Akut- und Notfallpsychiatrie

Beispiele und ihre Behandlungsinterventionen in der klinischen Praxis

Dr. med. Philipp Messinger

Krankenhaus Elbroich
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Gliederung

I. Einleitung

II. Notfallpsychiatrisch relevante Syndrome/ Beispiele

III. Diagnostisches Vorgehen

IV. Behandlungsmaßnahmen

V. Zusammenfassung

I. Einleitung

Akut- und Notfallpsychiatrie

• „**Akut**“: lat. „actus“, **gefahrenvoll,** bez. rasches Auftreten eines Krankheitssyndroms**,** im Gegensatz zu chronisch (i.d.R. innerhalb der Klinik), häufig mit **Lebensgefahr** oder irreversiblen Schädigung assoziiert

• „**Notfall**“: Impliziert Dringlichkeit mit der Notwendigkeit einer **unmittelbaren Hilfe**, **die nicht mehr nur ambulant erfolgen kann**, Betonung liegt auf Situation und Lage

• Sichtweise auf einen Notfall ist einerseits abhängig von **Fachdisziplin** und andererseits von **rechtlichen Aspekten**

Neu 2015. Diagnose und Differentialdiagnostik psychiatrischer Akut- und Notfallsituationen. Nervenarzt, 86: 1091-1096, Springer Verlag Berlin.
Killinger 2009. Die Besonderheit der Arzthaftung im medizinischen Notfall. MedR Schriftenreihe Medizinrecht. Springer, Berlin, S. 23 ff., 62

I. Einleitung

Häufigkeit psychiatrischer Notfälle

- treten in etwa **gleichhäufig wie neurologische Notfälle** auf
- zweit- bis vierthäufigste Einsatzursache für den Notarzt
- tendenzieller Anstieg psychiatrischer Notfälle bei steigenden stationär psychiatrischen Aufnahmen in den letzten Jahren

Pajonk, Messer 2009. Psychiatrische Notfälle. Psychiatr Psychother Up2date 3:257–273

I. Einleitung

Häufigkeit psychiatrischer Notfälle am Beispiel von 2011

- steigender Anteil unfreiwilliger Behandlungen im Rahmen von

PsychKG-	vs.	**Betreuungsrechtlichen Unterbringungen** (§ 1906 BGB)
-> 78.147 Fälle		-> 57.116 Fälle
-> 22.685 Fälle		-> 13.184 Fälle
Gesamt:		Σ: 135,263 Fälle

Bundesregierung 2012. Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 17/10576- Zwangsbehandlungen in Deutschland (17.09.2012). http://dip21.bundestag.de/dip21/ btd/17/107/1710712.pdf; Stand: 12.02.2015

II. Notfallpsychiatrisch relevante Syndrome/ Beispiele

Verteilung psychiatrischer Störungen bei palliativ-medizinischen Patienten in den Kliniken-Essen-Mitte (2010)

- Depressionen / Anpassungsstörungen 46%
- Akute Belastungsreaktion / Angst- & Panikstörungen 26%
- Delire /organische Psychosen bis 85 % (in Abhängigkeit von Behandlungsphase)

▶▶ Die häufig in der Psychiatrie vorkommenden Störungen finden sich auch häufig in der Palliativmedizin

Schäfer, Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin, Kliniken Essen-Mitte: http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/media/PD%20Dr.%20Schaefer_PALLKO_IV_2010.pdf

II. Notfallpsychiatrisch relevante Syndrome/ Beispiele

Diagnostische Einschätzung gemäß ICD-Code

F00-F99 Kapitel V
Psychische und Verhaltensstörungen

F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit (
G30.-+)
F01.- Vaskuläre Demenz
F02.-* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F03 Nicht näher bezeichnete Demenz
F04 Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05.- Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F06.- Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F07.- Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F09 Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung

F30.- Manische Episode
F31.- Bipolare affektive Störung
F32.- Depressive Episode
F33.- Rezidivierende depressive Störung
F34.- Anhaltende affektive Störungen
F38.- Andere affektive Störungen
F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung

