



Universität
Basel

Delir: Begleitende Materialien und Aufgaben

Dr. Wolfgang Hasemann, Basel 2020

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Einführung

- Inhaltsverzeichnis
- Dr. Wolfgang Hasemann, Phd, RN
- Zur Navigation

Kapitel 2: Erinnerung an ein Delir

- **Aufgabe 1:** Erinnerung an ein Delir
- **Aufgabe 2:** Ein Ehepaar beschreibt seine Erlebnisse während eines sechswöchigen Delirs
- **Aufgabe 3:** Frau Swoboda beschreibt ihre Erlebnisse während der Delirien ihres Ehemanns
- **Aufgabe 4:** Angehörige

Kapitel 3: Symptome von Delirien

- Symptome von Delirien
- **Aufgabe 5:** Bewusstseinsstörung (Aufmerksamkeitsstörung)
- **Aufgabe 6:** Bewusstseinsstörung der Awareness (Orientierungsstörung)
- **Aufgabe 7:** Bewusstseinsstörung des Arousals (Störung der Wachheit)
- Bewusstseinsstörung des Arousals (Störung der Wachheit)
- **Aufgabe 8:** Kognitionsstörungen: Gedächtnis
Inhaltliche Denkstörungen: Wahn

Kapitel 4: Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien

- **Aufgabe 9:** Diagnostik von Delirien
- Delir Diagnose nach Diagnostischen und Statistischen Manuals

- Psychischer Störungen (DSM-5)
- Klassische Symptome des Delirs
gemäss CAM-Kriterien
- **Aufgabe 10:** Delirsymptome

Kapitel 5: Nichtentzugs-Delir

- **Aufgabe 11:** Kreuzen Sie an, welches Aspekte ein Delirrisiko darstellen
- Mnemonics (Merksätze)
- Pathophysiologie des Nichtentzugs-Delirs

Kapitel 6: Alkohol-Entzugsdelir

- **Aufgabe 12:** Ihr persönlicher Alkoholkonsum
- Lebensjahre Verlust infolge regelm. Alkoholkonsum
- Pathophysiologie des Alkoholentzuges
- Evaluation Symptome Alkohol-Entzug: CIWA-Ar
Addiction Research Foundation Clinical Institute Withdrawal
Assessment for Alcohol
- CIWA-AR Bewertung

Kapitel 7: Umgang mit Betroffenen im Delir

- **Aufgabe 13:** Stellen Sie sich vor, Sie wären im Delir:

Dr. Wolfgang Hasemann, Phd, RN

- 1984 - 2003: 19 Jahre pflegerische Erfahrung im
neurologisch/neurochirurgischen Akut- und Reha- Setting
- 2000 - 2003: Bachelor/Master Inst. f. Pflegewissenschaft Basel
- 2007 - 2013: PhD Studium Glasgow Caledonian University
- Seit 2004: Leiter Basler Demenz-Delir Programm
- Seit 2012: Board Member European Delirium Association
Pflegerischer Delirkonsildienst Unispital Basel
Interprofessioneller akutgeriatrischer Konsildienst

Zur Navigation

Links: Links auf die Artikel sind schwarz unterstrichen

Beispiele

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5363350>
- <https://doi.org/10.1002/pon.4140>
- Chester, J. G., Beth Harrington, M., Rudolph, J. L., & Group, V. A. D. W. (2012). Serial administration of a modified Richmond Agitation and Sedation Scale for delirium screening. *Journal of Hospital Medicine*, 7(5), 450-453. doi: <https://dx.doi.org/10.1002%2Fjhm.1003>

Delir

Kapitel 1: Einführung

Dr. Wolfgang Hasemann, Basel 2020

Aufgabe 1:

Erinnerung an ein Delir

- A. Bitte notieren Sie sich auf einem Blatt, welche Erfahrungen sie gemacht haben hinsichtlich des Erinnerens von Menschen in einem Delir.

- B. Schätzen Sie, wie häufig sich Menschen an ein Delir erinnern können: sind es 10 %, ein Drittel, oder etwa die Hälfte der Betroffenen?

Aufgabe 2:

Ein Ehepaar beschreibt seine Erlebnisse während eines sechswöchigen Delirs

Bitte hören Sie sich die Aussagen des Ehepaars an. Zentral sind die Aussagen in den Minuten 10-12.

1. Was berichtet der Patient?
2. Wie geht die Ehefrau mit dem Delir ihres Mannes um?

Link zur Aufgabe:

<https://www.srf.ch/play/radio/kontext/audio/anatomie-des-deliriums?id=1ead8e72-f2f8-49a8-8aa9-cd62bf3a7411>

Aufgabe 3:

Frau Swoboda beschreibt ihre Erlebnisse während der Delirien ihres Ehemanns

Bitte schauen Sie sich die Videosequenz über Frau Swobodas Erlebnisse während der Delirien ihres Ehemanns an.

1. Was beschreibt die Ehefrau?
2. Welche Bedürfnisse äussert die Ehefrau?

Link: Sendung „Puls“ des Schweizer Fernsehens SRF2

Verwirrt im Spital – Ein Delir gehört richtig behandelt (Minuten 3:00 – 5:00)

<https://www.srf.ch/news/panorama/verwirrte-spitalpatienten-delir-das-unterschaetzte-phaenomen>

Aufgabe 4: **Angehörige**

- A. Wie erklären Sie Angehörigen, dass ihr Familienmitglied ein Delir entwickelt hat?
- B. Was empfehlen Sie Angehörigen, was sie tun können, um ihr Familienmitglied in dieser Phase zu unterstützen?

