LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

PRAXISKATALOG · DELIR-ASSESSMENT

Delir-Assessment in der Langzeitpflege

Strukturierte Erfassung akuter Veränderungen, Delirzeichen und kognitiver Beeinträchtigungen.

4AT | CAM | DOS | DCQ

Für Pflege, Betreuung und Bildung

Digital ausfüllbare Fassung mit elektronischen Formularfeldern. Die enthaltenen Assessmentfassungen werden vollständig eingebunden; die jeweils dort angegebenen Rechte- und Nutzungshinweise gelten fort.

URHEBERRECHT UND NUTZUNG

© 2026 Tobias Münzenhofer | LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

Dieses Werk darf kostenfrei und unverändert genutzt, ausgedruckt und vollständig weitergegeben werden. Veränderungen oder Bearbeitungen, das Entnehmen, Austauschen oder Umordnen einzelner Seiten, die auszugsweise Weitergabe, das Entfernen von Urheber-, Marken- oder Quellenhinweisen sowie die Übernahme in eigene Publikationen oder kommerzielle Produkte sind ohne vorherige schriftliche Zustimmung nicht gestattet. Bei enthaltenen Fremdinstrumenten gelten deren jeweilige Rechte- und Nutzungshinweise zusätzlich und vorrangig.

Version 1.0 | Stand 22.08.2026

Delir erkennen - Verlauf und Ursachen zusammen denken

Delir ist durch akute Veränderung und häufig fluktuierenden Verlauf gekennzeichnet. Für die Pflegepraxis entscheidend sind der Vergleich mit dem bekannten Ausgangszustand, eine strukturierte Einschätzung und die zügige Ursachenabklärung.

1 WAHRNEHMEN

Akute oder fluktuierende Veränderung erkennen. Aufmerksamkeit, Wachheit, Orientierung, Wahrnehmung und Verhalten mit dem individuellen Ausgangszustand vergleichen.

2 SCREENEN

Bei Verdacht ein geeignetes Delirscreening einsetzen. Ergebnis als klinischen Hinweis verstehen - nicht als alleinige Diagnose oder Ausschluss eines Delirs.

3 ABKLÄREN & HANDELN

Mögliche Auslöser und Ursachen unverzüglich prüfen: z. B. Infekt, Schmerz, Dehydratation, Ausscheidung, Hypoxie, Medikamente, Sturz oder Umgebungswechsel.

4 VERLAUF BEOBACHTEN

Veränderungen über Stunden und Schichten dokumentieren, ärztlich bzw. interprofessionell rückmelden und die Wirkung eingeleiteter Maßnahmen erneut beurteilen.

Praxisgrundsatz

Ein unauffälliger Score schließt ein Delir bei deutlicher akuter oder fluktuierender Veränderung nicht sicher aus. Der klinische Verlauf und die Abweichung von der individuellen Baseline bleiben maßgeblich.

Akute Veränderung ernst nehmen

Ein neu aufgetretenes Delir bedarf einer zügigen medizinischen Ursachenabklärung; pflegerische Beobachtungen sind dafür zentral.

Fachliche Orientierung: S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“ (2025) und BAG/SGAP/SFGG (2019).

Tobias Münzenhofer | © 2026 LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®
info@lichtblicke-demenzstrategie.bayern | www.lichtblicke-demenzstrategie.bayern

Welches Instrument passt?

Die Auswahl richtet sich nach der Fragestellung. Die vier Instrumente ergänzen sich - sie messen nicht dasselbe.

Was soll in der konkreten Situation geklärt werden?

Schnelles Screening -> 4AT | Kernmerkmale -> CAM | Verlauf je Schicht -> DOS | Angaben von Bezugspersonen -> DCQ

SCHNELLES SCREENING

4AT

4 Items, ca. 2-3 Minuten. Erfasst Wachheit, Orientierung, Aufmerksamkeit sowie akute oder fluktuierende Veränderung. Ein Wert >= 4 spricht für ein mögliches Delir und erfordert klinische bzw. ärztliche Beurteilung.

4 Items · 0-12 · schnell

KERNMERKMALE

Confusion Assessment Method (CAM)

Strukturierte Einschätzung von akutem Beginn bzw. Fluktuation, Aufmerksamkeitsstörung, formaler Denkstörung und veränderter Bewusstseinslage. Grundlage sind Beobachtung, kurze Prüfung und Ausgangszustand.

1 + 2 + (3 oder 4)

VERLAUFSBEOBACHTUNG

Delirium Observation Screening Scale (DOS)

13 im Pflegealltag beobachtbare Merkmale je Schicht. Besonders geeignet zur strukturierten pflegerischen Verlaufsbeobachtung und als Warnsignal. Ab 3 Punkten ist das Screening auffällig; der Score ist keine Diagnose.