F40.- Phobische Störungen
F41.- Andere Angststörungen
F42.- Zwangsstörung
F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44.- Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F45.- Somatoforme Störungen
F48.- Andere neurotische Störungen

http://www.icd-code.de/icd/code/F05.1.html

II. Notfallpsychiatrisch relevante Syndrome/ Beispiele

Absolute und relative Notfallindikationen

Absolute Notfallindikationen

- Erfolgter Suizidversuch, -absicht oder -vorbereitung
- Hochgradiger Erregungszustand/Aggressivität bei psychischen Erkrankungen
- Schwere Intoxikationen
- Delire sowie floride psychotische Zustandsbilder

Relative Notfallindikationen

- Lebensüberdruß ohne Handlungsrelevanz
- Angst- und Panik
- Akute Belastungsreaktion
- Intoxikationen

Aus: Pajonk 2015. Zur Situation der Notfall- und Akutpsychiatrie in Deutschland. Nervenarzt, 86: 1081-1090

II. Notfallpsychiatrisch relevante Syndrome/ Beispiele

Absolute und relative Notfallindikationen

Absolute Notfallindikationen

- Erfolgter Suizidversuch, -absicht oder -vorbereitung
- Hc
Erregungszustanc
psychischen Erkra
- Schwere Intoxikationen
- Delire sowie floride psychotische Zustandsbilder

Relative Notfallindikationen

- Lebensüberdruß ohne Handlungsrelevanz

Bei Unsicherheit sollte ein psychiatrischer Konsiliarius hinzugezogen werden.

- Akute Belastungsreaktion
- Schwere Intoxikationen

Aus: Pajonk 2015. Zur Situation der Notfall- und Akutpsychiatrie in Deutschland. Nervenarzt, 86: 1081-1090

III. Diagnostisches Vorgehen

Diagnostik: Psychopathologischer Befund (PPB)

- Äußeres Erscheinungsbild
- Verhalten in der Untersuchungssituation
- Bewusstsein
- Orientierung
- Aufmerksamkeit und Gedächtnis
- Formales und inhaltliches Denken
- Wahrnehmungsstörungen
- Ich-Störungen
- Antrieb- und Psychomotorik
- Affektivität
- Zirkadiane Besonderheiten
- Suizidalität und Fremdgefährdung

⏩ Interpretation nur im Kontext des Gesamtbefunds erlaubt, keine diagnostische Einordnung anhand von einzelnen, unspezifischen Symptomen

Lieb, Frauenknecht, Brunnenhuber 2012. Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 7. Auflage. 12

III. Diagnostisches Vorgehen

Diagnostik: Körperlich-neurologische Untersuchung

• **organische Ursachen** sind für neu aufgetretene psychiatrische Auffälligkeiten sehr häufig, eine vollständige körperlich–neurologische Untersuchung ist daher unerlässlich („*medical clearing*“)

• Einschluss von **Laboruntersuchungen** (z. B. Hypoglykämie; Hyponatriämie oder Hyperthyreose) und **apparative Diagnostik** (z. B. CCT oder cMRT bei begründeter Indikation zum Ausschluss eines hirnorganischen Prozesses) durchführen

IV. Behandlungsmaßnahmen

Verhaltensempfehlungen im Notfall

- Über **Authentizität** persönlichen Zugang aufbauen
- Ruhe bewahren! Zielorientierheit, Besonnenheit und **Empathie** ist gerade bei akut Auffälligen wichtig (impliziert auch nonverbales Ausdrucksverhalten)
- **„talking down“**
- **klare Strukturen vorgeben** in der Notfallsituation einschließlich Erwartungen an den Patienten (sinnvoller als restriktive Maßnahmen)

IV. Behandlungsmaßnahmen

Medikamentöse Interventionsmöglichkeiten im Notfall

- Ziel: schnelle Beruhigung ohne Sedierung

Tab. 12.1 Applikationsformen von Psychopharmaka für psychiatrische Notfallsituationen[a]

