

Empfehlung zur Nutzung der S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“

(Kurzversion 1.1)¹ im IQM Netzwerk

Viele stationär behandelte Patientinnen und Patienten, insbesondere wenn sie zur Risikogruppe zählen, leiden während ihres Krankenhausaufenthalts an einem Delir. Das Delir ist eine akut eintretende Störung kognitiver Funktionen, die besonders häufig im Krankenhaus auftritt und oftmals als Komplikation den Verlauf zahlreicher Krankheitsbilder und das Outcome erheblich verschlechtert. Der Blick in die Ergebnisindikatoren G-/CH-IQI und Diagnosedokumentation legt jedoch nahe, dass ein Delir bisher möglicherweise zu selten erkannt bzw. bei Auftreten keine ausreichende Würdigung in der Abrechnungskodierung erhält. Je nach Behandlungssituation, Fachdisziplin, Alter und Konstitution der Patientinnen und Patienten tritt ein Delir laut Literatur bei bis zu 30 – 80 % aller Behandlungsfälle im höheren Lebensalter auf.² Damit ist das Delir wohl eine der häufigsten Komplikationen, die im Verlauf einer Krankenhausbehandlung auftreten kann.

IQM hat 2022 eine Delir-Awareness-Kampagne im Netzwerk gestartet, deren Herzstück der Leitfaden „Prävention – Diagnose – Therapie“ ist. Nach der Veröffentlichung der S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“ 2025 empfiehlt der IQM Expertenkreis Delir jetzt die Nutzung der Leitlinien-Kurzfassung.

Mit der Ablösung des bisherigen IQM Leitfadens durch die Kurzversion der S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“ bekennt sich die IQM zur konsequenten Anwendung der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz in der Patientensicherheit. Die neue Leitlinie rückt die Transsektoralität deutlich stärker in den Fokus. Akutkrankenhäuser agieren hierbei als entscheidendes Bindeglied: Delir-Management beginnt bei der Aufnahme, aber endet nicht mit der Entlassung, sondern erfordert einen effektiven Informationsfluss an alle nachfolgenden Sektoren, um die Prävention und Nachsorge (Tertiärprävention) sicherzustellen.

Für den Kontext der akutstationären Versorgung weisen wir auf folgende Schwerpunkte der Leitlinie von besonderer Relevanz hin:

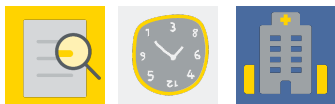
▪ **Strukturiertes Screening und Assessment:**

- **Zentrale Notaufnahme (ZNA):** Das Risiko-Screening sollte bereits hier pragmatisch erfolgen (Fokus auf Kognition, Frailty und Delir-Vorgeschichte). Zur Erkennung eines manifesten Delirs werden Instrumente wie der 4-AT oder der CAM empfohlen.
(vgl. insb. „S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter“, Kurzversion 1.1, S. 9-12)
- **Stationärer Bereich:** Im akutstationären Bereich empfiehlt die S3-Leitlinie ebenfalls ein pragmatisches Screening mit validierten Instrumenten. Für das chirurgische Setting wird die Relevanz des Risikoscreenings vor dem operativen Eingriff betont, das mindestens Kognition, Frailty, Multimorbidität, ASA-Score, Medikation, geplante OP-Dauer, Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine sowie Schmerzen als Risikofaktoren berücksichtigt.
(vgl. insb. „S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter“, Kurzversion 1.1, S. 11, S. 13-15)

- **Strukturierte Ursachensuche (Ätiologie):** In der akutstationären Versorgung ist das Delir oft multifaktoriell bedingt. Die Leitlinie fordert ein priorisiertes diagnostisches Vorgehen auf Facharztniveau, um behandelbare Auslöser wie Infektionen, metabolische Störungen oder Medikamenteneffekte schnell zu adressieren.
(vgl. insb. „S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter“, Kurzversion 1.1, S. 18-22)

¹ Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) und Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“, Kurzversion 1.1, 30.04.2025, verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/109-001>. Zugriff am (27.05.2026).

