

Neurologische u. psychiatrische Notfälle im kassenärztlichen Notdienst

Bengt Jeschke

GP für Neurologie u. Psychiatrie Mundt, Röhrich, Willert, J.

KVMV Schwerin 23.02.2022

Struktur

1. Neurologie

1.1. TIA/Hirnfarkt/Schwindel

1.2. Kopfschmerz/Migräneanfall

1.3. Epileptischer Anfall/Synkope

2. Psychiatrie

2.1. Besonderheit des psychiatrischen Notfalls

2.2. Psychiatrische Notfalluntersuchung

2.3. Typische Syndrome

2.4. PsychKG

3. Flash: Psychopharmaka

1.1. TIA/V.a. Hirninfarkt

(Symptomrückbildung in 24h)

- am häufigsten Sekunden bis 30 min.
- Sehstörung: Amaurosis fugax, Doppelbilder
- Sprachstörung
- Hemi: Sensibilitätsstörung, Kraftminderung
- Gleichgewichtsstörung
- nicht typisch: alleiniger Schwindel
- orientierende neurol. Untersuchung: Meningismus, Augenmotilität, Fazialis, Hypoglossus, AHV, FNV, Unterberger

TIA = klin.Symptomrückbildung alt: in 24h
neu: in 1 h

1. Halten die Symptome über 1 h an, besteht eine 90-prozentige Wahrscheinlichkeit, dass die Symptomatik dauerhaft bestehen bleibt (Sander DÄ 2006)
 2. im cMRT (DWI) oft doch ischäm. Läsion nachweisbar:
bei 21 bis 67 Prozent der klinischen TIA-Patienten (DÄ Sander 2006)
- In westlichen Industrienationen wird die Inzidenz von transitorischen ischämischen Attacken auf 29 bis 61 Fälle pro 100.000 Einwohner jährlich geschätzt (Welsch 2019)

TIA und Hirninfarkttrisiko (Symptomrückbildung in 24h)

– RISIKO-Score für Hirninfarkt nach TIA (Rothwell 2005)

| | |
|-----------------------|-------------------|
| Alter | (>60) |
| Blutdruck | (>140 bzw. >90) |
| Clinische Symptomatik | (Parese, Aphasie) |
| Dauer | (>1Stunde) |
| Diab. mell. | (vorhanden) |

10-30% der Patienten mit einer transitorischen ischämischen Attacke erleiden in den fünf Jahren danach einen Schlaganfall.

Am höchsten ist das Risiko **in den ersten drei Tagen nach der TIA.** (Welsch 2019)

TIA und Hirninfarkttrisiko (Symptomrückbildung in 24h)

- Hirninfarkttrate 90 Tage nach TIA: **10,3%**
wenn Therapiebeginn innerhalb 20 Tagen

- Hirninfarkttrate 90 Tage nach TIA: **2,1%**
wenn Diagnostik und Therapie
innerhalb 24 Stunden = stroke unit

(Rothwell, EXPRESS-study 2007)

1.1. TIA/V.a. Hirninfarkt

time is brain

- V.a. TIA = Notfall = RTW = stroke unit

1.1. TIA/V.a. Hirninfarkt

Exakte Anamnese übergeben!

- ZEITPUNKT des BEGINNS

weil: Lyse: effizient im 4,5-Stunden-Fenster

weil: endovaskuläre Intervention im 7,3 Std. Fenster

- Malignom, OP, Medikation, Antikoagulation??
- Kontaktperson?
- RR: < 120 mmHg systolisch, Exsikkose: Kristalloide Infusionslösung
≥ 220 mmHg systolisch: „vorsichtige Senkung um 15 %“
- Peripherer Zugang in der nicht betroffenen Seite
- Oberkörper hoch
- ggf. Hypoxämie 4l O₂/min nasal

Leitsymptom **akuter Schwindel**

Lebenszeitprävalenz Schwindel liegt bei etwa 20 bis 30 %.

- die fälschliche, unangenehme Wahrnehmung einer Bewegung des Körpers
- wie Drehen und Schwanken und/oder der Umgebung.
- Untersuchung: AZ, RR, Puls, freier Gang mgl. , Unterberger, Nystagmus?

