensivstation), ggf. Betablocker
- \_ **fluktuierende Symptomatik:**  
Medikamente mit kurzer kontextsensitiver Halbwertszeit

mehr Infos:



Quellen u.a.:

IQM Expertenkreis Delir (2022): Leitfaden Delir Version 1.0 (Stand 28.02.2022).

AWMF (2020): S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie) Vers. 5.0.

Marino, P. (2017): Das ICU-Buch. 5. Auflage.

© Referat Pflegeentwicklung und -wissenschaft mit J. Lameli (Pool), Stand: 02.2023

## Ergänzende Erläuterungen

Für die medikamentöse Therapie des Delirs fehlt noch belastbare Evidenz aus prospektiven klinischen Studien. Durch den Einsatz von Medikamenten kann ein Delir nicht vermieden oder verkürzt werden. Allerdings können Delirsymptome gelindert werden. Insofern können Medikamente als Bestandteil eines umfassenden Behandlungskonzeptes hilfreich und in Einzelfällen unverzichtbar sein.

Ziel sind wache, ansprechbare, angst- und stressfreie und an der Therapie mitarbeitende Patient:innen. Keine Therapieziele sind Übersedierung und Ruhigstellung. Ursachenbehandlung und nicht-medikamentöse Maßnahmen müssen priorisiert werden.

Eine medikamentös-antipsychotische Prophylaxe des Delirs wird nicht generell empfohlen, sondern lediglich für Hochrisikopatient:innen als optional genannt (S-3 Leitlinie) und sollte erst nach Ausschöpfung nicht-medikamentöser Maßnahmen erwogen werden.

Therapieziele bei mildem Delir:

- \_ Unterstützung des Tag-Nacht-Rhythmus
- \_ leichte Sedierung bei psychomotorischer Unruhe, Hyperaktivität ohne wesentliche Angst und ohne psychotisches Erleben
- \_ wenn vorhanden, Linderung milden psychotischen Erlebens (unbedingt erfragen, da auch bei hypoaktiven Delirien häufig)

Beendigung der Therapie:

- \_ Sobald keine Symptome mehr vorhanden sind medikamentöse Therapie ausschleichen und beenden.
- \_ CAVE: Bei gemischten Delirien mit wechselnden hyper- und hypoaktiven Phasen ist der Übergang in eine hypoaktive Phase keine Indikation für ein sofortiges Absetzen der antipsychotischen Medikation, da auch in hypoaktiven Phasen psychotische Symptome begünstigt werden können und zudem das erneute Umschlagen in eine hyperaktive Phase verhindert werden soll.

vor Entlassung:

- \_ eingesetzte Medikamente möglichst absetzen
- \_ bei Settingwechsel in z.B. Pflegeheim oder Rehaklinik überlappende Neuroleptikagabe für max. 2 Wochen
- \_ bei noch vorhandener Medikation ein Absetzschema mitgeben

bei chronischer psychischer Erkrankung:

- \_ Psychopharmaka, die im Rahmen einer chronischen schweren psychiatrischen Erkrankung längerfristig eingesetzt werden, dürfen nur nach Rücksprache mit Psychiater:in ausgeschlichen oder abgesetzt werden

Achtung:

Der RKH-weit gültige „Standard Delir - Früherkennung, Prävention und Management“ (vgl. internes Handbuch) ist eine Zusammenfassung des Leitfadens Delir der IQM für die praktische Anwendung. Dort werden u.a. auch wichtige Hinweise zur medikamentösen Therapie gegeben.

## Quellen:

DAS (2020): S3 - Leitlinie Analgesie, Sedierung, Delirmanagement in der Intensivmedizin.

IQM Expertenkreis Delir (2022): Leitfaden Delir Version 1.0 (Stand 28.02.2022).

Larsen, R. (2012): Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. 8. vollst. überarb. Auflage.

Marino, P. (2017). Das ICU-Buch. 5. Auflage.

Fotos: RKH Gesundheit, Fotograf Martin Stollberg und RPEW

Mitarbeitende: K. Damm (RPEW), J. Lameli (Pool), M. Rieger (RPEW), PD Dr. D. Kopf (BI GER/ED)