13 Items · je Schicht · >= 3 auffällig

BEZUGSPERSONEN-TRIAGE

Delirium Caregiver Questionnaire (DCQ)

Kurze fremdanamnestische Triage anhand der Angaben einer vertrauten Bezugsperson. Entwickelt in den Niederlanden für ältere ambulante Patient:innen mit kognitiver Beeinträchtigung; die Anwendung dauert etwa 2 Minuten. Nicht als eigenständige Diagnose oder sicherer Ausschluss eines Delirs verwenden.

7 Fragen · ca. 2 Min. · Bezugsperson

Bei Demenz und in der Langzeitpflege

Akuität, Fluktuation und der Vergleich mit dem individuellen Ausgangszustand haben besonderes Gewicht. Der DCQ ergänzt die direkte klinische Einschätzung durch Informationen von Angehörigen bzw. vertrauten Bezugspersonen. Bei klinischem Verdacht ist eine zügige Ursachenabklärung unabhängig vom Ergebnis jedes Screenings erforderlich.

Katalogaufbau

Die Instrumente sind im Anschluss vollständig und in ihrer bereitgestellten Fassung eingebunden.

Inhaltsverzeichnis

Orientierung: Delir erkennen - Verlauf und Ursachen zusammen denken 2

Orientierung: Welches Instrument passt? 3

Inhalt & Anwendung 4

4AT - Delirscreening 5

Confusion Assessment Method - CAM 8

Delirium Observation Screening Scale - DOS 11

Delirium Caregiver Questionnaire - Einordnung 14

Delirium Caregiver Questionnaire - Praxisgrafik 15

Digital ausfüllbar

Die elektronischen Formularfelder von 4AT, CAM und DOS bleiben erhalten. Feldnamen sind technisch getrennt; automatische Auswertungen und Formularfunktionen bleiben aktiv. Die ergänzende DCQ-Praxisgrafik ist statisch. Für die vollständige Formularfunktion empfiehlt sich Adobe Acrobat Reader; Browser-PDF-Anzeigen unterstützen JavaScript teilweise nur eingeschränkt.

Rechte und Status

Die in den Instrumenten selbst angegebenen Nutzungs-, Quellen- und Rechtehinweise gelten fort. Bei der CAM gelten die dort ausgewiesenen Einschränkungen bis zur abschließenden Rechteklärung. Der DCQ wurde in einer Open-Access-Publikation (CC BY) beschrieben; die eingebundene deutschsprachige Praxisgrafik ist keine validierte deutsche Originalfassung.

Pflegefachliche Nutzung

Ergebnisse nicht isoliert interpretieren. Akuität, Fluktuation, Ausgangszustand, mögliche Ursachen und Verlauf dokumentieren. Angaben von Angehörigen, Betreuung und anderen vertrauten Bezugspersonen können die Fremdanamnese sinnvoll ergänzen; die klinische Einordnung und die Entscheidung über dringende medizinische Abklärung bleiben Aufgabe qualifizierter Fachpersonen.

Hinweis zum DCQ

Der DCQ wurde für die telefonische Triage älterer ambulanter Patient:innen mit kognitiver Beeinträchtigung entwickelt. Niederländische Fachquellen übertragen ihn inzwischen auch auf die häusliche Versorgung und nennen ihn bei plötzlicher Veränderung im Pflegeheim. Die Evidenz hierfür ist begrenzt; ein negatives Ergebnis schließt ein Delir nicht sicher aus.

Fachliche Quellen: S3-Leitlinie Delir (2025); BAG/SGAP/SFGG (2019); Luijendijk et al. (2021); V&VN-Richtlijn Delier (2023).

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

VERSION 1.0

4AT - Delirscreening

4AT | 4 Items | ca. 2-3 Minuten | Delir und kognitive Einschränkung

KURZERKLÄRUNG UND MANUELLE AUSWERTUNG

Wofür dient der 4AT?

Der 4AT ist ein kurzes Screening zur schnellen Ersteinschätzung eines möglichen Delirs und einer kognitiven Einschränkung.
Er umfasst Wachheit, Orientierung, Aufmerksamkeit sowie akute oder fluktuierende Veränderungen.
Ein auffälliger 4AT-Wert ist keine Diagnose, sondern Anlass für eine zeitnahe klinische bzw. ärztliche Beurteilung.

So wird erhoben

1. Die Items 1-3 beziehen sich auf die Person zum Zeitpunkt der Untersuchung.
2. Item 4 erfordert Informationen zum Verlauf: deutliche Änderung oder Fluktuation innerhalb der letzten zwei Wochen und noch in den letzten 24 Stunden vorhanden.
3. Für jedes Item genau eine Antwort markieren. Es ist nichts vorausgewählt.
4. Die Punktwerte werden addiert. Der Gesamtscore liegt zwischen 0 und 12 Punkten.