² Wilson JE, Mart MF, Cunningham C. et al. (2020): Delirium. Nat Rev Dis Primers 6, 90 (2020).
<https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4et>.



- **Priorisierung nicht-medikamentöser Multikomponenten-Programme:** Die Prävention und Therapie stützen sich primär auf Multikomponentenprogramme, die individuell auf die Patientinnen und Patienten zugeschnitten sind. Dazu gehören Reorientierung, Frühmobilisation, Schlafförderung und der Ausgleich sensorischer Defizite (Brille/Hörgerät etc.).
(vgl. insb. „S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter“, Kurzversion 1.1, S. 24-26 und 28-29)
- **Restriktiver Einsatz von Pharmakotherapie und Fixierung:** Eine medikamentöse Therapie sollte nur bei belastenden Symptomen (z. B. Wahn, Angst) nach Ausschöpfung nicht-medikamentöser Optionen erfolgen. Eine pauschale Anwendung von Antipsychotika oder Benzodiazepinen wird abgelehnt. Ebenso ist der Einsatz von Fixierungen zur Vermeidung weiterer Komplikationen konsequent zu minimieren.
(vgl. insb. „S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter“, Kurzversion 1.1, S. 31-33)
- **Interprofessionelle Schulung und Qualitätsmonitoring:** Ein effektives Delir-Management erfordert eine zentrale Implementierung im Krankenhaus, getragen durch regelmäßige Schulungen aller Berufsgruppen und ein kontinuierliches Monitoring der Screeningraten.
(vgl. insb. S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter“, Kurzversion 1.1, S. 27)
- **Transsektoraler Informationstransfer:** Um die Kontinuität der Prävention und Nachsorge über den stationären Aufenthalt hinaus zu gewährleisten, ist die Dokumentation des Delirs in Arztbriefen, Entlass- und Therapieberichten sowie Pflegeüberleitungsbögen unerlässlich.
(vgl. insb. „S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter“, Kurzversion 1.1, S. 35)

Wichtiger Hinweis zum Delir in der Intensivmedizin: Aus Sicht des IQM Expertenkreises ist zu berücksichtigen, dass die vorliegende S3-Leitlinie die Besonderheiten der Intensivmedizin nicht im Fokus hat, sondern den Schwerpunkt auf ältere Patientinnen und Patienten im gesamten Behandlungsverlauf legt. Die S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delir-Management in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie) bleibt der maßgebliche Standard für intensivmedizinische Settings. Sie befindet sich derzeit in Überarbeitung. Ebenso soll hier auf die S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen“ (Nr. 076-001) und auf die S3-Leitlinie Palliativmedizin (Nr. 128/001OL), die derzeit aktualisiert wird, sowie die S2e-Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalles (030-046) hingewiesen werden.

Durch die konsequente Anwendung dieser evidenzbasierten Empfehlungen tragen die IQM Mitgliedskrankenhäuser und -spitäler maßgeblich dazu bei, die Patientensicherheit zu erhöhen und langfristige Folgen des Delirs wie erhöhte Mortalität oder Pflegebedürftigkeit zu minimieren.

IQM Expertenkreis Delir

- Prof. Holger Holthusen (Knappschaft Kliniken GmbH)
- Prof. Hansjörg Bänzner (Klinikum Stuttgart)
- Daniela Dietrich (Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge)
- Dr. Jutta Ernst (Universitätsspital Zürich)
- PD Dr. Daniel Kopf (RKH Regionale Kliniken Holding und Services GmbH)
- PD Dr. Peter Nydahl (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)
- Dr. Juliane Spank (Klinikum Stuttgart)
- Prof. Henning Stolze (Malteser Fördekrankenhaus St. Katharina Standort Knuthstraße gGmbH)
- PD Dr. Christine Thomas (Klinikum Stuttgart)

Korrespondenzadresse:

Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

Geschäftsstelle

Alt-Moabit 104

10559 Berlin

info@initiative-qualitaetsmedizin.de