Lesen Sie hierzu die Angehörigen Broschüre des Universitätsspital Basel:

https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Ressorts/Entw_Gesundheitsberufe/Abteilungen/Projekte/Praxisentwicklung/Basler_Demenz/Flyer_Delir_neu.pdf



Universität
Basel

Delir

Kapitel 2: Erinnerung an ein Delir

Dr. Wolfgang Hasemann, Basel 2020

Symptome von Delirien

Bewusstseinsstörungen	Kognitionsstörungen	Verlauf	Psychotische Symptome	Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen	Exekutivfunktionen	Psycho-motorik	Emotionale Veränderungen
Aufmerksamkeitsstörung	Gedächtnisstörungen	Akuter Beginn (Stunden bis 2 Wochen)	Formale Denkstörung (unlogisch, sprunghaft)	Einschlafstörungen	ATL↓ von einem Tag auf den anderen	Psychomotorische Verlangsamung (Lethargie)	Depressive Verstimmung
Awarenessstörung (Orientierung zur Umgebung)	Sprachstörungen	Persistierender Verlauf (Tage bis 6 Monate)	Inhaltliche Denkstörung (wahnhaft)	Durchschlafstörungen	Autonomie↓ in Körper-pflege, Ernährung	Psychomotorische Unruhe	Aggression
Arousal—störung (Wachheitsstörung)	Perzeptiv-motorische Veränd.	Fluktuationen im Tagesverlauf	Illusion / Halluzination	Tag-Nacht-Umkehr	Inkontinenz	(Nesteln, Umher-laufen, ständiger Bewegungsdrang)	Euphorie
Somnolenz, Apathie bis hyperalert agitiert)	Desorientierung		Psycho-motorische Unruhe		Handeln, Planen		Reizbarkeit

Aufgabe 5:

Bewusstseinsstörung (Aufmerksamkeitsstörung)

- A. Beschreiben Sie, woran Sie erkennen, dass ein Mensch an einer Aufmerksamkeitsstörung leidet

- B. Womit würden sie formal eine Aufmerksamkeitsstörung testen wollen

Aufgabe 6: **Bewusstseinsstörung der Awareness** **(Orientierungsstörung)**

- A. Beschreiben Sie, woran Sie erkennen, dass ein Mensch an einer Orientierungsstörung leidet
- B. Womit würden sie formal eine Orientierungsstörung testen wollen?

Aufgabe 7:

Bewusstseinsstörung des Arousal (Störung der Wachheit)

- A. Beschreiben Sie, woran Sie erkennen, dass ein Mensch an eine Störung der Wachheit (Vigilanz) hat.
- B. Womit würden sie formal die Vigilanz testen wollen?

Bewusstseinsstörung des Arousals (Störung der Wachheit)

Modifizierte Richmond Agitation and Sedation Scale (mRASS) (Chester 2012)

Den Patienten laut und deutlich mit dem Namen ansprechen und anweisen, die Augen zu öffnen und den Sprechenden anzusehen. Fragen Sie den Patienten: „Wie geht es Ihnen heute“

Wenn er eine kurze Antwort gibt (kürzer als 10 Sekunden), dann eine weitere offene Fragen stellen

Kommt keine verbale Antwort, dann den Patienten körperlich Stimulieren bei Rütteln an der Schulter

Score	Bezeichnung	Beobachtetes Patientenverhalten
+4	Handgreiflich/aggressiv	Keine Aufmerksamkeit, offen aggressiv oder gewalttätig, unmittelbare Gefahr für das Personal
+3	Sehr agitiert	Sehr ablenkbar, wiederholte Ansprache oder Berührung notwendig um Blickkontakt oder Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten. Kann nicht fokussieren. Zieht an Schläuchen und Kathetern oder entfernt diese, oder zeigt aggressives Verhalten gegenüber der Umgebung, nicht jedoch gegenüber dem Personen
+2	Agitiert	Leicht ablenkbar, verliert schnell die Aufmerksamkeit. Wehrt sich gegen die Betreuung oder ist unkooperativ. Häufige ungezielte Bewegungen
+1	Ruhelos	Kaum ablenkbar, ist die meiste Zeit aufmerksam, Angstlich oder besorgt, aber kooperativ. Bewegungen jedoch nicht aggressiv oder heftig
0	Wach und ruhig	Ist aufmerksam, hält Blickkontakt, ist sich der Umgebung bewusst, reagiert prompt und adäquat auf Ansprache oder Berührung
-1	wacht mühelos auf	Etwas schläfrig, Blickkontakt länger als 10 Sekunden, nicht ganz wach, aber anhaltendes Erwachen, Augenöffnen und Blickkontakt länger als zehn Sekunden
-2	wacht langsam auf	Sehr schläfrig, ist zeitweise aufmerksam, wacht auf Ansprache kurz mit Blickkontakt auf (kürzer als zehn Sekunden)
-3	schwer erweckbar	Wiederholte Ansprache oder Berührung erforderlich um Blickkontakt oder Aufmerksamkeit zu erzielen, benötigt wiederholte Stimuli (Ansprache oder Berührung) für Aufmerksamkeit Bewegung, Augenöffnung (kein Blickkontakt)
-4	Bleibt nicht wach	Erweckbar ohne Aufmerksamkeit, keine Reaktion auf Ansprache, aber Augenöffnen auf körperliche Stimulation
-5	Nicht weckbar	Keinerlei Reaktion, weder auf Ansprache, noch auf auf körperlicher Stimulation

