



Ernst Moritz Arndt  
Universität Greifswald

# Der psychiatrische Notfall



Priv.-Doz. Dr. med. Manuela Dudeck

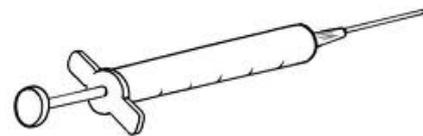
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie der Universität Greifswald

# Hauptanliegen

- ✓ Schlüsselsyndrome
- ✓ Strukturiertes Vorgehen



- ✓ Werkzeuge
  - Verbale Intervention
  - Medikation
  - Unterbringung

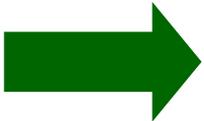


+



# Die wichtigsten Notfälle

- Erregungszustände
- Akute Suizidalität
- Bewusstseinsstörungen (Delir, Desorientiertheit)
- Stupor ( = Erstarrung, Katatonie)
- Psychopharmakogene Notfälle
- Drogen-Notfälle



**Praktisch jeder Arzt wird zu irgendeinem Zeitpunkt mit psychiatrischen Notfällen konfrontiert!**

# Epidemiologie

- 1000/100000/Jahr
- 🕒 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

- Telefonische Intervention 50%
- Einweisung 10 – 30%
- Zwangsweise 33 - 50%
- Medikamentengabe 10%

## Anrufer

- Patient 50 – 66%
- Polizei 10 – 15%
- Angehörige/Nachbarn 20 – 40%

# Epidemiologie

- Frauen (bes. allein erziehende) 50 – 70%
- Arbeitslose & Alleinstehende & Alte überrepräsentiert
- Wechsel der Lebensbedingungen überrepräsentiert
- Traumatisierte überrepräsentiert
  
- chronische Notfälle 25%
- schon in  $\Psi$  Behandlung 60 – 80%
  
- Erregt-verwirrt-wahnhaft 10 – 40%
- Verzweifelte 10 – 40%
- Suizidale 10 – 25%
- Beziehungskonflikte 25%
- Aggressivität 10%

# Erregungszustände

Definition:

- Steigerung von Antrieb und Psychomotorik
- Affektive Enthemmung und Kontrollverlust
- Ausgeprägte Gereiztheit/aggressive Äußerungen
- Unvermittelte Gewalttätigkeit

# Erregungszustände

Psychische Ursachen (z.B.):

- Demenzielle Syndrome
- Akute organische Psychosyndrome (z.B. Epilepsie)
- Impulskontrollstörungen
- Manie
- Schizophrene Psychose
- Agitiert - depressive Psychose
- Akute Belastungsreaktion
- Persönlichkeitsstörungen
- Intelligenzminderung

