

# Akut- und Notfallpsychiatrie

## Beispiele und ihre Behandlungsinterventionen in der klinischen Praxis



5. Düsseldorfer Multiprofessionelles Palliativkolloquium

**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**

# 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

# 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

## 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

## II. Notfallpsychiatrisch relevante Syndrome/ Beispiele

### Diagnostische Einschätzung gemäß

#### **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

- Erfolgreicher 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



## II. Notfallpsychiatrisch relevante Syndrome/ Beispiele

### Absolute und relative Notfallindikationen

#### Absolute Notfallindikationen

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

#### Relative Notfallindikationen

- Lebensüberdruß ohne Handlungsrelevanz
- Belastungsreaktion
- Schwere Intoxikationen

**Bei Unsicherheit sollte ein psychiatrischer Konsiliarist hinzugezogen werden.**

# 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

## 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! Zielorientiertheit, 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<sup>a</sup>

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

**Tab. 12.1** Applikationsformen von Psychopharmaka für psychiatrische Notfallsituationen<sup>a</sup>

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

**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, Hippus 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<sup>a</sup>

Präparate	i.v., p.inf.	i.m., akut	s.c.	p.inh./i.n.	Schmelz-tablette	Lö-sung	Orale Fest-form
<b>Haloperidol</b>	(+) <sup>b</sup>	+	<b>(+)<sup>c</sup></b>	-/(+)	-	+	+ <sup>d</sup>
Zuclo-penthixol/-acetat	-	+	-	-/-	-	+	+
Olanzapin	-	+	<b>(+)<sup>c</sup></b>	-/-	+	-	+ <sup>d</sup>
Aripiprazol	-	+	-	-/-	+ <sup>c</sup>	+ <sup>c</sup>	+ <sup>d,e</sup>
Ziprasidon	-	+	-	-/-	-	-	+ <sup>d,e</sup>
Risperidon/ Quetiapin	-	-	-	-/-	+	+	+ <sup>d</sup>
Loxapin	-	-	-	+/-	-	-	(+) <sup>f</sup>

■ Tab. 12.1 Applikationsformen von Psychopharmaka für psychiatrische Notfallsituationen<sup>a</sup>

Präparate	i.v., p.inf.	i.m., akut	s.c.	p.inh./i.n.	Schmelz-tablette	Lö-sung	Orale Fest-form
Lorazepam	+	+	-	-/(+)	+	-	+
Diazepam	+	+	-	-/(+)	-	+	+
<b>Midazolam<sup>g</sup></b>	(+)	(+)	<b>(+)<sup>c</sup></b>	-/(+)	-	(+)	(+)
<b>Promethazin</b>	+	+	<b>(+)<sup>c</sup></b>	-/-	-	+	+
<b>Levomepro-mazin</b>	+	+	<b>(+)<sup>c</sup></b>	-/-	-	+	+
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, Hippus 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



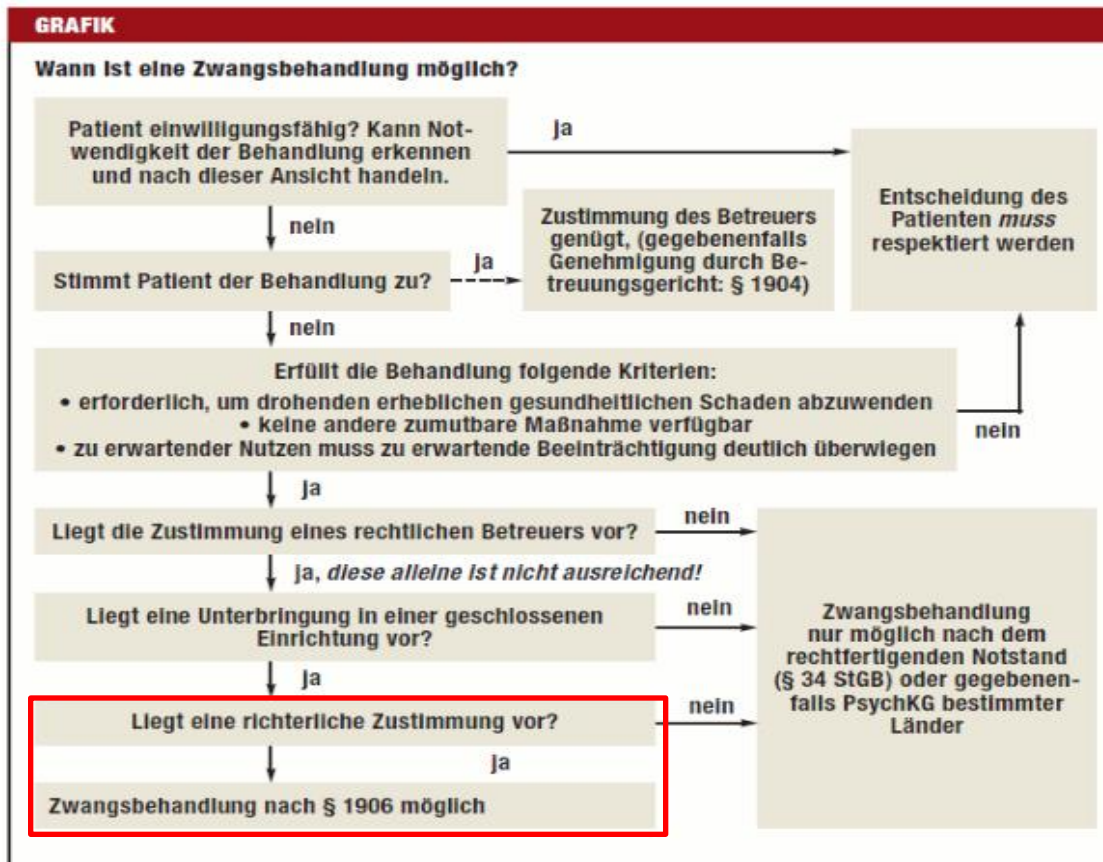
## V. Zusammenfassung

- ▶▶ 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

# 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!

# Anhang

## Medikamentöse Notfallbehandlung mit Haloperidol

- hochpotentes Antipsychotikum, gute Wirksamkeit, geringe vegetative Wirkungen, wenig sedierend, psychomotorische Dämpfung
- **Indikationen:** **Psychotische Zustände, Wahnsymptomatik**, manische Syndrome, katato-stuporöse 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-Kreislaferkrankungen**
- Dosis: 5-10 mg i.m., bis zu 50 mg/24 h möglich.
- Halbwertszeit 12-36 h