Chester, J. G., Beth Harrington, M., Rudolph, J. L., & Group, V. A. D. W. (2012). Serial administration of a modified Richmond Agitation and Sedation Scale for delirium screening. *Journal of Hospital Medicine*, 7(5), 450-453. doi:

<https://dx.doi.org/10.1002%2Fjhm.1003>

Modifizierte Übersetzung durch Wolfgang

Hasemann August 2018 von: Barandun Schafer, U., Massarotto, P., Lehmann, A., Wehrmuller, C., Spirig, R., & Marsch, S. (2009). Übersetzungsverfahren eines klinischen Assessmentinstrumentes am Beispiel der Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *Pflege*, 22(1), 7-17. doi:

<https://doi.org/10.1024/1012-5302.22.1.7>

Aufgabe 8:

Kognitionsstörungen: Gedächtnis

Beschreiben Sie, an welchen Verhaltensauffälligkeiten Sie Gedächtnisstörungen erkennen

Inhaltliche Denkstörungen: Wahn

Wahn entsteht auf dem Boden einer allgemeinen Veränderung des Erlebens und imponiert als Fehlbeurteilung der Realität, die mit apriorischer Evidenz (erfahrungsunabhängiger Gewissheit) auftritt und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird, auch wenn sie im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Erfahrung der gesunden Mitmenschen sowie zu ihrem kollektiven Meinen und Glauben steht. Der Patient hat im Allgemeinen nicht das Bedürfnis nach einer Begründung seiner wahnhaften Meinung, ihre Richtigkeit ist ihm unmittelbar evident. Wahn gibt es bei verschiedenen psychischen Störungen, er ist nicht spezifisch für die Schizophrenie.

39. Beziehungswahn (S)

Definition

Wahnhaftes Beziehen von Ereignissen auf die eigene Person.

40. Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn (S)

Definition

Der Patient erlebt sich als Ziel von Feindseligkeiten. Er wähnt sich bedroht, gekränkt, beleidigt, verspottet oder verhöhnt; er weiss, dass man nach seinem Hab und Gut, nach seiner Gesundheit oder gar nach seinem Leben trachtet.

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. (2007). *Das AMDP-System Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (8., überarbeitete Auflage ed.)*. Göttingen: Hogrefe: <https://www.hogrefe.de/shop/das-amdp-system-87371.html>.

Delir

Kapitel 3: Symptome von Delirien

Dr. Wolfgang Hasemann, Basel 2020

Aufgabe 9:

Diagnostik von Delirien

Überlegen Sie, welche Symptome das Vorhandenseins eines Delirs definieren und notieren Sie diese auf einem Blatt?

Delir Diagnose nach Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5)

- A. Eine Störung der **Aufmerksamkeit** (d. h. verminderte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einzelne Stimuli zu richten, zu fokussieren, aufrechtzuerhalten und gezielt zu wechseln) und des **Bewusstseins** (verminderte Orientierung in der Umgebung).
- B. Das Störungsbild entwickelt sich innerhalb eines **kurzen Zeitraums** (gewöhnlich innerhalb weniger Stunden oder Tage), stellt eine Veränderung des ursprünglichen Aufmerksamkeits- und Bewusstseinszustands dar und der Schweregrad **fluktuiert** meist im Tagesverlauf.
- C. Eine zusätzliche Beeinträchtigung **kognitiver Funktionen** (z. B. Beeinträchtigung des Gedächtnisses, Desorientiertheit, Störungen des Sprachgebrauchs, **der visuell- räumlichen Fähigkeiten** oder der **Wahrnehmung**).
- D. Die Störungsbilder aus den Kriterien A und C können **nicht besser** durch eine andere, vorbestehende, gesicherte oder sich entwickelnde **NCD** erklärt werden, und sie treten **nicht im Kontext** einer stark reduzierten bzw. fehlenden Wachheit, wie dem **Koma**, auf.
- E. Es gibt Hinweise aus der Vorgeschichte, körperlichen Untersuchung oder Laboruntersuchungen darauf, dass das Störungsbild die direkte körperliche Folge eines **medizinischen Krankheitsfaktors**, einer **Substanzintoxikation** oder eines **Substanzentzugs** ist (z. B. durch Substanzen mit Missbrauchspotenzial oder durch die Einnahme eines Medikaments) oder Folge der Exposition gegenüber einem **Toxin** oder durch multiple Ätiologien verursacht ist.

Falkai, P., & American Psychiatric Association. (2015). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen : DSM-5® (5. Fassung ed.). Göttingen: Hogrefe.
https://sfx.metabib.ch/sfx_basel?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rft_id=info:sid/sfxit.com:azbook&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=3780000000099183&rft.object_portfolio_id=&svc.fulltext=yes.