Präparate	i.v., p.inf.	i.m., akut	s.c.	p.inh./ i.n.	Schmelz-tablette	Lö-sung	Orale Fest-form
Haloperidol	(+)[b]	+	(+)[c]	–/(+)	–	+	+[d]
Zuclopen-thixol/-acetat	–	+ (3 Tage)	–	–/–	–	+	+
Olanzapin	–	+	(+)[c]	–/–	+	–	+[d]
Aripiprazol	–	+	–	–/–	+[c]	+[c]	+[d,e]
Ziprasidon	–	+	–	–/–	–	–	+[d,e]
Risperidon	–	–	–	–/–	+	+	+[d]
Quetiapin	–	–	–	–/–	–	–	+[d]
Loxapin	–	–	–	+/–	–	–	(+)[f]

Tab. 12.1 Applikationsformen von Psychopharmaka für psychiatrische Notfallsituationen[a]

Präparate	i.v., p.inf.	i.m., akut	s.c.	p.inh./ i.n.	Schmelz-tablette	Lö-sung	Orale Fest-form
Lorazepam	+	+	–	–/(+)	+	–	+
Diazepam	+	+	–	–/(+)	–	+	+
Midazolam[g]	(+)	(+)	(+)[c]	–/(+)	–	(+)	(+)
Promethazin	+	+	(+)[c]	–/–	–	+	+
Levomepro-mazin	+	+	(+)[c]	–/–	–	+	+
Melperon	–	–	–	–/–	–	+	+
Pipamperon	–	–		–/–	–	+	+

a: Psychopharmaka: Antipsychotika, Anxiolytika/Sedativa; **b:** nicht mehr für i.v.-Injektion empfohlen; **c:** in Palliativmedizin (off label); **d:** niedrig dosiert bei Delir; **e:** orale Gabe für Notfall nicht geeignet; **f:** in Deutschland als Inhalativum in begrenzter Indikation zugelassen; **g:** Indikation Anlagosedierung; **+:** geeignet; **-:** nicht verfügbar/nicht geeignet/nicht zugelassen; **(+):** geeignet/nicht zugelassen

Benkert, Hippius 2014. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 10. Auflage, modifizierte Abbildung, S. 802

IV. Behandlungsmaßnahmen

… und in der Palliativmedizin sowie in der Gerontopsychiatrie

Tab. 12.1 Applikationsformen von Psychopharmaka für psychiatrische Notfallsituationen[a]

Präparate	i.v., p.inf.	i.m., akut	s.c.	p.inh./ i.n.	Schmelz-tablette	Lö-sung	Orale Fest-form
Haloperidol	(+)[b]	+	(+)[c]	–/(+)	–	+	+[d]
Zuclopen-thixol/-acetat	–	+ (3 Tage)	–	–/–	–	+	+
Olanzapin	–	+	(+)[c]	–/–	+	–	+[d]
Aripiprazol	–	+	–	–/–	+[c]	+[c]	+[d,e]
Ziprasidon	–	+	–	–/–	–	–	+[d,e]
Risperidon/ Quetiapin	–	–	–	–/–	+	+	+[d]
	–	–	–	–/–	–	–	+[d]
Loxapin	–	–	–	+/–	–	–	(+)[f]

Tab. 12.1 Applikationsformen von Psychopharmaka für psychiatrische Notfallsituationen[a]

