LICHTBLICKE
DEMENZSTRATEGIE

PRAXISHILFE · FACHLICHE ORIENTIERUNG

# S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“

Was wird wie stark empfohlen?

S3-LEITLINIE | DELIR | LANGZEITPFLEGE

## Für Pflege, Betreuung und Bildung

Eine kompakte Auswahl der für Pflege und Langzeitversorgung besonders relevanten Leitlinienempfehlungen - mit Empfehlungsrichtung, Stärke und praktischer Einordnung. Kein Assessment oder Screening-Instrument. Leitlinienbezug: AWMF 109-001 · Version 1.1 · Stand 30.04.2025 · publiziert 01/2026 · gültig bis 29.04.2029.


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 1.1 | Layoutüberarbeitung 06.11.2026

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

# So lesen Sie die Empfehlungen

Stärke, Richtung, Evidenz und Konsens sind unterschiedliche Angaben.

| Kennzeichnung | Bedeutung in dieser Praxishilfe | Typische Wortwahl |
|---|---|---|
| **A ⇑⇑ / stark dafür** | starke positive Empfehlung | „Wir empfehlen …“ / soll |
| **B ⇑ / bedingt dafür** | bedingte positive Empfehlung | „Wir schlagen vor …“ / sollte |
| **A ⇓⇓ / stark dagegen** | starke negative Empfehlung | „Wir empfehlen … nicht“ / soll nicht |
| **B ⇓ / bedingt dagegen** | bedingte negative Empfehlung | „Wir schlagen vor … nicht“ / sollte nicht |
| **Statement** | keine Empfehlung; Evidenz reicht nicht aus | Aussage ohne Handlungsgrad |

### Expertenkonsens (EK)

Bei EK-Empfehlungen weist die Leitlinie keinen A-/B-Grad aus. Die Stärke wird hier aus der verbindlichen Wortwahl abgeleitet: „wir empfehlen“ = stark, „wir schlagen vor“ = bedingt. Die Prozentangabe zum Konsens beschreibt die Zustimmung des Leitliniengremiums - nicht die Qualität der Studienlage.

## Der Versorgungsweg der Leitlinie

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Risiko** | **Erkennen** | **Ursachen** | **Vorbeugen** | **Behandeln** | **Nachsorge** |
| PICO 1 | PICO 2 | PICO 3 | PICO 4 | PICO 5 | PICO 6 |

## Auswahlprinzip

Dargestellt werden Empfehlungen mit hoher Relevanz für Langzeitpflege, pflegerische Beobachtung, Prävention, interprofessionelle Zusammenarbeit und Überleitung. Empfehlungen zu Spezialdiagnostik, Operationen, Intensivmedizin oder konkreter Pharmakotherapie sind nicht vollständig abgebildet.

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

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

# Delirrisiko erkennen und sichtbar machen

In der Langzeitpflege ist der risikobasierte, anlassbezogene Ansatz zentral.

### Empfehlung 1.8

**EK · bedingt dafür**

Bei Aufnahme in eine Langzeitpflegeeinrichtung ein pragmatisches Delirrisikoscreening vorsehen; bei wesentlichen Veränderungen - etwa Immobilisierung, sozialer Isolation, Neuerkrankung oder Medikationsänderung - aktualisieren. Ein hohes Risiko soll gut sichtbar bewohnerbezogen dokumentiert werden.

Einordnung: bedingte Empfehlung, weil die Leitlinie „wir schlagen vor“ formuliert.

### Empfehlung 1.9

**EK · stark dafür**

Bei Demenz, kognitiver Beeinträchtigung und/oder Frailty von einem stark erhöhten Delirrisiko ausgehen. Weitere Risiken - insbesondere Multimorbidität, Polypharmazie, Immobilisierung und soziale Isolation - unter Einbezug von Pflegenden und An-/Zugehörigen erfassen.