Klassische Symptome des Delirs gemäss CAM-Kriterien

1a) Akute Veränderung im mentalen Status des Patienten

und/oder

1b) Fluktuierender Verlauf

Und

2) Aufmerksamkeitsstörung

und

3) Formale Denkstörung

oder

4) Veränderte Bewusstseinslage

Delir möglich

[1a **oder** 1b] und 2 und [3 oder 4]

Delir sicher

[1a **und** 1b] und 2 und [3 oder 4]

CAM = Confusion Assessment Method

Inouye, (1990). doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941>

Hasemann. (2007). *Pflege*, 20(4), 191-204. doi: <https://doi.org/10.1024/1012-5302.20.4.191>

Aufgabe 10:

Delirsymptome

Schauen Sie sich das Video von David nach dem Zahnarztbesuch an. Beschreiben Sie die Symptome

<https://youtu.be/DwffeDRVd-8>

Delir

Kapitel 4: Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien

Dr. Wolfgang Hasemann, Basel 2020

Aufgabe 11:

Kreuzen Sie an, welches Aspekte ein Delirrisiko darstellen

- Alter
- Anticholinerge Medikamente
- Blasenkatheter
- Dehydratation
- Drogen- und Alkoholabhängigkeit
- Elektrolytstörungen
- Erhöhte Durchlässigkeit Blut- Hirn-Schranke
- Fixierung (FBM)
- Fraktur
- Geringes Serumalbumin
- HIV/AIDS
- Hörschwäche
- Hypothermie/Fieber
- Hypoxämie
- Immobilität
- Infektionen (HWI)
- Neue Umgebung
- Nikotinentzug
- Notfalleintritt
- Operationsdauer
- Organversagen
- Polypharmazie
- Psychoaktive Medikamente
- Reizüberflutung
- Schlechter Ernährungsstatus
- Schwere der Begleiterkrankungen
- Sehschwäche
- Soziale Isolation
- Stress
- Unkontrollierte Schmerzen
- Verbrennungen
- Vorangegangenes Delir
- Vorbestehende dementielle Entwicklung
- ZNS Erkrankung (M. Parkinson)

Mnemonics (Merksätze)

PINCH ME

P: Pain

IN: INfection

C: Constipation

H: deHydration

M: Medication

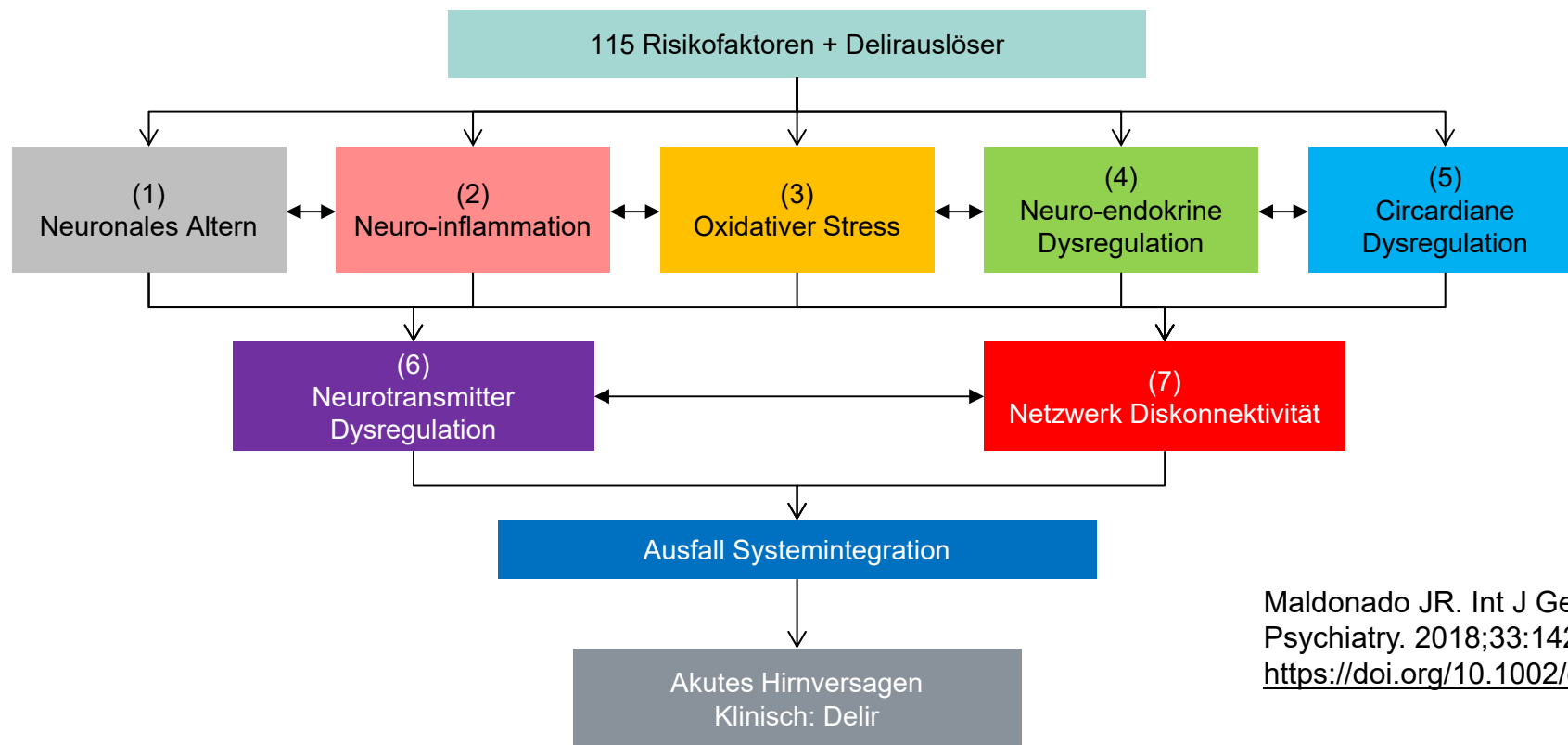
E: Environment

Pryor, Clarke. (2017)]. *Nurs Older People*, 29(3), 18-21. doi: [10.7748/nop.2017.e887](https://doi.org/10.7748/nop.2017.e887)