Punkte auf Papier berechnen

0 Punkte

Delir oder schwere kognitive Beeinträchtigung unwahrscheinlich; bei klinischem Verdacht dennoch weiter prüfen.

1-3 Punkte

Mögliche kognitive Beeinträchtigung. Delir ist bei akuter Veränderung oder starkem Verdacht nicht sicher ausgeschlossen.

≥ 4 Punkte

Delir möglich - klinische/ärztliche Beurteilung und Ursachenabklärung veranlassen.

Besonders bei Demenz und in der Langzeitversorgung

Bei Menschen mit Demenz ist die Abweichung vom individuellen Ausgangszustand entscheidend. Eine besonders sorgfältige Fremdanamnese zu Akuität und Fluktuation ist erforderlich. Bei schwerer Demenz können die kognitiven Items 2 und 3 bereits durch die Grunderkrankung hohe Werte erzeugen; deshalb erhält Item 4 und die Verlaufsbeobachtung besonderes Gewicht. In der Langzeitversorgung empfiehlt die S3-Leitlinie ein risikoorientiertes Vorgehen mit aufmerksamer klinischer Beobachtung; anlassbezogen kann ein Delirscreening ergänzt werden.

Akute oder fluktuierende Verschlechterung immer ernst nehmen - unabhängig vom Gesamtscore.
Ein neu aufgetretenes Delir ist ein medizinischer Notfall und bedarf einer zügigen Ursachenabklärung!

Layout und digitale Formularumsetzung: Tobias Münzenhofer | copyright 2026 © LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®
lichtblicke-demenzstrategie.bayern

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

VERSION 1.0

4AT - Delirscreening

Test zur Bewertung von Delir und kognitiver Einschränkung

4AT - 4 ITEMS

Bewohner:in / Patient:in

Geburtsdatum

Datum

Uhrzeit

Einschätzende Person / Rolle

Bereich / Setting

Bewertung Keine Vorauswahl - jedes Item aktiv bewerten. Die Auswertung erfolgt automatisch mit der Eingabe. Punktwert steht rechts.

[1] Wachheit

Beobachten Sie die Person. Bei Schlaf durch Ansprache oder sanfte Berührung an der Schulter wecken.

- ☐ Normale Reaktion (komplett aufmerksam, nicht agitiert). **0**
- ☐ Weniger als 10 Sekunden schläfrig, dann normal. **0**
- ☐ Deutlich unnormale Reaktion. **4**

[2] Orientierung (AMT4)

Korrekte Nennung von Alter, Geburtsdatum, aktuellem Ort und aktuellem Kalenderjahr.

- ☐ Fehlerfrei. **0**
- ☐ 1 Fehler. **1**
- ☐ 2 oder mehr Fehler / nicht testbar. **2**

[3] Aufmerksamkeit

„Nennen Sie mir die Monate eines Jahres rückwärts, beginnend mit Dezember.“ Eine Hilfestellung zum Verständnis der Aufgabe ist erlaubt.

- ☐ Nennung von sieben oder mehr Monaten in korrekter Reihe. **0**
- ☐ Beginnt, erreicht aber nicht sieben Monate, keine Compliance. **1**
- ☐ Nicht durchführbar (sediert/fehlende Wachheit, Unwohlsein). **2**

[4] Akute oder fluktuierende Symptomatik

Deutliche Änderung oder wechselnde Symptome von Wachheit oder Wahrnehmung; Beginn innerhalb von zwei Wochen und in den letzten 24 Stunden noch vorhanden.

- ☐ Nein. **0**
- ☐ Ja. **4**

Auswertung

4AT-Gesamtscore / 12

Bitte alle 4 Items bewerten. Es ist keine Antwort vorausgewählt.

Beobachtungs-/Verlaufsnotiz

Layout und digitale Formularumsetzung: Tobias Münzenhofer | copyright 2026 © LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE® lichtblicke-demenzstrategie.bayern

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

VERSION 1.0

4AT - Delirscreening

Erläuterungen, Einordnung und pflegefachliche Prüfung

ERLÄUTERUNGEN UND WEITERES VORGEHEN

1. Wachheit

Eine deutlich veränderte Wachheit während der Untersuchung erhält 4 Punkte. Das umfasst ausgeprägte Schläfrigkeit ebenso wie deutliche Agitation/Hyperaktivität. Eine kurze Schläfrigkeit unter 10 Sekunden nach dem Wecken wird mit 0 Punkten bewertet.

2. Orientierung (AMT4)

Gefragt werden Alter, Geburtsdatum, Ort und aktuelles Jahr. Die offizielle deutsche Fassung wertet 0, 1 oder mindestens 2 Fehler. Der aktuelle 4AT User Guide stellt klar: Ist AMT4 wegen deutlich veränderter Wachheit oder fehlender sinnvoller Kommunikation nicht testbar, werden 2 Punkte vergeben.