### Empfehlung 1.2

**EK · stark dafür**

Das festgestellte Risiko an Betroffene, An-/Zugehörige und weiterbehandelnde Fachpersonen übermitteln, risikoadaptierte Prävention einleiten und Personen mit erhöhtem Risiko regelmäßig auf ein Delir screenen.

## Praktische Orientierung - ohne neues Assessment

### Geplante Zeitpunkte

- bei Einzug bzw. Aufnahme
- bei Rückkehr aus Krankenhaus oder Rehabilitation
- bei einer deutlichen Veränderung des Gesundheitszustands

### Typische Anlässe

- Infekt, Schmerz, Dehydratation oder Immobilität
- Medikation neu, abgesetzt oder umgestellt
- Ortswechsel, Isolation oder ungewohnte Belastung

### Kernaussage

Die Leitlinie fordert keinen bestimmten zusätzlichen Pflegebogen. Entscheidend sind ein verlässlicher Prozess, die Aktualisierung bei relevanten Veränderungen und die sichtbare Weitergabe eines hohen Risikos.

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

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

# Veränderungen erkennen - Befund bestätigen

Ein Screening weist auf ein mögliches Delir hin; es stellt nicht automatisch die Diagnose.

### Empfehlung 2.10

**EK · bedingt dafür**

Das Delirscreening in der Langzeitversorgung am individuellen Risiko ausrichten. Bei erhöhtem Risiko aufmerksam klinisch beobachten und diese Beobachtung bei Anlass durch ein Delirscreening-Instrument ergänzen - auch wenn es ursprünglich für ein anderes Setting entwickelt wurde.

### Empfehlung 2.2

**EK · stark dafür**

Vor dem Einsatz von Delirscreening-Instrumenten Schulung zu Delir/Delirmanagement und ein Anwendungstraining sicherstellen. Auch qualifizierten Mitarbeitenden sollen Delirschulungen mindestens jährlich angeboten werden.

### Empfehlung 2.3

**EK · stark dafür**

Nach positivem Delirscreening muss eine weiterführende Diagnostik durch in der Delirdiagnostik erfahrene Kliniker:innen folgen. Ein negatives Ergebnis soll bei fortbestehendem Risiko regelmäßig wiederholt werden.

### Empfehlung 3.3

**EK · stark dafür**

Bei Delirverdacht in der Langzeitpflege eine zügige, der medizinischen Situation angemessene Ursachendiagnostik veranlassen.

### Beobachtung ernst nehmen

Akuter Beginn, fluktuierender Verlauf, veränderte Aufmerksamkeit, neue Desorientierung, ungewöhnliche Unruhe oder auffällige Ruhe/Schläfrigkeit sind Warnzeichen. Auch ein hypoaktives Delir kann leicht übersehen werden.

## Abgrenzung zu vorhandenen Assessments

Die Einrichtung nutzt weiterhin die fachlich festgelegten und geschulten Instrumente. Diese Praxishilfe bewertet keine einzelnen Assessments, gibt keine Schwellenwerte vor und ersetzt weder ärztliche Diagnose noch Differentialdiagnostik.

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

# Ursachen zuerst - zeitnah und priorisiert

Ein Delir ist ein akutes neuropsychiatrisches Syndrom somatischer Ursache und häufig multifaktoriell.

### Empfehlung 3.1

**EK · stark dafür**

Bei neu aufgetretenem Delir strukturiert nach ätiologischen Faktoren suchen. Ursachensuche und ursächliche Behandlung sind vordringliche Schritte des Delirmanagements.

### Empfehlung 3.2

**EK · stark dafür**

Die ätiologische Diagnostik zielgerichtet und priorisiert auf Facharztniveau innerhalb eines Zeitfensters durchführen, das eine rechtzeitige Behandlung ermöglicht. Dabei typische Ursachen des jeweiligen Settings berücksichtigen.

### Empfehlung 5.1

**EK · stark dafür**

Die dem Delir zugrundeliegenden Ursachen und Auslöser gezielt behandeln.