I	Infection
W	Withdrawal, z. B. Alkohol-oder Opiatentzug (auch medikamentös)
A	Acute metabolic, z. B. Azidose bei Nierenversagen, Ketoazidose, Hypernatriämie bei Diabetes insipidus usw.
T	Trauma
C	CNS-pathology, z. B. im Rahmen akuter epileptischer Entladungen, Hirndruck usw.
H	Hypoxia, z. B. im Rahmen eines postoperativen Oxygenierungsversagens
D	Deficiencies, z.B. Vitamin B12- oder Thiaminmangel
E	Endocrinopathies, vor allem BZ-Entgleisungen
A	Acute vascular, z. B. Schlaganfall
T	Toxic, drugs
H	Heavy metal, z. B. sonstige Vergiftungen

Litmathe. (2018). *Neuro-Kardiologie. Herz und Hirn in der klinischen Praxis*. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-57644-1>

Pathophysiologie des Nichtentzugs-Delirs



Maldonado JR. Int J Geriatr Psychiatry. 2018;33:1428-1457. <https://doi.org/10.1002/gps.4823>

Delir: pharmakologische Therapie

DD *Delirium tremens* bei Alkohol-, Benzoentzug

Indikation: starke psychomotorische Unruhe (Selbst- oder Fremdgefährdung)
Medikamentenapplikation wenn möglich p.o., bis zum gewünschten Effekt hochtitrieren

❑ **Neuroleptika:**

Quetiapin (Seroquel®): 12,5** – 25 mg p.o. 2x/d, ggf. wiederholen
falls 5 mg Kps vorhanden dann alternativ 1-2 Kps 2-3x/d möglich
NW: QT-Verlängerung, extrapyramidale Symptomatik (↓ als bei Haloperidol)

Haloperidol (Haldol®): 0,5 - 5 mg p.o. → maximale Wirkung nach 3-6h, mittlere Wirkdauer 24h
bei fehlender Wirkung, initiale Dosis verdoppeln
Erhaltungsdosis: 2-4x/d mit 1/3 der wirksamen Bolusdosis
alternativ i.m. Gabe (nicht bei Antikoagulation oder Gerinnungsstörungen)
i.v. Gabe* nur falls sofortiger Wirkungseintritt unabdingbar: 1-2 mg-weise
NW: extrapyramidale Symptomatik (v.a. bei >3mg/d), Atemdepression,
QT-Verlängerung (v.a. bei i.v.-Applikation)
KI: M. Parkinson, Lewykörper Demenz, malignes neuroleptisches Syndrom

Risperidon (Risperdal®): 0,5 mg p.o. 2x/d
NW: QT-Verlängerung, extrapyramidale Symptomatik (↓ als bei Haloperidol)
KI: M. Parkinson, Lewykörper Demenz

Olanzapin (Zyprexa®): 2,5 - 5 mg p.o. 1x/d
NW: QT-Verlängerung, extrapyramidale Symptomatik (↓ als bei Haloperidol)

❑ Falls kein Ansprechen auf Neuroleptika oder Neuroleptika kontraindiziert:

Lorazepam (Temesta®): 0,5-1mg p.o. 2-3x/d; CAVE: Übersedation, paradoxe Reaktion

Wernicke Prophylaxe nicht vergessen

*Die i.v. Gabe von Haldol ist vom Hersteller nicht mehr zugelassen (QT Verlängerung, Torsade de Pointes). Bei Eigen- oder Fremdgefährdung oder antikoagulierten Patienten, bei denen eine i.v. Gabe *unabdingbar* ist, empfiehlt sich eine begründende Dokumentation und Monitorisierung, 12 Kanal EKGs zur Dokumentation der QT Zeit, Verzicht auf andere Medikamente welche die QT Zeit verlängern. Abbruch der Therapie bei QT>500ms.

**Seroquel 12.5mg offlabel, da Tabletten ohne Bruchrille

2014/10



Universität
Basel

Delir

Kapitel 5: Nichtentzugs-Delir

Dr. Wolfgang Hasemann, Basel 2020

Aufgabe 12:

Ihr persönlicher Alkoholkonsum

Rechnen Sie zusammen, wieviel Alkohol Sie pro Woche trinken

3 dl Bier = 10g reiner Alkohol

1 dl Wein = 10 g reiner Alkohol

1. Auf wieviel Gramm reinen Alkohol kommen Sie pro Woche?
2. Was schätzen Sie, welchen Einfluss Ihr Alkoholkonsum auf Ihre Lebenserwartung hat?