Leitsymptom **akuter Schwindel**

- benigner peripherer paroxysmaler Lagerungsschwindel [BPPV])
typisch: Lageänderung im Bett Attackenschwindel, **Sekunden**
danach symptomfrei ggf. SEMONT- Manöver

- **Akuter, dann anhaltender Schwindel ohne Auslöser:**
mit Unfähigkeit frei zu Stehen/zu Gehen, Übelkeit und /oder Erbrechen ,
u.U. schwerkrank,

z.B. akuter Vestibularisausfall, akutes cerebelläres Syndrom

Therapie: MCP, ggf. Lorazepan: Einweisung

Leitsymptom akuter **Schwindel**

- Orthostatischer Schwindel.... Siehe Synkope/Präsynkope
- **Schwank**schwindel wie Boot fahren = Gleichgewichtsstörung
im Stehen/Gehen = besonders im Dunklen, Halt suchend

bei bilateraler Vestibulopathie, SAE, Hypotonie, Intoxikation
Folge oft Stürze.... eher chronisches Problem
- Schwindel als **somatoforme Störung** , angstbetont, kontextabhängig

Entscheidend ist der klinische Befund: AZ, RR, Puls, freier Gang mgl. , Unterberger, Nystagmus?

1.2. Kopfschmerz/Migräne

- Basis:

 - International Classification of Headache Disorders
(3rd edition - 2013)

- Diagnose und Differentialdiagnose

- Therapie der Attacke

DD: Akuter Kopfschmerz

- - akute SAB („wie Schlag mit einem Hammer“)
 - intrazerebrale Blutung
 - Gefäßdissektion
 - Hypophyseninfarkt
 - nicht rupturierte Gefäßfehlbildung
- subakuter KS bei Meningitis (Fieber? Meningismus?)
- subakuter KS bei Arteriitis temporalis (lok. DS, Kauschmerz)

= sowas hatte ich noch nie!

RTW, Klinik

DD: Akuter Kopfschmerz benigne?

- primärer KS bei körperlicher Anstrengung
- primärer KS bei sexueller Aktivität
Präorgasmus-/ Orgasmus-KS
- primärer Hustenkopfschmerz
- primärer Donnerschlag-KS (benigner Vasospasmus)

Diagnose erlaubt wenn: **Ja, sowas hatte ich schon mal, wurde abgeklärt.**

Dann: keine Konsequenz

Migräne ohne Aura (90% aller Attacken)

Dauer: 4 bis 72 Stunden

- Gekennzeichnet durch **mindestens ZWEI** der folgenden Schmerzmerkmale
 - Einseitig
 - Pochend
 - Mittelschwer bis schwer
 - Verstärkung durch Bewegung („Treppentest“)
- **EINES** der folgenden Begleitsymptome
 - Übelkeit
 - Erbrechen
 - Photophobie, Phonophobie

Migräne **ohne** Aura

- **mindestens 5 Attacken**, welche die vorgehenden Kriterien (I) erfüllen
- Wenigstens eine der nachfolgenden Bedingungen trifft zu:
 - Vorgeschichte,
 - körperliche und ggf. weitere Untersuchungen geben **KEINEN Hinweis auf eine ursächliche Erkrankung**
 - Eine andere Erkrankung liegt vor, die Migräne manifestierte sich NICHT im zeitlichen Zusammenhang.

Migräne MIT Aura

- **Mindestens 2 Attacken**, welche die vorgehenden Kriterien (I) erfüllen
- Wenigstens **DREI** der nachfolgenden 4 Bedingungen treffen zu:
 - Ein oder mehrere voll **REVERSIBLE** Aurasymptome als Ausdruck einer fokalen Funktionsstörung in Cortex oder Hirnstamm
 - Wenigstens ein Aurasymptom entwickelt sich **ALLMÄHLICH über mehr als 4 min.** hinweg,
 - zwei oder mehr Symptome können in Folge auftreten
 - Kein Aurasymptom länger **60** min
 - Intervall Aura-/Kopfschmerzbeginn max. **0 bis 60** min

Migräne mit **typischer** Aura

- Kriterien (III) erfüllt
- Ein oder mehrere Aurasymptome treffen zu:
 - **Homonyme** Sehstörung
 - **Einseitige** Parästhesien oder sensibles Defizit
 - Einseitige Parese
 - Aphasie oder nichtklassifizierbare Sprachstörung
 - isolierte Auren möglich!!