## Was Pflege beobachten und weitergeben kann

### Beobachtungen

- Zeitpunkt, Dynamik und Fluktuation der Veränderung
- Vigilanz, Atmung, Kreislauf, Temperatur und Sauerstoffsättigung - soweit im Aufgabenbereich erhoben
- Schmerz, Trink-/Essverhalten, Ausscheidung, Mobilität

### Mögliche Zusammenhänge

- neue Medikation, Dosisänderung, Absetzen oder mögliche Entzugssituation
- Hinweise auf Infekt, Dehydratation, Harnverhalt, Obstipation oder Verletzung
- Ausgangszustand aus Fremdanamnese und Dokumentation

### Dringlichkeit

Bei akutem Bewusstseinsabfall, Atemnot/Hypoxie, fokal-neurologischen Zeichen, Krampfanfall, schwerer Kreislaufinstabilität, Kopfverletzung oder unmittelbarer Gefährdung ist eine sofortige medizinische Notfallabklärung erforderlich. Lokale Notfallstandards gelten.

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

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

# Prävention: mehrere Komponenten kombinieren

Die Leitlinie priorisiert individualisierte Maßnahmenbündel - nicht isolierte Einzelmaßnahmen.

### Empfehlung 4.23

**EK · stark dafür**

In der Langzeitversorgung Multikomponentenprogramme zur Delirprävention einsetzen und an die individuellen Bedarfe anpassen - zum Beispiel durch Schlafförderung und individualisierte Tagesaktivierung.

### Empfehlung 4.2

**EK · stark dafür**

Betroffene und An-/Zugehörige über Delirrisiko, Möglichkeiten der Delirvermeidung und eigene Einflussmöglichkeiten informieren - etwa Schlaf-Wach-Rhythmus, kognitive und soziale Aktivierung sowie Unterstützung bei der Reorientierung.

### Empfehlung 4.24

**B ⇓ · bedingt dagegen**

Eine Intervention zur Bilanzierung der Flüssigkeitszufuhr nicht als isolierte Maßnahme zur Delirprävention in der Langzeitpflege einsetzen.

Wichtig: Die Leitlinie rät nicht von ausreichender Flüssigkeitsversorgung ab. Sie rät davon ab, Bilanzierung allein als Präventionsprogramm zu behandeln.

## Bausteine eines individualisierten Bündels

### Orientierung

vertraute Ansprache, Uhr/Kalender, Tagesstruktur, Bezugspersonen

### Aktivierung

angepasste Mobilität, kognitive und soziale Anregung

### Schlaf

Rhythmus stabilisieren, nächtliche Störungen und Lärm reduzieren

### Sinne

Brille und Hörhilfen verfügbar, passend und funktionsfähig

### Grundbedürfnisse

Schmerz, Essen/Trinken, Ausscheidung und Wohlbefinden beachten

### Auslöser reduzieren

Medikation überprüfen lassen; unnötige Katheter und soziale Isolation vermeiden

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

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

# Therapie: Ursachen behandeln, nichtmedikamentös priorisieren

Für die Langzeitversorgung nennt die Leitlinie zwei spezielle bedingte Empfehlungen.

### Empfehlung 5.13

**B ⇑ · bedingt dafür**

Menschen mit Delir bei Demenz in der Langzeitversorgung individualisierte kognitive Aktivierung anbieten.

### Empfehlung 5.14

**B ⇑ · bedingt dafür**

Die Delirtherapie in der Langzeitversorgung durch Schulungs- und Trainingsangebote zum Delirmanagement für alle beteiligten Gesundheitsfachgruppen unterstützen.

### Empfehlung 5.3

**EK · stark dagegen**

Körpernahe freiheitsentziehende Maßnahmen („Fixierung“) vermeiden.

### Empfehlung 5.8

**EK · stark dagegen**

Benzodiazepine nicht zur Therapie des nicht-substanzbedingten Delirs einsetzen, da sie das Delir verstärken und/oder verlängern können.

## Medikamente: klare Begrenzung

### Empfehlung 5.5

**EK · stark**

Im akutstationären Setting Pharmakotherapie nur bei belastenden Symptomen und unter definierten Voraussetzungen - nach fehlender/unzureichender nichtmedikamentöser Wirkung oder im psychiatrischen Notfall.