3. Aufmerksamkeit

Die Monate werden rückwärts ab Dezember genannt. Sieben oder mehr korrekt aufeinanderfolgende Monate ergeben 0 Punkte. Beginnt die Person, erreicht aber keine sieben Monate, ergibt dies 1 Punkt; ist die Aufgabe nicht durchführbar, 2 Punkte.

4. Akut / fluktuierend

Dieses Item benötigt Verlaufsinformationen aus eigener Kenntnis, Pflegedokumentation, Angehörigen/Zugehörigen, Kolleg:innen oder ärztlichen Unterlagen. Eine deutliche akute Änderung oder Fluktuation innerhalb von zwei Wochen mit Hinweis in den letzten 24 Stunden ergibt 4 Punkte.

Einordnung des Ergebnisses

≥ 4 Punkte: Delir möglich - keine Diagnose. 1-3 Punkte: mögliche kognitive Beeinträchtigung. 0 Punkte: Delir oder schwere kognitive Beeinträchtigung unwahrscheinlich, aber nicht sicher ausgeschlossen. Bei klinischem Verdacht sind Verlauf und Gesamtbild maßgeblich.

Bei Demenz und in der Langzeitversorgung

Bei Demenz können Orientierung und Aufmerksamkeit bereits im Grundzustand beeinträchtigt sein. Entscheidend sind Akuität, Fluktuation und der Vergleich mit dem bekannten Ausgangszustand. Im akutstationären Setting empfiehlt die S3-Leitlinie bei Demenz 4AT oder CAM; in der Langzeitversorgung wird ein risikoorientiertes, anlassbezogenes Screening empfohlen.

Ergänzende pflegefachliche Prüfung - nicht Bestandteil des 4AT

- ☐ Akuter Beginn / deutliche Veränderung zum Ausgangszustand
- ☐ Aufmerksamkeit / Vigilanz verändert
- ☐ Infekt / Fieber / Hypoxie
- ☐ Harnverhalt / Obstipation / Ausscheidung
- ☐ Schlafmangel / Tag-Nacht-Rhythmus
- ☐ Immobilität / Umgebungswechsel / soziale Isolation
- ☐ Fluktuation innerhalb von Stunden / Schichten
- ☐ Schmerz oder andere körperliche Beschwerden
- ☐ Dehydratation / Elektrolyte / Blutzucker / Ernährung
- ☐ Medikationsänderung / Neben- oder Wechselwirkungen
- ☐ Seh- oder Hörbeeinträchtigung / fehlende Hilfsmittel
- ☐ Ärztliche bzw. interprofessionelle Rückmeldung erfolgt

Maßnahmen, ärztliche Rückmeldung und weiteres Vorgehen

Grundlage, Lizenz und Abgrenzung

Adapted from the 4AT © 2011-2014 Alasdair MacLullich, Tracy Ryan und Helen Cash. Licensed under CC BY 4.0: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/. Official and current version: www.the4at.com. Deutsche Fassung: T. Saller, 2015-2018, Version 1.3. Diese Version 1.0 wurde modifiziert. Änderungen: settingsensible Bezeichnungen, gekürzte Durchführungsdarstellung, Layout/Formularautomatik, Zusatzfelder und pflegefachliche Hinweise. Die publizierte Validierung des offiziellen 4AT ist nicht automatisch auf diese modifizierte Version 1.0 übertragbar. No warranty is given as to accuracy or fitness for purpose. Aktuelle Einordnung: DGGPP/DGG, S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“, Version 1.1, Stand 30.04.2025.

FORMULAR LEEREN | DRUCKEN S. 2-3

Layout und digitale Formularumsetzung: Tobias Münzenhofer | copyright 2026 © LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®
lichtblicke-demenzstrategie.bayern

CAM - Delirscreening

Kurzerklärung und manuelle Auswertung

KURZERKLÄRUNG UND MANUELLE AUSWERTUNG

Wofür dient die CAM?

Die **Confusion Assessment Method (CAM)** unterstützt dabei, die vier zentralen Merkmale eines möglichen Delirs strukturiert einzuschätzen. Sie eignet sich für Erwachsene mit und ohne bekannte Demenz. Das Ergebnis ist ein klinischer Hinweis und keine eigenständige Diagnose.

So wird erhoben

Grundlage sind **kurzes strukturiertes Gespräch und kognitive Prüfung**, klinische Beobachtung sowie Informationen zum bisherigen mentalen Ausgangszustand, etwa aus Übergabe, Dokumentation oder Fremdanamnese. Bei bekannter Demenz ist besonders die akute Veränderung gegenüber dem individuellen Ausgangsniveau entscheidend.

