

Anaesthesist 2016 · 65:712
 DOI 10.1007/s00101-016-0214-z
 Online publiziert: 23. August 2016
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



G. Gerresheim¹ · J. Brederlau² · U. Schwemmer¹

¹Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Kliniken des Landkreises Neumarkt i. d. OPf, Neumarkt, Deutschland

²Klinik für Intensivmedizin, Helios Klinikum Berlin-Buch, Berlin, Deutschland

Erratum zu: Dexmedetomidin in der Therapie des akuten Alkoholentzugsdelirs

Erratum zu:

Anaesthesist 2016 65:525–531.

DOI:10.1007/s00101-016-0190-3

Die Autoren machen auf einen Fehler in **Tab. 2**, S. 530, aufmerksam. Die Dosierungsangaben von Clonidin „30–180 µg/kg und Stunde, Perfusor“ in der Tabelle sind nicht korrekt. Die Angabe „kg“ ist hier falsch. Die Tabelle ist noch einmal richtig wiedergegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. G. Gerresheim

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin,
 Kliniken des Landkreises Neumarkt i. d. OPf
 Nürnberger Str. 12, 92318 Neumarkt,
 Deutschland
 goetz.gerresheim@klinikum.neumarkt.de

Tab. 2 Stufenkonzept der Intensivstation, Klinikum Neumarkt. Eskalation in die nächste Behandlungsstufe nach klinischer Ausprägung des Delirs und/oder nach ausbleibendem Therapieerfolg nach 24 h

Stufe 1: Ausgeprägtes Alkoholentzugssyndrom

Lorazepam	4 × 1 mg i. v.
Clonidin	30–180 µg pro Stunde, Perfusor

Stufe 2: Vollständiges Alkoholentzugssyndrom

Lorazepam	4–6 × 1 mg i. v.
Clonidin	30–180 µg pro Stunde, Perfusor
Haloperidol	4 × 1 mg i. v.

Stufe 3: Schweres, lebensbedrohliches Alkoholentzugssyndrom

Lorazepam	4–6 × 1 mg i. v.
Dexmedetomidin	0,2–1,0 µg/kg pro Stunde, Perfusor

Die Online-Version dieses Beitrags finden Sie unter doi: [10.1007/s00101-016-0214-z](https://doi.org/10.1007/s00101-016-0214-z).