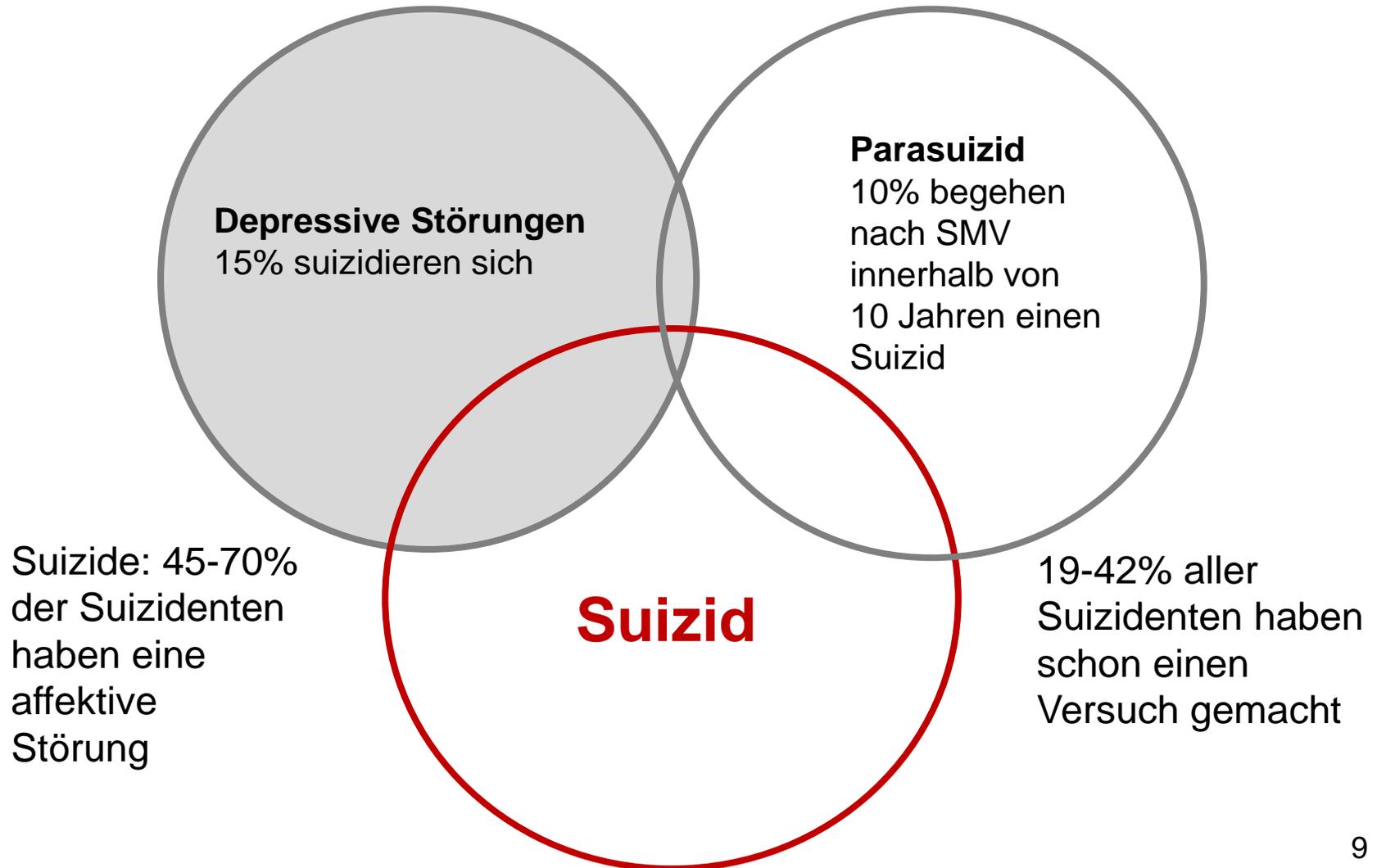
# Erregungszustände

Organische Ursachen können sein:

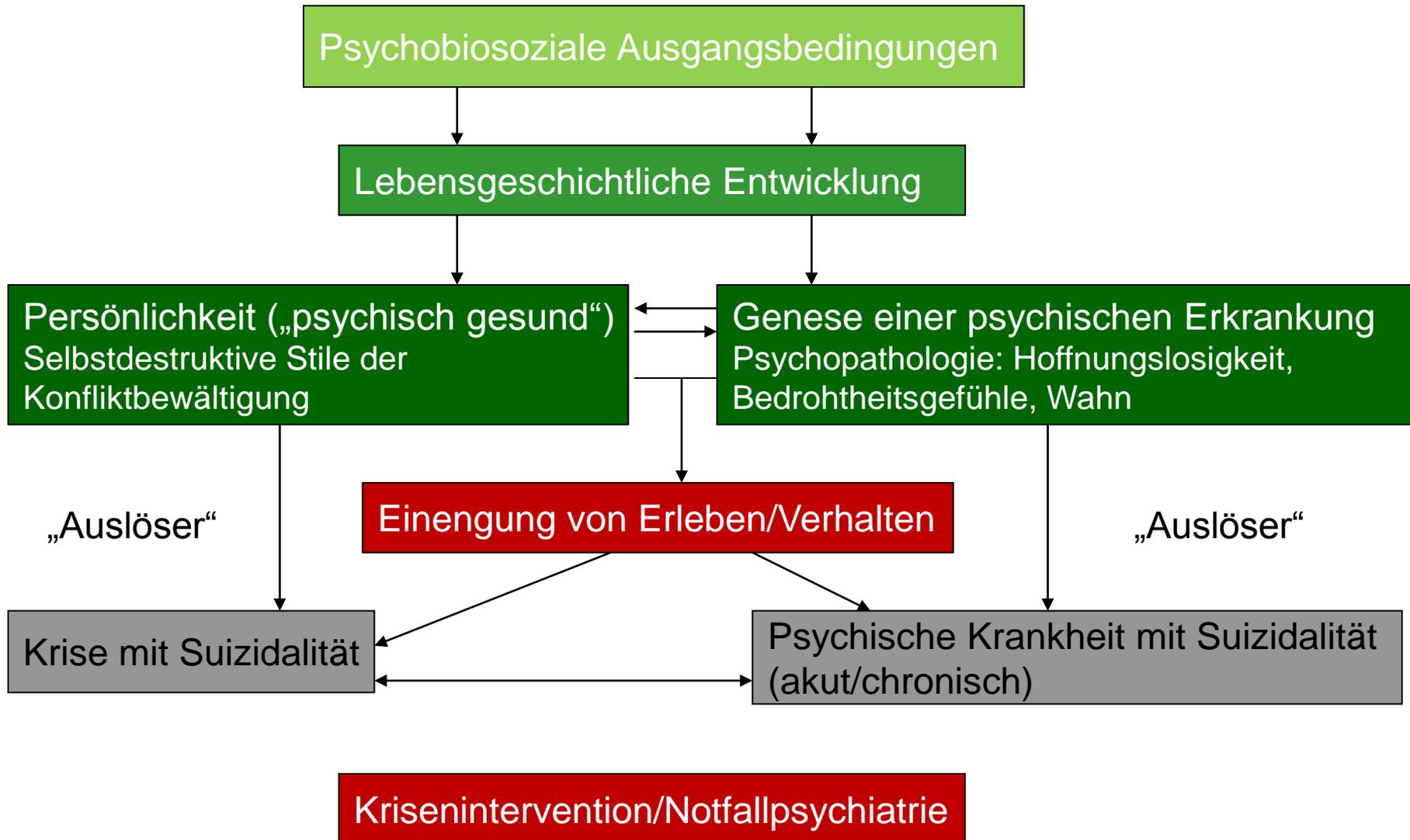
- Hirnorganische Erkrankungen (Gefäßprozesse, Anfallsleiden)
- Endokrine Störungen (z.B. Hyperthyreose)
- Stoffwechselstörungen (z.B. Hypoglykämie)
- Intoxikationen
- Entzugssyndrome oder Rauschzustände

# Suizidalität: ca. 10 000

Suizide in Deutschland/Jahr



# Krankheits - und Krisenmodell von Suizidalität



# Suizidalität

Stadienhafter Verlauf (Pöldinger, 1968):

- Phase der Erwägung
- Phase der Ambivalenz
- Finale Entschlussphase

Präsuizidales Syndrom nach Ringel, 1953:

- Einengung/Erleben von Ausweglosigkeit
- Sozialer Rückzug /Phase der Ambivalenz
- Suizidgedanken aktiv intendiert/passive sich aufdrängend

**Risikoprofilmodell**

# Umgang mit suizidalen Patienten

-  Gesprächsführung ist non - direktiv
- Beginn: Zeitrahmen abstecken
- „Ich werde jetzt erst einmal zuhören“
  
-  Gefühlen Raum geben
- Bezugspersonen Anteil nehmen lassen
- Gelegenheit geben, das ganze Ausmaß des Schmerzes zu vermitteln (bei Verlust)
- Selbst-Beschuldigung, Selbst-Entwürdigung: Grenze setzen
  
- Heikles benennen, Suizidgedanken offen ansprechen  
Ambivalenz besprechen, nicht beschwichtigen