Lebensjahre Verlust infolge regelm. Alkoholkonsum

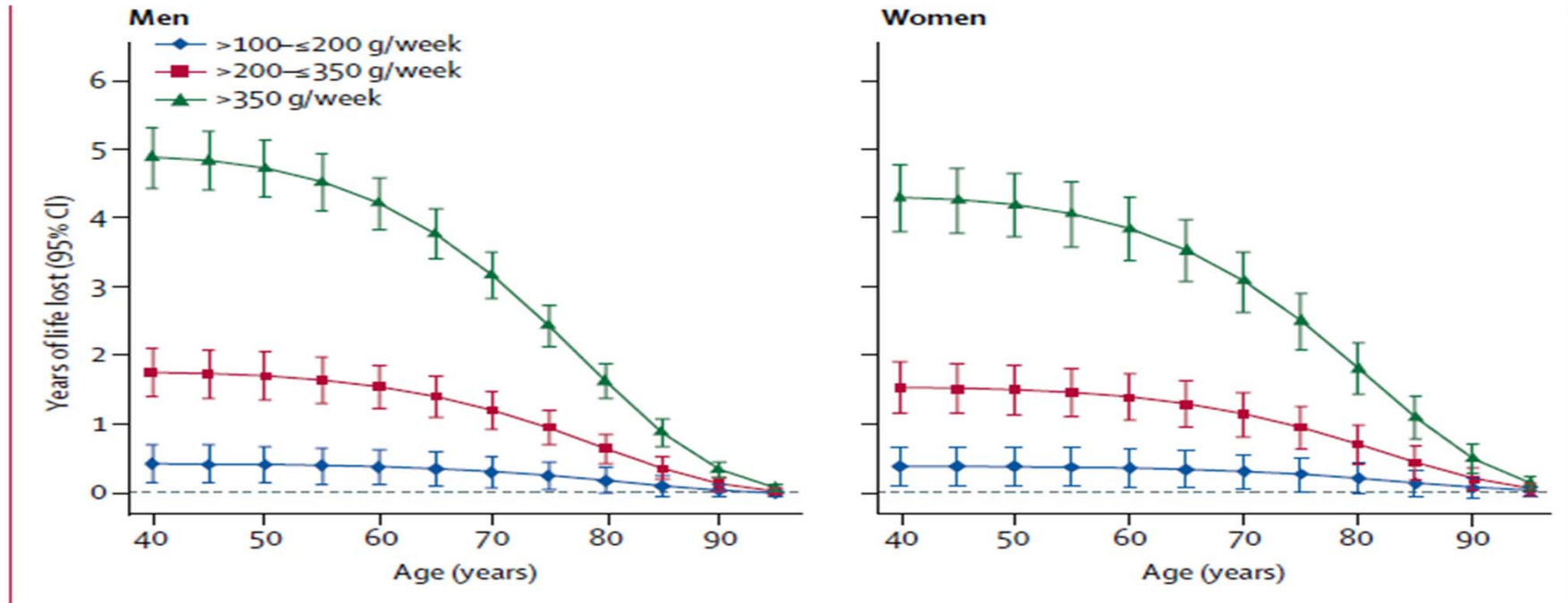
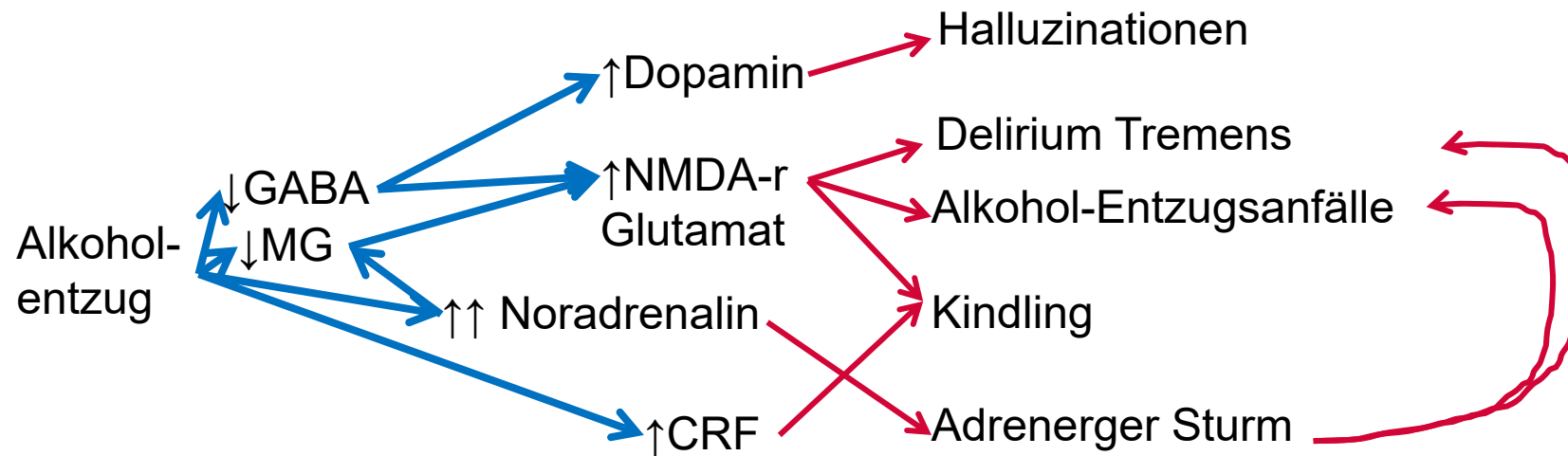


Figure 4: Estimated future years of life lost by extent of reported baseline alcohol consumption compared with those who reported consuming >0-≤100 g per week

In comparison to those who reported drinking >0-≤100 g per week, those who reported drinking >100-≤200 g per week, >200-≤350 g per week, or >350 g per week had lower life expectancy at age 40 years of approximately 6 months, 1-2 years, or 4-5 years, respectively.