CAM-Algorithmus auf Papier

1	2	3 oder 4
Akuter Beginn oder fluktuierender Verlauf	Aufmerksamkeitsstörung	Denkstörung oder veränderte Bewusstseinslage

1 + 2 + (3 oder 4)

1 + 2 + (3 oder 4) = CAM-positiv

Wichtig bei Demenz und in der Langzeitpflege

Eine bestehende Demenz erklärt ein positives Merkmal nicht automatisch. Maßgeblich sind **Akuität, Fluktuation und die Abweichung vom persönlichen Ausgangszustand**. Ein CAM-negatives Ergebnis schließt ein Delir bei starkem klinischem Verdacht nicht sicher aus.

AKUTE VERÄNDERUNG ODER CAM-POSITIV: Ursachen unverzüglich medizinisch abklären.

Layout und digitale Formularumsetzung: Tobias Münzenhofer | copyright 2026 © LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

CAM - Delirscreening

Ausfüllbarer CAM-Formularbogen

CAM-KURZVERSION - 4 MERKMALE

NAME / BEWOHNER:IN / PATIENT:IN

GEBURTSDATUM

DATUM / UHRZEIT

EINSCHÄTZENDE PERSON

BEREICH / EINRICHTUNG

BEWERTUNG AUF GRUNDLAGE VON BEOBACHTUNG, KURZER PRÜFUNG UND AUSGANGSZUSTAND

1 Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf

a) Hinweise auf eine akute Veränderung gegenüber dem üblichen mentalen Ausgangszustand? ○ Nein ○ Ja

b) Fluktuierte das veränderte Verhalten im Tagesverlauf oder in den letzten 24 Stunden? ○ Nein ○ Ja

2 Aufmerksamkeitsstörung

War die Person leicht ablenkbar oder hatte sie Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit zu halten bzw. dem Gespräch zu folgen? ○ Nein ○ Ja

3 Formale Denkstörung

War der Gedankenablauf desorganisiert oder unlogisch, etwa mit belanglosen Äußerungen, unklarem Gedankenfluss oder Gedankensprüngen? ○ Nein ○ Ja

4 Veränderte Bewusstseinslage

Bewusstseinslage insgesamt:

○ Wach ○ Hyperalert ○ Somnolent ○ Soporös ○ Koma

Automatische CAM-Auswertung

Positiv bei **1 + 2 + (3 oder 4)**.

Bitte alle 4 Merkmale bewerten.

BEOBACHTUNGEN / INFORMATIONSQUELLEN / WEITERE HINWEISE

FORMULAR LEEREN

Layout und digitale Formularumsetzung: Tobias Münzenhofer | copyright 2026 © LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

CAM - Delirscreening

Erläuterungen und weiteres Vorgehen

ERLÄUTERUNGEN UND WEITERES VORGEHEN

1 Akuität und Fluktuation

Akut bedeutet eine erkennbare Veränderung gegenüber dem persönlichen mentalen Ausgangszustand. Fluktuation meint ein wechselndes Auftreten oder eine wechselnde Ausprägung im Tagesverlauf.

2 Aufmerksamkeit

Aufmerksamkeit kann im Gespräch, beim Befolgen von Anweisungen oder mit einer kurzen Aufgabe geprüft werden. Auffällig sind z. B. leichte Ablenkbarkeit oder fehlendes Durchhaltevermögen.

3 Formales Denken

Zu achten ist auf zusammenhanglose, unlogische oder schwer nachvollziehbare Äußerungen, unerwartete Gedankensprünge und Antworten, die nicht zur Frage passen.

4 Bewusstseinslage

Jede Abweichung vom normalen wachen und aufmerksamen Zustand ist positiv: hyperalert, somnolent, soporös oder nicht erweckbar. Die Ursache muss medizinisch geklärt werden.

Ergebnis einordnen

CAM-positiv: dringender Hinweis auf ein mögliches Delir – Ursachen unverzüglich abklären und geeignete Maßnahmen einleiten.
CAM-negativ: Ein Delir ist bei klinischem Verdacht nicht sicher ausgeschlossen; Verlauf beobachten und erneut einschätzen.

Bei Demenz und in der Langzeitpflege

Die individuelle Baseline ist zentral. Nutzen Sie möglichst Fremdanamnese, Übergabe und Dokumentation. Bei unklarem Verlauf ist eine wiederholte Einschätzung sinnvoll.

Ergänzende pflegerische Beobachtungen

nicht Bestandteil des CAM-Algorithmus

- ☐ Schmerz
- ☐ Infektzeichen
- ☐ Dehydratation
- ☐ Ausscheidung verändert
- ☐ Medikation verändert
- ☐ Schlaf-Wach-Rhythmus
- ☐ Mobilität verändert
- ☐ Sturz / Trauma
- ☐ Sinneshilfen fehlen
- ☐ Nahrungsaufnahme
- ☐ Unruhe / Rückzug
- ☐ Sonstige Veränderung

NOTIZEN / VEREINBARTE MASSNAHMEN

RECHTEHINWEIS

Confusion Assessment Method. Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. Not to be reproduced without permission. Permission granted by Hospital Elder Life Program, LLC, 2026.