### Empfehlung 5.6

**A ⇓⇓**

Antipsychotika bei älteren akutstationär behandelten Menschen nicht pauschal zur Delirtherapie einsetzen. Die Empfehlung gilt nicht als allgemeines Dosierungs- oder Verordnungsschema für die Langzeitpflege.

### Sicherheit

Medikamentöse Entscheidungen sind ärztliche Einzelfallentscheidungen. Diese Praxishilfe enthält bewusst keine Wirkstoff- oder Dosierungstabellen. Das substanz- bzw. entzugsbedingte Delir folgt anderen Leitlinien.

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

LICHTBLICKE DEMENZSTRATEGIE

# Nachsorge und Übergänge

Ein überstandenes Delir bleibt für die weitere Versorgung relevant.

### Empfehlung 6.1

**EK · stark dafür**

Bei Menschen über 65 Jahren mit Delir in der Vorgeschichte mögliche Delirfolgen diagnostisch abklären und bei Bedarf behandeln.

### Empfehlung 6.2

**EK · stark dafür**

Einen wirksamen transsektoralen Informationstransfer sicherstellen.

Weiterzugeben sind insbesondere

- **individuelle Risiken,**
- **Ursachen und Auslöser,**
- **das Auftreten eines Delirs**
- **sowie der aktuelle kognitive und körperliche Status.**

### Empfehlung 6.3

**EK · stark dafür**

Zur Tertiärprävention individualisierte kognitive, soziale und motorische Aktivierung einsetzen.

Die schnelle Übersicht der Kernempfehlungen sowie Quelle und fachlicher Hinweis folgen auf Seite 9.

# Kernempfehlungen für die Langzeitpflege

Auf einen Blick: Nummer, Kurzaussage, Basis und Stärke.

| Nr. | Kurzaussage | Basis | Stärke |
|---|---|---|---|
| **1.8** | Risiko bei Aufnahme/Veränderung aktualisieren | EK | bedingt dafür |
| **1.9** | Demenz/kognitive Störung/Frailty = stark erhöhtes Risiko | EK | stark dafür |
| **2.2** | Schulung vor Anwendung; jährlich anbieten | EK | stark dafür |
| **2.10** | Screening risikobasiert; aufmerksam beobachten | EK | bedingt dafür |
| **3.3** | Bei Verdacht zügige Ursachendiagnostik | EK | stark dafür |
| **4.23** | Individualisiertes Multikomponentenprogramm | EK | stark dafür |
| **4.24** | Flüssigkeitsbilanz nicht als isolierte Prävention | B ⇓ | bedingt dagegen |
| **5.3** | Körpernahe freiheitsentziehende Maßnahmen vermeiden | EK | stark dagegen |
| **5.13** | Bei Delir + Demenz kognitive Aktivierung | B ⇑ | bedingt dafür |
| **5.14** | Berufsgruppenübergreifend schulen/trainieren | B ⇑ | bedingt dafür |
| **6.1** | Mögliche Delirfolgen abklären und behandeln | EK | stark dafür |
| **6.2** | Risiken, Verlauf und Status weitergeben | EK | stark dafür |
| **6.3** | Kognitive, soziale und motorische Aktivierung | EK | stark dafür |

## Quelle und fachlicher Hinweis

Grundlage: 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, AWMF-Registernummer 109-001. Abruf: 19.08.2026. Vollständige Empfehlungstexte, Evidenztabellen, Begründungen und Sonderfälle stehen in Kurz- und Langversion der Leitlinie.

### AWMF-Leitlinienseite 109-001

Diese Auswahl ist redaktionell gekürzt und praxisorientiert paraphrasiert. Bei Abweichungen gilt die Originalleitlinie. Die Praxishilfe ersetzt keine ärztliche Beurteilung, keinen lokalen Standard und keine einrichtungsbezogene Verfahrensanweisung.

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