

Im Notfall Psychiatrie



S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ der DGPPN



Taschenkarte notfallpsychiatrische Therapieansätze

Vorgehen beim Erstkontakt

- Situation erklären, um Bezug zur Realität wiederherzustellen
- vertrauensvolle Atmosphäre herstellen
- Distanzgrenzen nicht überschreiten
- auf Eigensicherung achten (z.B. gefährliche Gegenstände nicht in Griffnähe)
 - initial akute Situation klären
- Symptome objektiv erfassen & weitere relevante anamnestiche Daten erheben
- körperliche Untersuchung unverzichtbar
- Einbeziehung von Angehörigen/Freunden



Pharmakotherapie

- CAVE: medikamentöse Behandlung ohne Zustimmung bedarf rechtlicher Grundlage nach individueller Abwägung von wahrscheinlichem Nutzen und potenziellem Schaden
 - nur einmalige/kurzfristige Notfallbehandlung
 - bei Regelmäßigkeit im Sinne einer Behandlungsmaßnahme richterl. Genehmigung
- Wünsche der Betroffenen, ggf. auch des persönlichen Umfeldes, und v.a. Verfügungen, wenn medizinisch vertretbar, berücksichtigen



Bewusstseinsstörungen, Verwirrtheit

- körperliche & neurologische Untersuchung
- Suche nach Intox o.Ä. (Alkohol, Drogen etc.)
- BZ-Messung & toxikologische Diagnostik
 - Atemwege frei halten oder sichern
 - SpO2 > 90 % sichern --> ggf. O2-Gabe
 - Anlage Zugang
 - MAP > 70 mmHg aufrecht erhalten
 - Transport in geeignete Klinik
- Behandlung der Ursache (Antidot bei Intox, Thiamin bei Wernicke-Enzephalopathie etc.)

Delir

- Schema: Behandlung Grunderkrankung --> Wiederherstellung der Homöostase --> med. Behandlung delir-typischer Symptome --> Optimierung der Umgebungsfaktoren o.Ä.
- engmaschige Überwachung (SpO2, HF, RR etc.)
- CAVE: plötzliche Unruhezustände & Agitation
- med. Therapie, z.B. mit 5 mg Haloperidol i.v. + Diazepam 5 - 10 mg i.v., je nach Symptomen (lebensbedrohliches Delir: bis zu 20 mg/h Midazolam + 5 bis ggf. 10 mg Haloperidol i.v.)
- Gespräch, um Veränderung zu erkennen

Im Notfall Psychiatrie



S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ der DGPPN



Taschenkarte notfallpsychiatrische Therapieansätze

substanzbedingte Störungen

- Transport in KH bei unklarer Bewusstseinsstörung & nicht feststellbarer Störung
 - Differentialdiagnostik & Therapie mit körperl., neurolog. und psychiatr. Status
- bei ausgeprägten Entzugssymptomen Gabe von Benzodiazepin (z.B. 1 - 2,5 mg Lorazepam oder 2,5 - 10 mg Diazepam p.o./i.v.)
- stabile Seitenlage zur Atemwegssicherung bei stabilen Kreislaufverhältnissen
- spezifische Therapie bezogen auf Substanz (z.B. Naloxon bei Opiatintoxikation)

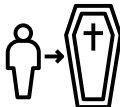


Erregungszustände

- Erregungszustände unverzüglich, effektiv und so wenig invasiv wie möglich behandeln
 - primär Maßnahmen zur Deeskalation & Krisenintervention
- diagnostisches & therapeutisches Vorgehen immer wieder und wiederholt erläutern, v.a. Maßnahmen gegen den eigenen Willen
 - Lorazepam (p.o., i.v.), Diazepam (i.v.), Midazolam (i.v.), Haloperidol (i.v.), bis die Symptomatik unter Kontrolle ist (CAVE: Monitoring, v.a. bzgl. QTc-Zeitveränderungen)

Angstsyndrome

- Therapie richtet sich nach Grunderkrankung
- verbale Krisenintervention vor Medikation
 - entlastendes, aufklärendes und ermutigendes Gespräch
- Lorazepam (initial 1 - 2,5 mg p.o./i.v.) oder Diazepam (initial 5 - 10 mg p.o./i.v.), weitere Gaben vom Symptomverlauf abhängig
- bei v.a. sekundäre Angststörungen mit schwerer somatischer Grunderkrankung Transport in Klinik zur weiteren Diagnostik



Suizidalität

- jede Suizidäußerung/-ankündigung ernst nehmen & Suizidalität offen ansprechen
- kontinuierliche personelle Überwachung
- vor Einleitung von Maßnahmen alle Ansätze der Motivation zur Therapiezustimmung ausschöpfen
 - ggf. Pharmakotherapie mit Lorazepam (1 - 2,5 mg p.o./i.v.), Diazepam (5 - 10 mg i.v.) oder Promethazin (50 - 100 mg i.v.)
 - bei psychotischer Genese zusätzlich initial Haloperidol (2,5 - 10 mg i.m.)