# Umgang mit suizidalen Patienten

- **Krisennutzungspotenzial** darf vorsichtig angesprochen werden, nachdem das Gespräch den Tiefpunkt der Krise erreicht hat (Dörner & Plog, 1986)\*
- Sinn-Orientierung, Kinder & Glaube: behutsam auf das hinweisen, was über uns hinausweist

\* **Alles andere ist billiger Trost !!!**

# Bewusstseinsstörungen

Definition:

- Einschränkungen der Wachheit
- Leichte Benommenheit/Somnolenz/Sopor/Koma

**Delir = vital bedrohlicher Zustand (30% Letalität):**

- Desorientiertheit
- Verkennung der Umgebung
- Halluzinatorische Erlebnisse (vorwiegend szenisch)
- Unruhe

# Bewusstseinsstörungen

Anamnese, Untersuchung, Routinelabor,  
ggf.: Bildgebung, Liquordiagnostik, Toxikologie

toxisch	Alkohol, Sedativa, Drogen
medikamentös	Psychopharmaka, $\beta$ -Mimetika, Kortison
metabolisch	Leberinsuffizienz, Diabetes
Wasser/E <sup>-</sup> lyte	Elektrolytstörungen
Suizidversuch	CO-Intoxikation, Insektizide, Pestizide
infektiös	Encephalitiden, AIDS, Malaria
kardiovaskulär	Arrhythmien, cardiale Insuffizienz
neurologisch	SHT, postiktal, TGA, Raumforderung, vaskulär

# Stupor und Katatonie

Definition:

- Zustand reduzierter bzw. aufgehobener psychomotorischer Aktivität („Erstarren“)
- **Keine** Bewusstseinsstörung
- Dauer: wenige Minuten bis mehrere Wochen

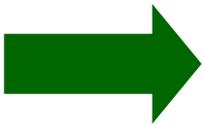
Wesentliche organische Grunderkrankungen können sein:

- ZNS Erkrankungen (Enzephalitis, Parkinson-Krise)
- Demenz
- Malignes neuroleptisches Syndrom
- Metabolische Störungen (Urämie, Ketoazidose)
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- Drogen

# Stupor und Katatonie

Formen:

- Katatoner Stupor (bei Schizophrenie)
- Depressiver Stupor
- Dissoziativer Stupor



Unterscheidung durch 2mg Lorazepam i.v.

Therapie:

- Wenn kataton, Neuroleptika absetzen, Labor, ITS

# Psychopharmakogene Notfälle

(Auswahl)

## Neuroleptika (niedrigpotent), andere Anticholinergika

- Harnverhalt, Ileus, Glaukom
  - Carbachol 0,25 mg
- Delir
  - Neuroleptika absetzen

## Neuroleptika (hochpotent)

- Parkinsonoid, Frühdyskinesien (Schlundkrampf)
  - Biperiden 5 mg
- Stupor: an malignes neuroleptisches Syndrom denken; keine Neuroleptika! Lorazepam

## Benzodiazepine

- Entzug, Delir

# Psychopharmakogene Notfälle

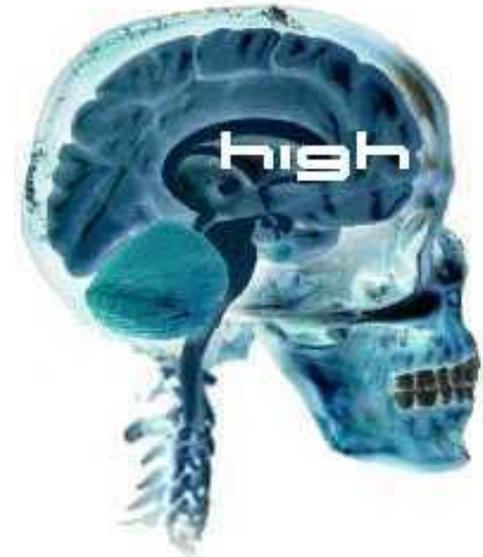
## Antidepressiva

- zentrales serotonerges Syndrom
  - Trias: Fieber; neuromuskuläre Symptome = Rigor, Hyperreflexie, Myoklonie, Tremor; Desorientierung/Erregung/Delir; außerdem Übelkeit, Erbrechen, Diarrhöe
  - Einweisung (ggf. Intensiv), Absetzen AD, Volumensubstitution, Kühlung

