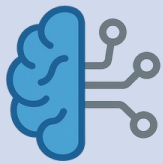


**Fieber. Halluzinationen.
Herzrasen. Verwirrtheit.**

**Das ist kein
psychiatrischer Notfall.**

**Das ist ein
intensivmedizinischer.**





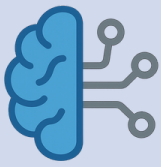
Warum Delir tremens so gefährlich ist

F10.4 ist die lebensbedrohlichste Komplikation des Alkoholentzugs.

- Entsteht 48–72 Stunden nach letztem Konsum
- Vegetative Entgleisung kann rasch eskalieren
- Wird auf Normalstation oft zu lange beobachtet
- Mortalität ohne Behandlung signifikant erhöht

Merke: Delir tremens ist kein „schwererer Entzug“ – es ist ein anderes Krankheitsbild.





Der häufigste Denkfehler

„Wir beobachten erst mal – er ist ja noch stabil.“ – Falsch.

Delir tremens entgleist schnell:

- Temperatur steigt → Hyperthermie
- Puls steigt → Tachykardie bis Arrhythmie
- Bewusstsein trübt → keine Kooperation mehr
- Krampf → Atemkompromittierung

Merke: Wer auf Verschlechterung wartet, verpasst das Behandlungsfenster.





Klinische Einordnung

Drei Kriterien definieren das Delir tremens:

1. Bewusstseinstrübung + Desorientiertheit
2. Vegetative Entgleisung (Fieber, Tachykardie, Schwitzen, Hypertonie)
3. Halluzinationen – optisch, taktil, akustisch

Beginn typischerweise 48–72 h nach letztem Alkoholkonsum.

Dauer: 3–5 Tage, bei schwerem Verlauf länger.





Differentialdiagnosen

- Alkoholentzugssyndrom ohne Delir (F10.3): keine Bewusstseinsbeeinträchtigung
- Delir anderer Ursache (F05): Infektion, Medikamente, Metabolismus
- Wernicke-Enzephalopathie: Ataxie, Okulomotorik, Verwirrtheit
- Sepsis: immer ausschließen bei Fieber

Merke: Wernicke + Delir tremens = häufige Kombination. Beide behandeln.





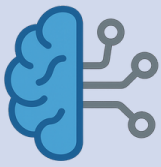
Diagnostik

Sofortmaßnahmen bei Verdacht:

- Vitalzeichen engmaschig: Puls, RR, Temperatur, SpO₂
- CIWA-Ar: Score ≥ 20 = schweres Delir, Intensiv erwägen
- Labor: BZ, Elektrolyte, BB, Kreatinin, Leberwerte, CK
- EKG: Arrhythmie ausschließen

Merke: CIWA-Ar ≥ 20 ist keine Zahl – es ist eine Verlegungsentscheidung.





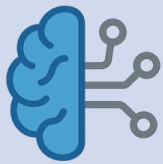
Therapie

Vier Schritte. Sofort. Gleichzeitig.

1. Thiamin 300 mg – vor jeder Glukosegabe
2. Diazepam i.v. – hochdosiert, symptomorientiert
3. Intensivstation – kein Delir tremens auf Normalstation
4. Monitoring: Vitalzeichen, CIWA, BZ, Elektrolyte kontinuierlich

Merke: Diazepam i.v. – nicht oral. Nicht abwarten.





Klinischer Fall

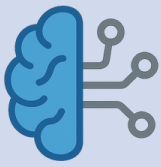
58-jähriger Patient. Aufnahme wegen Stürzen, Tag 1 unauffällig.

Tag 2, 22:00 Uhr: Fieber 38,9°, Puls 128, sieht „Spinnen an der Wand“.

CIWA-Ar: 24 Punkte. Thiamin nicht gegeben. Diazepam oral angeordnet.
03:00 Uhr: Krampf, Verlegung Intensiv.

Einordnung: Delir tremens F10.4 – zu spät erkannt, zu spät verlegt.





Die häufigsten Fehler

- ✗ Delir tremens auf Normalstation „beobachten“
- ✗ Diazepam oral statt i.v. bei schwerem Verlauf
- ✗ Thiamin nicht gegeben – Wernicke übersehen
- ✗ CIWA-Ar nicht erhoben oder ignoriert
- ✗ Verlegung auf Intensiv zu spät entschieden





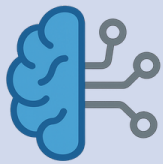
Take Home + Checkliste

- ✓ Delir tremens = Intensivstation, nicht Psychiatrie
- ✓ CIWA-Ar ≥ 20 → Verlegung aktiv entscheiden
- ✓ Thiamin 300 mg vor jeder Glukosegabe
- ✓ Diazepam – symptomorientiert, nicht nach Schema F
- ✓ Wernicke-Enzephalopathie immer mitdenken

Speichere diese Checkliste. Teile sie mit deinem Team.

Quellen: S3-LL Alkoholbezogene Störungen (AWMF 076-001), ICD-10 F10.4, WHO ICD-11 6C40.4





Deine Dokumentation

Vereinfacht. Rechtssicher. Effizient.

Moderne Lösung für psychiatrische
Dokumentation

- ✓ Zeitersparnis im klinischen Alltag
- ✓ ICD-10 konforme Textbausteine
- ✓ Rechtssichere Formulierungen
- ✓ Speziell für Assistenzärzte entwickelt

Psychiatrie Digital

www.psychiatrie-digital.com