Präparate	i.v., p.inf.	i.m., akut	s.c.	p.inh./ i.n.	Schmelz-tablette	Lö-sung	Orale Fest-form
Lorazepam	+	+	–	–/(+)	+	–	+
Diazepam	+	+	–	–/(+)	–	+	+
Midazolam[g]	(+)	(+)	(+)[c]	–/(+)	–	(+)	(+)
Promethazin	+	+	(+)[c]	–/–	–	+	+
Levomepro-mazin	+	+	(+)[c]	–/–	–	+	+
Melperon/ Pipamperon	–	–	–	–/–	–	+	+
	–	–		–/–	–	+	+

a: Psychopharmaka: Antipsychotika, Anxiolytika/Sedativa; **b:** nicht mehr für i.v.-Injektion empfohlen; **c: in Palliativmedizin (off label)**; **d:** niedrig dosiert bei Delir; **e:** orale Gabe für Notfall nicht geeignet; **f:** in Deutschland als Inhalativum in begrenzter Indikation zugelassen; **g:** Indikation Anlagosedierung; **+:** geeignet; **-:** nicht verfügbar/nicht geeignet/nicht zugelassen; **(+): geeignet/nicht zugelassen**

Benkert, Hippius 2014. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 10. Auflage, modifizierte Abbildung, S. 802

IV. Behandlungsmaßnahmen

Medikamentöse Interventionsmöglichkeiten i.v. vs. i.m.

„a) Parenterale Applikation kurzwirkender Neuroleptika

Bei Verweigerung oder Unmöglichkeit der oralen Einnahme, speziell zur notfallmäßigen dringend erforderlichen Ruhigstellung bei Erregungszuständen und aggressivem Verhalten mit Selbst- und Fremdgefährdung. Die zur parenteralen Behandlung am häufigsten verwendeten Substanzen sind Perphenazin, Trifluoperazin, Fluphenazin, Haloperidol, Promazin, Thiothixen. Aufgrund der raschen Resorption tritt die beruhigende Wirkung verhältnismäßig schnell ein. Bezüglich der Dosierung gibt es zwei Möglichkeiten: a) niedrige Dosierung, die im Abstand von ½ bis 1 Stunde mehrmals wiederholt werden kann, b) einmalige Applikation einer hohen Dosierung. Es werden teilweise recht hohe große Tagesdosierungen verwendet, beispielsweise 60-100 mg Haloperidol. Sicher ist die **intramuskuläre Anwendung für erregte Patienten geeigneter als die intravenöse** Applikation, deren Überlegenheit bezüglich Wirkeintritt und Wirkungsgrad bisher auch nicht nachgewiesen werden konnte. In diesem Zusammenhang ist eine mutizentrische Prüfung von Fluphenazinhydrochlorid zur Akutbehandlung interessant, bei der **kein** wesentlicher **Wirkungsunterschied zwischen intravenöser und intramuskulärer Applikationweise** gefunden wurde (Pieschl et al., 1976).“

Aus: Psychiatrie der Gegenwart Forschung und Praxis, Springer-Verlag Berlin 1980

IV. Behandlungsmaßnahmen

Antidepressivatherapie bei Depression und Suizidalität im Endstadium der Erkrankung

• Auch unheilbar erkrankte Patienten im Endstadium, die keinen Lebensmut mehr hatten, konnten von einer antidepressiven Behandlung bezüglich ihrer depressiven Symptomatik profitieren, so dass schon **nach einer Woche fünf von sechs Patienten** nicht mehr den Wunsch äußerten, sterben zu wollen

• **Mirtazapin** (Remergil) langsam titrierend aufdosieren bis 45 mg/d; **Amitriptylin** (Saroten) mit 25–200 mg/d; **Clomipramin** (Anafranil) mit 25–200 mg/d

Kugava A, Akechi T, Nakano T, Okamura H, Shima Y, Uchitomi Y. Successful antidepressant treatment for five terminally ill cancer patients with major depression, suicidal ideation and a desire for death. Support Care Cancer. 1999 Nov;7(6):432-6

V. Zusammenfassung

- Lebensgefahr oder Gefahr der irreversiblen Schädigung = Notfall.

- Psychiatrische Notfälle gehören zu den häufigsten Einsatzursachen des Notarztes. Häufigkeit psychiatrischer Notfälle nimmt zu.