## Lithium

- Erbrechen, Durchfall, Ataxie, Hyperreflexie, Krampf, Tremor, Bewusstseinsstörungen
- Einweisung (ggf. Intensiv), Li absetzen, Volumen

# Der Drogennotfall



# Drogennotfall nach Substanzen

- Gewöhnlicher Alkohol- und Drogenrausch
- Entzug von
  - Alkohol
  - Barbituraten
  - Benzodiazepinen
  - Opioiden
- Entzug mit Komplikationen (Epileptischer Anfall, Delir)

# Alkohol

- Rausch: Stimmungsschwankungen, angeregte oder gedämpfte Aktivität, Merkfähigkeitsstörungen, labile Stimmung. Daher: keine Diskussion, sondern ruhiges, entschiedenes Handeln
- Impulsives, aggressives Handeln möglich (bes. bei Intoxikation gemeinsam mit anderen Substanzen)
- **Überdosis: Bewusstlosigkeit, Atemstörungen, gestörter Schluckreflex, Koma, Tod**
- Chronische Vergiftung: Demenz, Restzustand, zahlreiche somatische Störungen
- **Entzug: Zittern, Schwitzen, Delir, Krampfanfall**

# Benzodiazepine

- Rausch:
  - „Tapsigkeit“, Artikulationsstörungen, Schläfrigkeit, Desorientierung, Beeinträchtigung der Realitätswahrnehmung, paradoxe Reaktion (beim Zurückkommen)
  - Handlungs- und Urteilsfähigkeit beeinträchtigt
  - Starke Umgebungsreize triggern Aggression und Erregung
- Überdosis: Kollaps, Koma, Atemstörung, Tod
- Entzug: Krampfanfälle und Delir

# Opioide (Heroin, Codein, Morphin)

- Überdosis: Kollaps, Atemstörung, epileptische Anfälle (selten), Koma, Tod
- Entzug: Heroin (nach Stunden); Methadon nach ein paar Tagen
- Angst, Unruhe, Schlaflosigkeit, Schüttelfrost, kolikartige Schmerzen, Kollapsneigung
- unkomplizierter Entzug ist i. d. Regel nicht gefährlich
- Cave: Naloxon als Antidot (0,4-2,0 mg i.v.)

# Drogennotfall mit Opioiden

## Besondere Situationen

- Unter Druck gesetzt werden mit:
  - „Ich habe mein Methadon-Rezept verloren.“
  - „Die Katze hat meine Methadonflasche runtergeschmissen“

- Abgabe von Substanzen begrenzen!
- Im Zweifelsfall stationäre Einweisung bzw. Verweis an zuständige Stellen (z. B. Substitutionsarzt)!

Je mehr szenetypische Medikamente Sie im Notfalleinsatz abgeben, desto häufiger werden Sie gerufen.

# Verhaltensänderung anbahnen

- Nicht moralisieren und drohen
- Nicht argumentieren
- Freundlich und unterstützend auftreten
  
- Sonderfall: chronisch suizidale, schwer verwahrloste Suchtpatienten:
  - solche Patienten sind manchmal auf einem Weg ohne Umkehr
  - der Helfer kann nicht mehr heilen, sondern nur noch begleiten
  - persönlichen Einsatz begrenzen, ohne zynisch zu werden