Therapie der Migräneattacke

Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie © DGN 2018 |

- Sumatriptan 6mg s.c. wirksamste Therapie
- **Notdienst : 1000mg ASPISOL i.v.
10 - 40 mg MCP i.v.**
- 1000mg Novamin wirksam,
- Paracetamol: Wirkung nicht belegt

- **Status migraenosus: einmalige Gabe von 50–100 mg Prednison
oder 4–8 mg Dexamethason (plus Aspisol ggf. plus Sumatr.)**

- Eletriptan (RELPA[®]X 20 -40mg Filmtbl.) und
- Rizatriptan (Maxalt 5-10mg Schmelz) die wirksamsten oralen Medikamente
- Je früher genommen, um so wirksamer
- Kombination von Triptanen mit Naproxen ist wirksamer als die Monotherapie.

1.3. Kurzzeitiger Bewusstseinsverlust

= TLOC, „transient loss of consciousness“:

DD - Synkope

- epileptischer Anfall
- psychogener Zustand? (eher **geschlossene Augen**, >2min)
- REM-Schlaf assoziierte Verhaltensstörung?
(erweckbar, Traumerinnerung)

1.3. Epileptischer Anfall

- Handelt es sich wirklich um einen epileptischen Anfall?

für/gegen epil. Anfall

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| - Zungen-/Wangenbiss | +1 |
| - vorher Deja vu | +1 |
| - dabei Kopfwendung | +1 |
| - postikt. Verwirrung | +1 |
| - Auslöser langes Stehen | -2 |
| - Auslöser schnelles Aufstehen | -2 |
| - Schwitzen vor Attacke | -2 |
| - kürzer als 1 Minute | -1 |
| - Zuckungen ohne ton. Phase | -1 (in 80% aller Synkopen, 30s) |

1.3. Epileptischer Anfall/Synkopen

1. Vasovagale Synkopen/Reflexsynkopen

- vorwiegend vagal bedingte Bradykardie oder Asystolie
- z. B. Schlucksynkope: typ. in grossen Schlucken stehend Sprudel getrunken, nach Sekunden am Boden zu sich gekommen
- z.B. Miktionsynkope: typ. Mann uriniert stehend, eher nachts

1.3. Epileptischer Anfall/Synkopen

2. Neurogene orthostatische Hypotension

unzureichenden sympathisch vermittelten Vasokonstriktion

z.B. bei Diabetes mellitus, Parkinson-Syndrom

definiert durch einen anhaltenden

systolischen Blutdruckabfall um ≥ 20 mmHg

(bzw. ≥ 30 mmHg bei Vorliegen eines Liegendhypertonus)

und/oder einen

diastolischen Blutdruckabfall um ≥ 10 mmHg innerhalb von 3 Minuten nach dem Hinstellen

- typisch: länger halb liegend vor dem TV, dann aufstehen, losgehen nach wenigen Schritten „schwarz“ ,
- am Boden nach Sekunden zu sich kommen, alleine Aufstehen ohne Defizit-
evtl. erneutes Ereignis

1.3. Epileptischer Anfall/Synkopen

3. Kardiogene Synkopen

- * Arrhythmie?
- * Infarkt?

Exam TLOC:

- RR/Puls?
- Atmung? Auskultation?
- Bewusstsein?
- Verletzungen?
- Fokalneurologisches Defizit?
- Hinweise für Herzinsuffizienz?
- Hinweise für GI-Blutung?
- Fremdanamnese!

Epileptischer Anfall

Grand mal

tonisch – klonischer Anfall, ca. 1 min.
auch Wangenbiss, Einnässen
ca. 1 min, danach Reorientierung, Nachschlaf

DD (myoklonische= konvulsive) Synkope: dauert Sekunden

Frage nach Vorerkrankungen!
(Epilepsie, Hirntumor, Alkohol?)

- Therapie: Verletzung verhindern, Zahnersatz entfernen
kein Beisskeil

Epileptischer Anfall

fokaler Anfall mit gestörtem Bewusstsein

- = psychomotorischer Anfall
- = komplex-fokaler Anfall
- = dyskognitiver Anfall

- evtl. epigastrische oder olfaktorische Aura, déjà vu
- wach aber nicht ansprechbar, starrer Blick,
- Mundbewegungen, automatisches Verhalten

Problem: dieser **Status** imponiert

klinisch als Verwirrheitszustand DGN Leitlinien 2017

Akute symptomatische epilept. Anfälle

Hat dieser Anfall eine primär behandlungsbedürftige Ursache?