Wood. (2018). *Lancet*, 391(10129), 1513-1523 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X)

Pathophysiologie des Alkoholentzuges



CRF = corticotropin-releasing factor; DA = dopamine; GABA = gamma-aminobutyric acid; GLU = glutamate; Mg = magnesium; noradrenaline or norepinephrine; NMDA-r = N-methyl-D-aspartate receptor

Maldonado. (2017). *Crit Care Clin*, 33(3), 559-599
<https://doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.012>

Alkoholentzug: Assessment und symptomatische Therapie nach CIWA

AA	Patient mit regelmässigem Alkoholkonsum tritt elektiv ein oder wird notfallmässig stationär aufgenommen. Genauere Alkoholanamnese + Risikoeinschätzung durchführen
----	--

≥ 25g/d (Männer) oder ≥ 12 g/d (Frauen): Riskanter/schädlicher Alkoholkonsum

AA	<u>Wernicke-Enzephalopathie-Prophylaxe</u>
----	--

AA	Ist eine Alkoholkarenz indiziert?
----	--

Substitutionstherapie: Patient über Alkoholverbot informieren										
AA	<table border="1"> <tr> <td>Fixmedikation verordnen</td> <td> Riskanter Alkoholkonsum: Männer: 25-80g Alkohol/d Frauen: 12-60g Alkohol/d Schädlicher Alkoholkonsum: Männer: ≥ 80 g Alkohol/d Frauen: ≥ 60 g Alkohol/d </td> <td> Temesta 0.5 mg p.o. 4x/d Temesta 1.0 mg p.o. 4x/d </td> </tr> <tr> <td>Reservemedikation verordnen</td> <td colspan="2"> • «Temesta nach <u>CIWA-AR Score</u>», d.h. Falls <u>CIWA-AR</u> ≥ 8: Temesta 1 mg po max. stündlich, bis 6x/d, dann Info Arzt • Bei Halluzinationen: zusätzlich Haldol 1mg (10 Trnf.) p.o. 3x/d </td> </tr> <tr> <td>Zusatztherapie Delirium Tremens</td> <td colspan="2"> Falls <u>CIWA-AR</u> ≥ 15 und Halluzinationen und Desorientierung: Catapresan 75-150 µg p.o. erwägen </td> </tr> </table>	Fixmedikation verordnen	Riskanter Alkoholkonsum: Männer: 25-80g Alkohol/d Frauen: 12-60g Alkohol/d Schädlicher Alkoholkonsum: Männer: ≥ 80 g Alkohol/d Frauen: ≥ 60 g Alkohol/d	Temesta 0.5 mg p.o. 4x/d Temesta 1.0 mg p.o. 4x/d	Reservemedikation verordnen	• «Temesta nach <u>CIWA-AR Score</u> », d.h. Falls <u>CIWA-AR</u> ≥ 8: Temesta 1 mg po max. stündlich, bis 6x/d, dann Info Arzt • Bei Halluzinationen: zusätzlich Haldol 1mg (10 Trnf.) p.o. 3x/d		Zusatztherapie Delirium Tremens	Falls <u>CIWA-AR</u> ≥ 15 und Halluzinationen und Desorientierung: Catapresan 75-150 µg p.o. erwägen	
	Fixmedikation verordnen	Riskanter Alkoholkonsum: Männer: 25-80g Alkohol/d Frauen: 12-60g Alkohol/d Schädlicher Alkoholkonsum: Männer: ≥ 80 g Alkohol/d Frauen: ≥ 60 g Alkohol/d	Temesta 0.5 mg p.o. 4x/d Temesta 1.0 mg p.o. 4x/d							
	Reservemedikation verordnen	• «Temesta nach <u>CIWA-AR Score</u> », d.h. Falls <u>CIWA-AR</u> ≥ 8: Temesta 1 mg po max. stündlich, bis 6x/d, dann Info Arzt • Bei Halluzinationen: zusätzlich Haldol 1mg (10 Trnf.) p.o. 3x/d								
Zusatztherapie Delirium Tremens	Falls <u>CIWA-AR</u> ≥ 15 und Halluzinationen und Desorientierung: Catapresan 75-150 µg p.o. erwägen									

Pfl	Assessment	Bei Patienten mit Verordnung «Temesta nach <u>CIWA-AR Score</u> »: <u>CIWA-AR</u> , HF, BD, SpO2, AF 1x/Schicht und bei Hinweisen auf Alkoholentzug
-----	------------	---

Pfl	Intervention	Falls <u>CIWA-AR</u> ≥ 8: Reservemedikation (s.o.) verabreichen bis 6x/d, dann Info Arzt. Falls <u>CIWA-AR</u> ≥ 15: zusätzlich Arztinfo
-----	--------------	---

Pfl	Evaluation	1h nach Verabreichen der Reservemedikation: <u>CIWA-AR</u> , HF, BD, SpO2, AF
-----	------------	---

1 Standardgetränk (z.B. 3 dl Bier, 1 dl Wein, 2cl Schnaps) = 10-12 g reiner Alkohol

<25g/d (Männer) oder <12 g/d (Frauen): Geringes Risiko, keine Massnahmen

Nein: eventuell Alkohol verordnen	AA
-----------------------------------	----

Sonstige Bemerkungen

- Shared decision making: Patient informieren!
 - „Für Ihre Sicherheit ist es wichtig, zu wissen, wie viel Alkohol sie normalerweise trinken. Was trinken Sie? Wie viel trinken Sie pro Tag?“
 - „Sie dürfen während des Spitalaufenthalts aus medizinischen Gründen keinen Alkohol trinken. Zu Ihrer Sicherheit werden wir Ihnen Medikamente geben, solange Sie keinen Alkohol trinken dürfen. Es ist wichtig, dass Sie sich während dieser Zeit an das strikte Alkoholverbot halten. Ist das für Sie in Ordnung?“
 - Falls der Patient eine Alkoholentzugsbehandlung wünscht, Psychiatrisches Konsil mit Fragestellung Entzugsbehandlung
- **CIWA-AR Fragen explizit stellen**, keine Fremdeinschätzung
- Evaluation interprofessionell täglich bei der Visite
- **Vor Austritt Temesta ausschleichen**
- Bei Austritt: Benerva/Becozym absetzen; Empfehlung, regelmässigen Alkoholkonsum vermeiden; professionelle Hilfe suchen!