# Werkzeuge

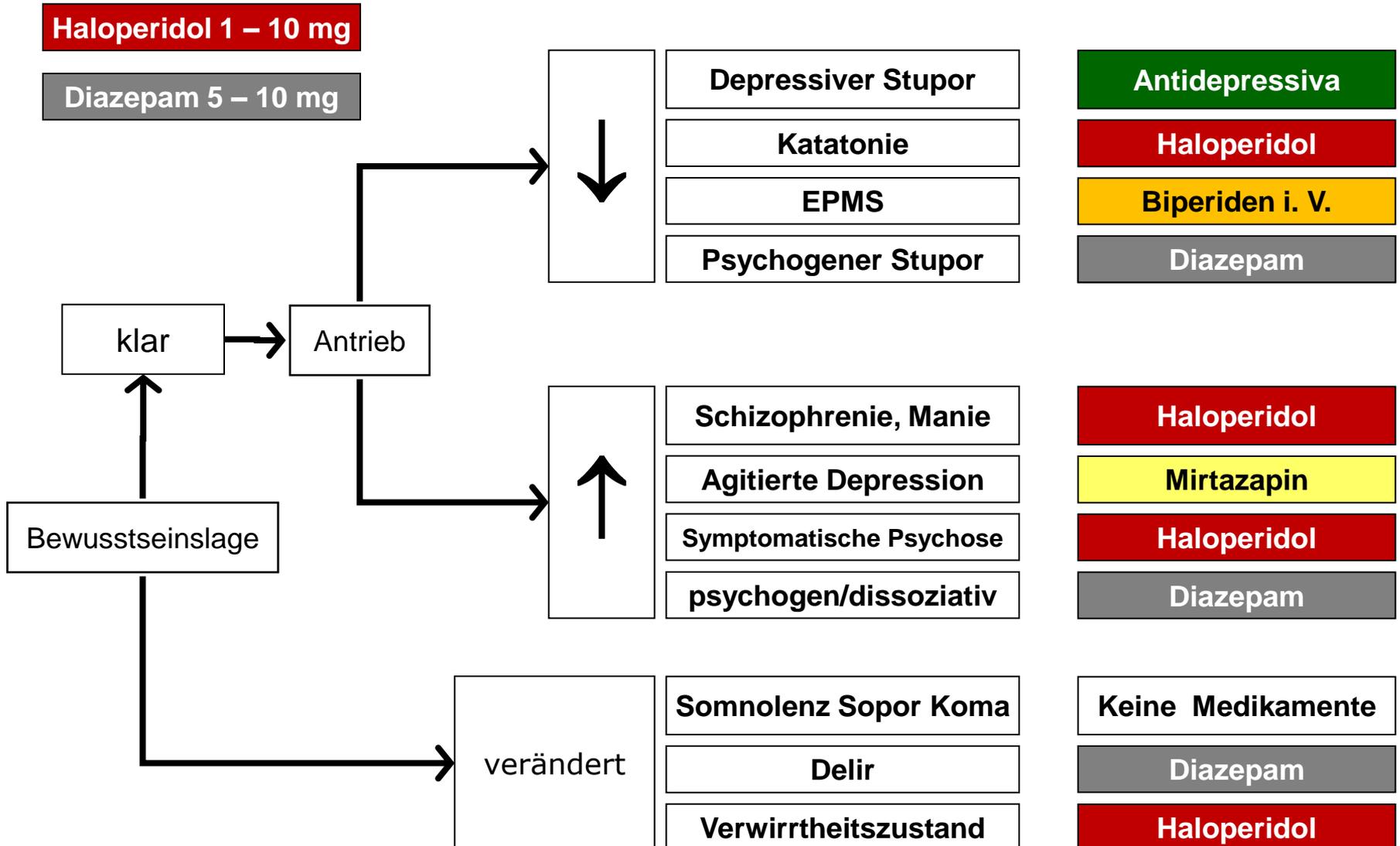
**Medikamente**  
**Unterbringung**



# Notfallsychopharmakologie

**schlüsselsyndromübergreifend  
einfach zu handhaben  
wirksam  
dem Notarzt vertraut**

# Übersicht Notfallpsychopharmakologie n. Laux

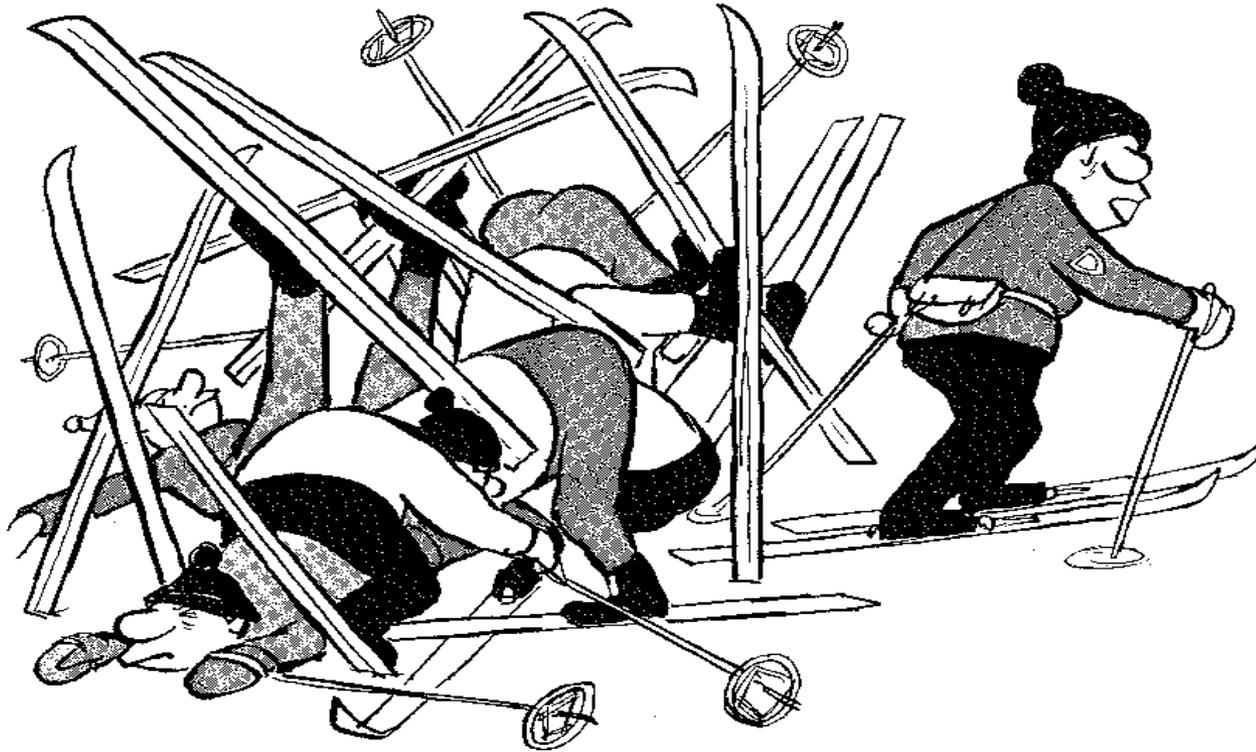


# Recht und Zwangsmaßnahmen

- Mutmassliche Einwilligung oder rechtfertigender Notstand  
§ 34 StGB
- Unterbringung gemäß Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG):
  - Unmittelbare
  - Selbst- oder Fremdgefährdung durch
  - psychische Krankheit
- Betreuungsrecht BGB FGG §1906
  - betrifft **nicht** Fremdgefährdung

# 3 Grundregeln und 3 Hinweise

- Diagnosen im Notfall schwer zu stellen
- Syndrome jedoch erkennbar und behandelbar
- Kein pathognomonisches Symptom in der Psychiatrie; d. h. immer an (schwere) somatische Krankheit denken
  
- **Restvernunft des Patienten nutzen:** auch wahnhaftige Patienten sind selten nur wahnhaft
- **Simulation ist äußerst selten!** Im Zweifel Gegenüber als Patienten sehen
- Diskrepanz zwischen Anamnese Patient und Fremdanamnese: **Handle nach gefährlicherer Variante!**



»So — Schluß für heute!«

[manuela.dudeck@uni-greifswald.de](mailto:manuela.dudeck@uni-greifswald.de)

Notfallnummer unserer Klinik: 03831-350