FORMULAR LEEREN | SEITEN 2+3 DRUCKEN

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

VERSION 1.0

Delirium Observation Screening Scale (DOS)

DOS | 13 Items | Beobachtung im Pflegealltag | Bewertung je Schicht

KURZERKLÄRUNG UND MANUELLE AUSWERTUNG

Wofür dient die DOS?

Die DOS ist ein pflegerisches Beobachtungsscreening zur frühen Erkennung eines möglichen Delirs.
Sie erfasst 13 im Pflegealltag beobachtbare Verhaltensweisen und kann während der üblichen Pflege beobachtet werden. Ein auffälliger DOS-Wert ist keine Diagnose, sondern Anlass für eine zeitnahe klinische bzw. ärztliche Abklärung.

So wird erhoben

1. Die Beobachtung wird je Schicht vorgenommen; konkrete Veränderungen gegenüber dem individuellen Ausgangszustand beachten.
2. Für jedes Item genau eine Antwort markieren: „Nie“, „Manchmal - immer“ oder „Weiß nicht“.
   Es ist nichts vorausgewählt.
3. Die Items 3, 8 und 9 sind positiv formuliert und werden umgekehrt bewertet.
4. Bei Demenz sind Akuität und Fluktuation besonders wichtig: nicht den chronischen Grundzustand, sondern eine neue oder deutlich verstärkte Veränderung bewerten.

Bewertung je Item

Nie	Manchmal - immer	Weiß nicht
0 bzw. 1 Punkt je nach Item	**1 bzw. 0 Punkte** je nach Item	**keine Punktzuordnung** nicht als 0 werten

Punkte auf Papier berechnen

1. In jeder Zeile den Punktwert der markierten Antwort übernehmen. Die Items 3, 8 und 9 sind umgekehrt gepolt.
2. Alle Punktwerte addieren. Die Summe pro Schicht liegt zwischen 0 und 13 Punkten.
3. Ab 3 Punkten ist das Screening auffällig: Delir möglich - klinische/ärztliche Beurteilung und Ursachenabklärung veranlassen.
4. Unter 3 Punkten ist ein Delir bei akuter Veränderung oder starkem klinischem Verdacht nicht sicher ausgeschlossen. „Weiß nicht“ nicht als 0 interpretieren.

Besonders bei Demenz und in der Langzeitpflege

Bei Menschen mit Demenz können einzelne DOS-Merkmale bereits im Grundzustand vorhanden sein.

Entscheidend ist deshalb, ob Aufmerksamkeit, Orientierung, Verhalten oder Aktivität akut bzw. fluktuierend vom bekannten Ausgangszustand abweichen.

Die aktuelle S3-Leitlinie empfiehlt bei Menschen mit Demenz oder kognitiver Beeinträchtigung im akutstationären Setting für das Delirscreening 4AT oder CAM. In der Langzeitpflege soll bei Delirverdacht eine zügige, der medizinischen Situation angemessene ätiologische Diagnostik erfolgen. Die DOS eignet sich hier vor allem zur strukturierten pflegerischen Verlaufsbeobachtung und als Warnsignal.

Akute oder fluktuierende Verschlechterung immer unabhängig vom DOS-Gesamtscore ernst nehmen.

Layout und digitale Formularumsetzung: Tobias Münzenhofer | copyright 2026 © LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE® lichtblicke-demenzstrategie.bayern

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

VERSION 1.0

Delirium Observation Screening Scale (DOS)

DOS | 13 Items | Beobachtungsbogen je Schicht

BEOBACHTUNGSBOGEN - 13 ITEMS

Bewohner:in / Patient:in

Datum

Schicht / Beobachtung von-bis

Einschätzende Person / Rolle

Bereich / Setting

Bewertung Nie = je nach Item 0/1 Manchmal - immer = je nach Item 1/0 Weiß nicht = -

Keine Vorauswahl - jede Zeile aktiv bewerten. Punktwert steht in der jeweiligen Auswahlspalte.

Nr.	Beobachtbares Verhalten	Nie	Manchmal - immer	Weiß nicht
1	Nickt während des Gesprächs ein	○ 0	○ 1	○ -
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	○ 0	○ 1	○ -
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	○ 1	○ 0	○ -
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	○ 0	○ 1	○ -
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	○ 0	○ 1	○ -
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	○ 0	○ 1	○ -
7	Denkt irgendwo anders zu sein	○ 0	○ 1	○ -
8	Erkennt die Tageszeit	○ 1	○ 0	○ -
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	○ 1	○ 0	○ -
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	○ 0	○ 1	○ -
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw.	○ 0	○ 1	○ -
12	Reagiert unerwartet emotional	○ 0	○ 1	○ -
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	○ 0	○ 1	○ -

Auswertung

Summe pro Schicht / 13

Beurteilte Items 0 / 13

Weiß nicht 0

Einordnung Bitte alle Items bewerten.