Evaluation Symptome Alkohol-Entzug: CIWA-Ar

Addiction Research Foundation Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol

1. Übelkeit und Erbrechen
2. Tremor (Arme ausgestreckt und Finger gespreizt)
3. Schweißausbrüche
4. Ängstlichkeit: Frage: „Sind Sie nervös oder ängstlich?“
5. Antriebsniveau
6. Taktile Störungen: Fragen: „Spüren Sie irgendein jucken oder Ameisenlaufen, irgendein Brennen oder Taubheitsgefühle oder haben Sie das Gefühl, dass Käfer auf oder unter Ihrer Haut krabbeln?“
7. Akustische Störungen: Fragen: „Sind Sie geräuschempfindlicher? Sind die Geräusche greller als sonst? Erschrecken die Geräusche Sie? Hören Sie etwas, dass Sie stört? Hören Sie Dinge, von denen Sie wissen, dass sie nicht da sind?“
8. Visuelle Störungen: Fragen: „Erscheint Ihnen das Licht heller als sonst? Sind die Farben anders? Schmerzen dadurch die Augen? Sehen Sie irgendetwas, dass Sie stört? Sehen Sie Dinge, von denen Sie wissen, dass Sie nicht da sind?“
9. Kopfschmerzen, Druckgefühle im Kopf: Fragen: „ Fühlt sich Ihr Kopf anders an? Haben Sie das Gefühl als hätten Sie einen Ring um den Kopf?“ Schwindelgefühle und Benommenheit sollen nicht beurteilt werden.
10. Orientiertheit und Trübung des Bewusstseins: Fragen: „Welcher Tag ist heute? Wo sind Sie? Wer bin ich (der Befragende)?“

Weitzdörfer. Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale“ als Prädiktor für die Schwere des Alkoholentzugs. *Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg*. 2009. <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2010/4684/pdf/EDissertation.pdf>

CIWA-AR Bewertung

- 1. Übelkeit und Erbrechen:** (0) keine Übelkeit und kein Erbrechen (1) leichte Übelkeit ohne Erbrechen (4) gelegentlich Übelkeit mit Brechreiz und Würgen (7) dauernde Übelkeit, häufiger Brechreiz, Würgen und Erbrechen
- 2. Tremor** (Arme ausgestreckt und Finger gespreizt: (0) kein Tremor (1) Tremor nicht sichtbar, aber an Fingerspitze zu fühlen (4) mässiger Tremor bei ausgestreckten Armen (7) starker Tremor auch bei nicht ausgestreckten Armen
- 3. Schweissausbrüche:** (0) kein Schweiss sichtbar (1) kaum wahrnehmbares Schwitzen, Handflächen feucht (4) deutliche Schweisstropfen auf der Stirn (7) durchgeschwitzte Kleidungsstücke
- 4. Ängstlichkeit:** (0) keine Ängstlichkeit, entspannt (1) leicht ängstlich (4) mässige Angst oder Wachsamkeit, die auf Angst schliessen lässt (7) vergleichbar mit akuter Panik, wie sie bei schweren Delirien oder bei akuten schizophrenen Episoden auftritt
- 5. Antriebsniveau:** (0) normale Aktivität (1) etwas mehr als normale Aktivität (4) mässige Unruhe oder Ruhelosigkeit (7) geht während des Interviews meist auf und ab oder schlägt bzw. nestelt mit den Händen hin und her
- 6. Taktile Störungen:** (0) keine Störungen (1) kaum Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen oder Taubheitsgefühle (2) leichtes Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen oder leichte Taubheitsgefühle (3) mässiges Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen, oder mässige Taubheitsgefühle (4) mässig (5) starke (6) sehr starke taktile Halluzinationen (7) anhaltende taktile Halluzinationen
- 7. Akustische Störungen:** (0) nicht vorhanden (1) ganz leichte Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit (2) leichte (3) mässige Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit (4) mässig (5) starke (6) sehr starke akustische Halluzinationen (7) anhaltende akustische Halluzinationen
- 8. Visuelle Störungen:** (0) nicht vorhanden (1) ganz leicht (2) leicht (3) mässig vermehrte Lichtempfindlichkeit (4) mässig (5) starke (6) sehr starke (7) anhaltende optische Halluzinationen
- 9. Kopfschmerzen:** (0) keine (1) ganz leichte (2) leichte (3) mässige (4) mässig starke (5) starke (6) sehr starke (7) extrem starke Kopfschmerzen
- 10. Orientiertheit und Trübung des Bewusstseins:** (0) orientiert und kann fortlaufend ergänzen (1) kann nicht fortlaufend ergänzen oder ist unsicher hinsichtlich des Datums (2) desorientiert über das Datum um nicht mehr als zwei Kalendertage (3) desorientiert über das Datum um mehr als zwei Kalendertage (4) desorientiert Ort und/oder Person

Delir

Kapitel 6: Alkohol-Entzugsdelir

Dr. Wolfgang Hasemann, Basel 2020

Aufgabe 13:

Stellen Sie sich vor, Sie wären im Delir:

- Wie möchte Sie, dass man mit Ihnen umgeht?
- Was wäre Ihnen wichtig?

Delir

Kapitel 7: Umgang mit Betroffenen im Delir

Dr. Wolfgang Hasemann, Basel 2020