- akuter Zusammenhang mit
 - ZNS-Infektion
 - Schlaganfall = sog. „Frühanfall“
 - Schädel-Hirn-Trauma
 - Entzugssituation(=epileptische Reaktion= Gelegenheitsanfall)
- Epilepsie nachfolgend in etwa 20–30 % der Fälle

(Hesdorffer et al. 2009, Leung et al. 2010).

Epileptischer Anfall/Therapie

Wenn: - bereits beendeter Anfall bei bekannter Epilepsie

- kein neues neurologisches/psychisches Defizit

- sicherende Person vor Ort

Dann: keine akute Massnahme

Behandler aufsuchen

Wenn Erstanfall: Klinik

Status epilepticus : nicht selbst terminierenden Anfälle

Ununterbrochene Anfallsaktivität

- **Grand-mal-Status (>5min) = lebensbedrohlich**
- fokal-motorischer-Status (>20-30min)
- nonkonvulsiver Status (Absencen , komplex-fokal) >20min)

Einweisung per RTW auch wenn Anfälle sistieren

Anfallsserie: unterbrochene Folge von Anfällen
2. Anfall innerhalb einer Stunde

Nur wenn bekannte Epilepsie
Anfallsserie sistiert
und sichernde Person: keine Einweisung

Therapie

nach DGN Leitlinien 2017

Status epilepticus und Anfallsserie

1. RTW, begleitete Einweisung

2. Benzodiazepine bleiben Medikamente der ersten Wahl

*Lorazepam i. v.

ist anderen Benzodiazepinen vorzuziehen,

weil ein Wiederauftreten des Status
unter Lorazepam weniger wahrscheinlich ist.

Therapie Status epilepticus und Anfallsserie

- Lorazepam : 0,05 mg/kg, (2–4 mg)
ggf. nach 5 Minuten einmal wiederholen
- Diazepam 0,25 mg/kg i. v.
(5 mg/min, ggf. wiederholen, max. 30 mg)
(bei fehlender Erfahrung mit Lorazepam)
- Diazepam 10-20 mg Rektiole (rektal)
(bei Nichtverfügbarkeit eines i. v. Zugangs)
- Midazolam 0,15-0,2 mg/kg i. v. als Bolus, dann 0,05-0,2 mg/kg/h
BUCCOLAM Fertigspritzen zur bukkalen Anwendung mit
2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg oder 10 mg



2.1. Psychiatrische Notfälle:

machen etwa 10% aller notärztlichen Einsätze

Häufigkeiten:

- 50-60% Auswirkungen einer bestehenden psychischen Erkrankung (v.a. Schizophrenie, Suchterkrankungen),
- 25% zwischenmenschliche Konflikte
- 20-25% Alkohol-assoziiert (Entzug, Intoxikationen, Delir)
- 20% „seelische Krise“
- 10-20% Suizidalität bzw. nach Suizidversuch

Überlappung und gleichzeitiges Bestehen von mehr als einer Notfallkategorie häufig!

2.1. Besonderheit des **psychiatrischen** Notfalls

- Ärztliches Gespräch/Behandlung u.U. abgelehnt
- Vorerkrankungen, Verlauf?
- Fremdanamnese anstreben
- Vorsicht: verfolgt die „3. Person“ eigenes Interesse
- Sichere Entscheidung trotzdem notwendig
- Im Zweifelsfall ist die „gefährlichste“ Diagnose anzunehmen

2.2. Psychiatrische Notfalluntersuchung

- Sicheres, vertrauenswürdiges Auftreten, mein outfit?
- Vorstellung als Arzt
- Situation strukturieren = Setting!
- Hilfe zusichern
- **Erst** nach körperlichen Symptomen
(z.B. Schmerzen?) fragen
- Dann nach psychischen Symptomen (Angst?) fragen

Psychiatrische Notfalluntersuchung

- **Fragen nach Suizidalität STELLEN!**
(auch endlich für immer Ruhe haben wollen...)
- Fragen nach Fremdgefährdung stellen!
(Den bring ich um! Spreng alles in die Luft!)
- Nach Substanzen fragen
- Verhaltensbeobachtung
- Orientierender körperl. Befund
(RR, Puls, Fieber, Gangbild, Paresen, BZ, Alkoholfoetor?)