- Gründliche Anamnese und klinische Untersuchung -> vollständiger PPB und *„medical clearing“* lassen Rückschlüsse auf korrekte Beschwerdeursachen zu und bieten eine Möglichkeit der Beurteilung wesentlicher Differenzialdiagnosen. Störungsbilder sind häufig vieldeutig. Bei Unsicherheit -> psychiatrisches Konsil!

- In der Palliativmedizin finden sich häufig Depressionen, Anpassungsstörungen, Belastungsreaktionen und Angststörungen sowie Delire und organische Psychosen, die für Notfälle ursächlich sind.

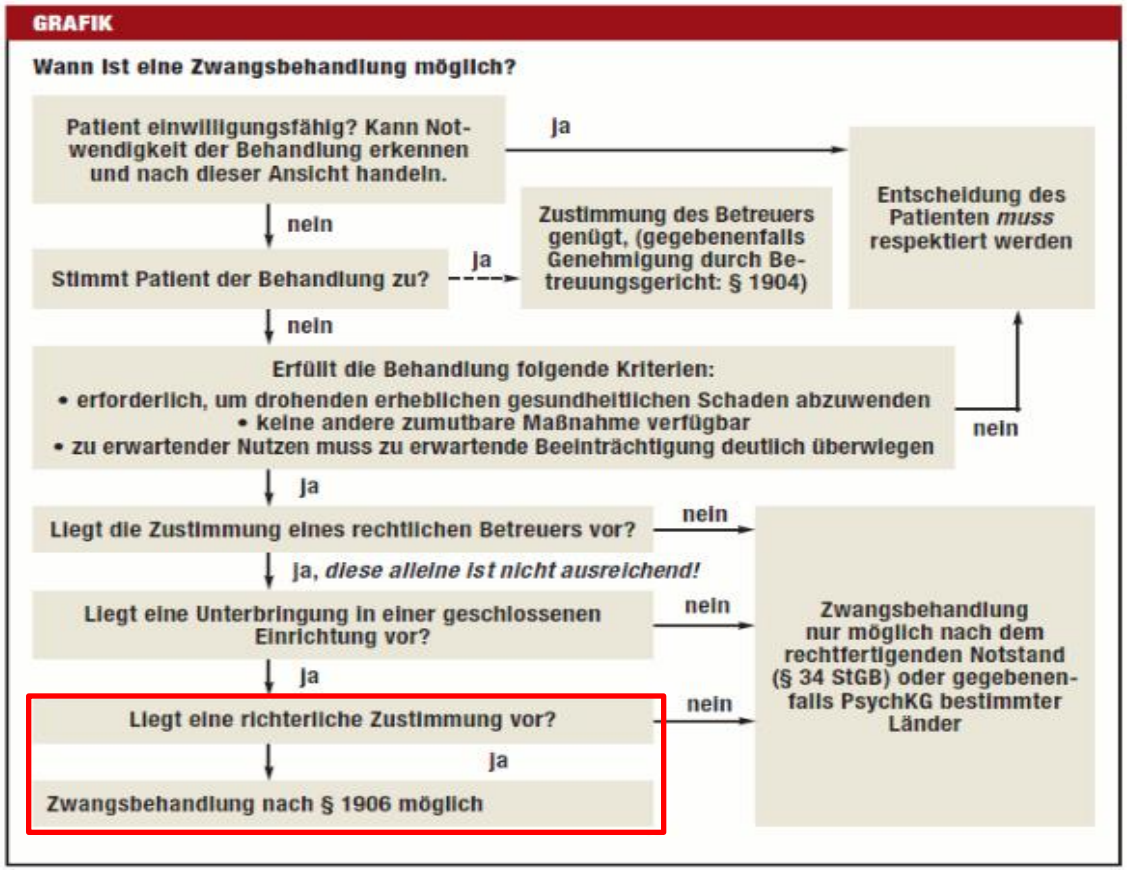
- Authentisches, deeskalierendes, besonnenes, ruhiges und gleichzeitig beharrliches Auftreten führen zum Erfolg.