Im Notfall Psychiatrie



S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ der DGPPN

Taschenkarte notfallpsychiatrische Therapieansätze

paranoid-halluzinatorische Syndrome

- genaue körperliche und neurologische Untersuchung bzgl. organischer Ursachen
- bei Ablehnung von Therapie/Transport liegt nicht automatisch Voraussetzung für Therapie gegen eigenen Willen vor --> nur bei Eigen- oder Fremdgefährdung
- bei Agitation auf das Erleben eingehen und zunächst nicht widersprechen
- medik. Therapie: 3 - 5 mg Haloperidol i.v. allein oder in Kombination mit 1 - 2,5 mg Lorazepam i.v. oder 5 - 10 mg Diazepam i.v.



maniforme Syndrome

- bei Ablehnung von Therapie/Transport liegt nicht automatisch Voraussetzung für Therapie gegen eigenen Willen vor --> nur bei Eigen- oder Fremdgefährdung
- primär Maßnahmen zur Deeskalation und zur Krisenintervention
- medik. Therapie bei Agitation: 1 - 2,5 mg Lorazepam oder 5 - 10 mg Diazepam i.m./i.v., ggf. kombiniert mit Antipsychotikum (z.B. 5 - 10 Haloperidol mg i.m.)



Stupor & Katatonie

- genaue körperliche und neurologische Untersuchung bzgl. organischer Ursachen
- Ausschluss Malignes Neurolept. Syndrom sowie von perniziöser Katatonie (Fieber!!!)
- med. Therapie: 2,5 - 5 mg Lorazepam p.o. als Schmelztablette oder i.v.) allein oder in Kombination mit 5 mg Haloperidol i.v.
- trotz Auflösung von Stupor/Katatonie ist Transport in Notaufnahme erforderlich --> hohes Risiko für erneutes Auftreten



Anorexia nervosa

- Einweisungsindikationen: rapider/anhaltender Gewichtsverlust, BMI < 15, körperl. Gefährdung oder Komplikationen (z.B. HF < 40/min, KKT < 36 °C, RR < 90/60 mmHg, schwere Elektrolytstörungen, akute hepatische, renale o. kardiale Störungen), akute Suizidalität, unzureichende soziale/familiäre Unterstützung, geringe Krankheitseinsicht, Überforderung)
- primär Behandlung von Komplikationen
- Motivation zur stat. Behandlung gelingt am ehesten über Schilderung von Komplikationen

Im Notfall Psychiatrie



S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ der DGPPN



Taschenkarte notfallpsychiatrische Therapieansätze

psychosoziale Krise und Traumatisierung

- Transport verletzter & verhaltensauffälliger Betroffener in Notaufnahme zur weiteren Diagnostik und Verlaufsbeobachtung
 - Pharmakotherapie initial vermeiden
- Reizabschirmung & Schutz vor Öffentlichkeit
 - Vermittlung von Sicherheit und Wiedergewinnen der Selbstachtung
- Verringerung von Unsicherheit & Hilflosigkeit
 - Eingehen auf Ängste, Befürchtungen etc.
 - Prüfung, ob der Kontakt zu Angehörigen förderlich ist



Folge von Amok, Katastrophen und Großschadensereignissen

- Einschaltung von KIT, PSNV, Notfallseelsorge
 - primär somatische Notfallversorgung
- Identifizierung von Personen mit Symptomen einer belastungsassoziierten Erkrankung
- Benzodiazepine bei ausgeprägten Symptomen, Erregungszuständen und erheblich mangelnder Kooperationsfähigkeit (z.B. 1 - 2,5 mg Lorazepam)



Kinder als Patient*innen

- Diazepam bei akuten Spannungs-, Angst-, Erregungs- und Unruhezuständen ab 1 Monat (0,2 - 0,4 mL einer 10 mg/2 mL Injektionslg., also 1 - 2 mg, i.v./i.m., je nach Schwere der Erkrankung; ggf. einmalige Wdh. nach 3 - 4 h)
- Lorazepam bei akuten Angstzuständen mit oder ohne psychomotorische Erregung (0,05 mg/kgKG i.v./i.m.; ggf. einmalige Wdh. nach 2 h; 0,5 - 2,5 mg verteilt auf 2 - 3 Einzeldosen, max. 7,5 mg)
- CAVE: Medikation quasi immer Off-Label-Use
- bes. rechtl. Situation bei Zwangsmaßnahmen



weitere Infos u.v.m.

Viele weitere Informationen zu weiteren Krankheitsbildern, zur Therapie selbiger und weiterem Management von psychiatr. Patient*innen gibt es auf FOAMio.org.