Beobachtungsnotiz / auffällige Veränderung gegenüber dem Ausgangszustand

FORMULAR LEEREN

Layout und digitale Formularumsetzung: Tobias Münzenhofer | copyright 2026 © LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

Delirium Observation Screening Scale (DOS)

Erläuterungen, Einordnung und pflegefachliche Prüfung

ERLÄUTERUNGEN UND WEITERES VORGEHEN

Genauere Beschreibung / Beispiele zu ausgewählten DOS-Items

2. Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt
wenn die Person auf Geräusche oder Bewegungen reagiert, die keinen Bezug zu ihr haben und auf die normalerweise keine Reaktion zu erwarten wäre.

3. Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung
wenn die Person verbal oder nonverbal dem Gespräch oder der Handlung zu folgen scheint und die Aufmerksamkeit auch auf eine andere angesprochene Person wechseln kann.

6. Reagiert verlangsamt auf Aufträge
wenn das Handeln verzögert ist oder vor Beginn einer Handlung Momente von Stille bzw. Untätigkeit auftreten.

7. Denkt irgendwo anders zu sein
wenn die Person dies äußert oder es durch ihr Verhalten erkennbar ist.

8. Erkennt die Tageszeit
wenn die Person die aktuelle Tageszeit äußert oder sie durch ihr Verhalten erkennen lässt.

9. Erinnert sich an kürzliche Ereignisse
wenn sie z. B. angeben kann, ob Besuch da war oder was sie gegessen hat.

12. Reagiert unerwartet emotional
wenn die emotionale Heftigkeit nicht zum Anlass passt, z. B. plötzliches Weinen, starke Angst oder Wut ohne nachvollziehbaren Auslöser.

13. Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind
wenn die Person dies äußert oder entsprechend handelt, z. B. nicht vorhandene Dinge verschieben möchte oder auf nicht anwesende Personen/Tiere reagiert.

Einordnung des Ergebnisses

- ≥ 3 Punkte: auffälliges Screening - Delir möglich. Der Score stellt keine Diagnose dar.
- < 3 Punkte: Delir nicht sicher ausgeschlossen, wenn eine akute oder fluktuierende Veränderung vorliegt.
- Bei Demenz immer mit dem bekannten individuellen Ausgangszustand vergleichen. Ein auffälliger DOS-Wert kann durch chronische kognitive oder Verhaltenssymptome mitbedingt sein.
- Bei positivem Screening oder klinischem Verdacht: Ursachen unverzüglich prüfen und ärztlich/interprofessionell abklären.

Psychomotorische Verlangsamung - Ergänzung der Tirol-Kliniken-Fassung

Verlangsamte Ansprechbarkeit, wenige oder keine spontane Aktivität / Äußerung;
z. B. Reaktion verzögert und/oder Person nicht richtig erweckbar.
Separate Zusatzbeobachtung; nicht in den DOS-Summenscore einrechnen.

☐ **1 = V. a. Hypoaktivität**

nicht markiert = 0
normales Verhalten

Weitere pflegefachliche Prüfung (nicht Bestandteil der DOS)

- ☐ Akuter Beginn / deutliche Veränderung zum Ausgangszustand
- ☐ Aufmerksamkeit / Vigilanz verändert
- ☐ Infekt / Fieber / Hypoxie
- ☐ Harnverhalt / Obstipation / Ausscheidung
- ☐ Schlafmangel / Tag-Nacht-Rhythmus
- ☐ Immobilität / Umgebungswechsel / soziale Isolation
- ☐ Fluktuation innerhalb von Stunden / Schichten
- ☐ Schmerz oder andere körperliche Beschwerden
- ☐ Dehydratation / Elektrolyte / Blutzucker / Ernährung
- ☐ Medikationsänderung / Neben- oder Wechselwirkungen
- ☐ Seh- oder Hörbeeinträchtigung / fehlende Hilfsmittel
- ☐ Ärztliche bzw. interprofessionelle Rückmeldung erfolgt

Maßnahmen, ärztliche Rückmeldung und weiteres Vorgehen

Originalinstrument: Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA (2003), Delirium Observation Screening Scale. Deutsche Arbeitsunterlage / Quelle der Itemfassung: Dr.in Renate Groß, Univ.-Klinik für Psychiatrie II, A.ö. Landeskrankenhaus - Universitätskliniken Innsbruck, Tirol Kliniken GmbH (2017). Nutzungshinweis dort: "Die Nutzung der Unterlagen ist ausdrücklich erwünscht, jedoch unter Angabe der Quelle." Die 13 DOS-Items wurden inhaltlich nicht verändert. Die psychomotorische Verlangsamung ist eine separate Ergänzung der Tirol-Kliniken-Fassung und fließt nicht in den DOS-Summenscore ein. Layout, Formularfunktionen, automatische Berechnung und eigene pflegefachliche Hinweise: © 2026 Tobias Münzenhofer | LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®.