- Behandlung mit konventionellen hochpotenten und niederpotenten, sedierenden Antipsychotika (p.o. vor i.m.-Gabe) oder Atypikagabe in Abhängigkeit von Symptomatik. Keine Sedierung sondern Beruhigung ist das Ziel. Benzos z.B. zur Anxiolyse. Antidepressiva auch im Endstadium einer Erkrankung anbieten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Anhang

Juristische Voraussetzungen der Zwangsbehandlung



Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung ist, dass der Patient einwilligungsunfähig ist.

Zwangsmaßnahmen kontrovers diskutieren

Psychisch Kranke: Zwangsbehandlung mit richterlicher Genehmigung wieder möglich
Dtsch Arztebl 2013; 110(9): A-377 / B-347 / C-347

(Modifizierte Abbildung)

aerzteblatt.de

Anhang

Depression

- Affektive Niedergestimmtheit
- Antriebstörungen
- Interessenverlust
- Denkstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Schlafstörungen
- **Suizidalität**

Anpassungsstörung

- **Kriterien einer Depression sind nicht erfüllt**
- Psychosoziale Belastung und subj. Bedrängnis
- Symptome wie bei Depression mit emot. Beeinträchtigung, Deprimiertheit, Angst und Sorge
- Auslöser z.B. Konfrontation mit infauster Prognose

Anhang

Delir

- Störung des **Bewusstseins** und der Aufmerksamkeit
- **Globale Störung der Kognition** (z.B. Halluzinationen)
- **Psychomotorische Störungen** (Wechsel zw. hypo- und hyperaktiven Form möglich)
- **Verstärkte Schreckreaktion**
- **Affektive Störungen**
- Plötzlicher Beginn und **Fluktuation im Tagesverlauf**

Anhang

Delirbehandlung in der Palliativmedizin

• Gezielte Behandlung der zugrundeliegenden Ursache mit internistischer Basistherapie und dem Ziel der Reversibilität

• Symptomatische psychoaktive Medikation mit Haloperidol wegen guter Wirksamkeit und Steuerbarkeit trotz erhöhtem EPMS-Risiko möglich

• Therapieziel des **hyperaktiven** Delirs ist die Reduktion ausgesprochener Agitation, ggf. mit Benzodiazepinen (am besten Lorazepam wegen fehlender aktiver Metabolite verwenden) Therapieziel: Verbesserung der Kognition

• beim **hypoaktiven** Delir keine Benzos!

Messer, Pajonk, Müller 2015. Pharmakotherapie von psychiatrischen Akut- und Notfallsituationen. Nervenarzt, 86: 1097-1110.
Ljubisavjevic 2003, Gaudreau 2005, Gaudreau 2007, Tuma 2000, Fann 2011, Morita 2001 Tuma 2000, Fann 2011, Morita 2001

Anhang

Medikamentöse Notfallbehandlung mit Haloperidol

- hochpotentes Antipsychotikum, gute Wirksamkeit, geringe vegetative Wirkungen, wenig sedierend, psychomotorische Dämpfung

- Indikationen: **Psychotische Zustände, Wahnsymptomatik**, manische Syndrome, katatonstuporöse Zustandsbilder, **psychomotorische Erregungszustände**

- Nebenwirkungen: **EPMS**, evtl. initiale Blutdrucksenkung bei parenteraler Applikation, **QTc-Zeit-Verlängerung und Gefahr der Auslösung von Herzrhythmusstörungen** mit letalem Ausgang

- Kontraindikationen: akute Intoxikation mit Analgetika, Schlafmitteln, Psychopharmaka, **M. Parkinson**, **strenge Indikationsstellung bei Herz-Kreislauferkrankungen**

- Dosis: 5-10 mg i.m., bis zu 50 mg/24 h möglich.

- Halbwertzeit 12-36 h

Pajonk, Stower, Kinn, Fleiter 2006. Psychopharmakotherapie in der Notfallmedizin. Notfall Rettungsmedizin 4. 9:393-402. Springer