FORMULAR LEEREN | SEITEN 2+3 DRUCKEN

Layout und digitale Formularumsetzung: Tobias Münzenhofer | copyright 2026 © LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE® lichtblicke-demenzstrategie.bayern

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

EINORDNUNG · DELIR-ASSESSMENT

Delirium Caregiver Questionnaire (DCQ)

Angehörigen- und bezugspersonenbasierte Triage bei möglichem Delir

Ursprung und Ziel

Der DCQ wurde in den Niederlanden für die telefonische Triage älterer ambulanter Patient:innen mit kognitiver Beeinträchtigung entwickelt, die zur Demenz- bzw. kognitiven Abklärung an eine gerontopsychiatrische Ambulanz überwiesen wurden. Eine Pflegefachperson oder Ärztin bzw. ein Arzt erhob die sieben Fragen anhand der Angaben einer vertrauten Bezugsperson; die Durchführung dauerte etwa zwei Minuten.

Studienergebnis

73,5 % / 73,5 %

Sensitivität / Spezifität der finalen DCQ

Validierungskohorte: n = 234; 49 mit möglichem wahrscheinlichem Delir.

Übertragung in die Versorgung

Das UNO-UMCG verfolgt die Implementierung in der niederländischen wijkzorg für zuhause lebende vulnerable ältere Menschen. Die niederländische V&VN-Richtlinie nennt den DCQ in der häuslichen Versorgung und bei plötzlicher Veränderung auch als Option im Pflegeheim; die Evidenzsicherheit ist niedrig.

Einordnung für Pflege, Betreuung und ambulante Versorgung

Niederschwellig ist der DCQ dort besonders sinnvoll, wo eine vertraute Person Veränderungen gegenüber dem gewohnten Zustand beschreiben kann. Pflege, Betreuung, Angehörige und andere Bezugspersonen können relevante Beobachtungen zusammentragen. Die wissenschaftliche Prüfung erfolgte jedoch nicht als eigenständiges Instrument für Betreuungskräfte oder für die deutsche Langzeitpflege. Deshalb als strukturierte Fremdanamnese bzw. Triagehilfe verwenden - nicht als Diagnose. Bei akuter oder fluktuierender Veränderung bleibt die zeitnahe medizinische Ursachenabklärung entscheidend.

Wichtiger Hinweis zur nachfolgenden Praxisgrafik

Die eingebundene deutschsprachige Grafik ist eine praxisorientierte Adaption und keine validierte deutsche Originalfassung. Ein negativer Pfad darf nicht als sicherer Ausschluss eines Delirs verstanden werden. Die dort genannte 80-%-Angabe entspricht nicht der finalen Testgüte der Validierungsstudie; maßgeblich sind für die finale DCQ Sensitivität und Spezifität von jeweils 73,5 %.

Quelle: Luijendijk HJ et al. International Psychogeriatrics 2021;33(1):31-37. DOI 10.1017/S1041610219001595. Ergänzende Einordnung: UNO-UMCG; V&VN Richtlijn Delier 2023.

Tobias Münzenhofer | © 2026 LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®
info@lichtblicke-demenzstrategie.bayern | www.lichtblicke-demenzstrategie.bayern

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

© 2024 LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

Delireinschätzung delirium caregiver questionnaire = DCQ

Liegt eine Überweisung für eine dringende Abklärung vor?

- Ja → Risiko für ein Delir hoch. Es muss nicht weiter gefragt werden: Indikation für eine schnelle Abklärung gegeben
- Nein →

Können Sie eine dieser Fragen mit "Ja" beantworten?

- Verhält sich der Patient überwiegend anders als vor Beginn der Symptome?
- Hat sich seit Beginn der Symptome auch das Schlafverhalten des Patienten geändert?

- Nein → Kein Delir
- Ja →

Können Sie eine dieser Fragen mit "Ja" beantworten

- Sieht oder hört der Patient Dinge, die nicht vorhanden sind?
- Ist der Patient misstrauisch(er)?
- Hatte der Patient erst kürzlich einen Umgebungswechsel (Krankenhaus etc.)?
- Hat der Patient bereits früher ein Delir erlitten?

- Nein → Kein Delir
- Ja → Delir Wahrscheinlichkeit bei 80 % → Notaufnahme zur Delirabklärung erforderlich

Quelle: Luijendijk, H., Quispel-Aggenbach, D. et al. (2021). A short delirium caregiver questionnaire for triage of elderly outpatients with cognitive impairment: a development and test accuracy study. International Psychogeriatrics, 33(1), 31-37