Therapie des Psychiatrischen Notfalls

Mavrogiorgou 2011, UKE 2015

- **Nicht-pharmakologische Maßnahmen**
(verbale Deeskalation, Reizabschirmung) einsetzen
- **Psychopharmaka** zur Beruhigung und nicht zur Schlafinduktion einsetzen
- Patienten soweit wie möglich in die Auswahl und Applikationsform der Psychopharmaka mit einbinden
- Der Patient hat immer ein Recht auf **Information!**
- Orale der parenteralen Medikation vorziehen

2.3. Typische Syndrome und ihre Therapie im KÄND

- Angst
- Erregungszustand
- Verwirrtheitszustand
- Stupor
- Suizidalität

Angststörung/Panikattacke

- Mit/ohne unmittelbaren Anlass,
in Supermarkt od. zuhause aus Ruhe
- Oft primär Körpersymptome vorgetragen:
- Angst: bewusstlos zu werden, zu sterben, Herzrasen,
Erstickungserleben, Kribbeln, Hände und Füße steif,
gelähmt
- **Frage gezielt nach Angst:** Todesangst
u. nach ähnlichen Attacken früher!

Angststörung/Panikattacke

- BEFUND:
 - .bewusstseinsklar, vollständig orientiert,
 - .agitiert, ängstlich angespannt,
 - .nicht depressiv,
 - .keine Halluzinationen, kein Wahn,
 - .keine kognitive Störung,
 - .Kontakt und Hilfe suchend!**

ggf. hyperventilierend, hoher Puls und hoher RR, Extremfall: tetanische Hände

Fehldiagnose hypertensive Entgleisung?

Angststörung/Panikattacke

THERAPIE im Notdienst:

- Ich sehe, dass es Ihnen sehr schlecht geht!
- Ungefährlichkeit der Diagnose zusichern
- wenn notwendig 1-2 mg Lorazepam p.o. Tavor expidet
oder i.v. (Tavor Amp. 1ml = 2mg)
- oder 5-10mg Diazepam

Akuter Erregungszustand

Vorkommen bei:

- Schizophrenem Schub
- Manischer Episode
- Akute Belastungsreaktion
- Alkohol-/ Drogen-/ Medikamentenwirkung
- Deliranter Episode/organischer Hirnerkrankung

Akuter Erregungszustand

Probleme:

- Anamnese aus Situation kaum möglich
- Notwendige Befunde können kaum erhoben werden (aber Sorgfaltspflicht).
- Es bleibt bei einer **Syndromdiagnose**.
- Kurze „Ruhe vor neuem Sturm“ mgl.
- Furches Auftreten kann Aggression fördern
- u.U. Einweisung nach PsychKG

Akuter Erregungszustand

Therapie:

- Mittel der Wahl:

2 -6 mg Lorazepam (Tavor expidet) p.o./ i.v.

- alternativ oder additiv:

5 bis 10- bis 20mg Diazepam i.m. oder i.v.

Haloperidol 5 bis 10mg p.o. i.m. (i.v. verboten)

Olanzapin Schmelztbl. 5mg p.o.

Vorsicht bei Intoxikation mit BTM, Psychopharmaka, bes.
Sedativa od. Alkohol: ggf. RTW dazu

Delirantes Syndrom/Verwirrtheitszustand

Befund:

desorientiert,

deutlich unkonzentriert,

erschwerter Kontakt

gestörtes Kurzzeitgedächtnis,

hyperaktiv, plötzliche Änderungen

schreckhaft,

schlaflos, nachts schlechter

Halluzinationen möglich

aber auch **HYPOAKTIVES** Delir möglich

Delirantes Syndrom/Verwirrtheitszustand

Zwingend: Nachweis einer ursächlichen zerebralen/organischen Erkrankung

- kardiale oder pulmonale Insuffizienz
- BZ-Problem, Exsikkose, Fieber,
- Intoxikation und Entzug
- Hirninfarkt mit isolierter Aphasie, SDH
- M. Parkinson/Medikation
- Status komplex-fokaler (=dyskognitiver) Anfälle
- Demenz

Besonderheit **Alkoholentzugsdelir 1**

- Gedächtnisstörungen, Desorientiertheit und Denkstörungen (verworren, vorbeiredend)
- Psychomotorische Unruhe , Schreckhaftigkeit
- Affektive Störungen mit Heiterkeit oder Angst (Selbst- und Fremdgefährdung!)
- Epileptische Anfälle bei 20%, bevorzugt im anlaufenden Delir („Prädelir“)
- AWMF Leitlinie 2014

Besonderheit Alkoholentzugsdelir 2

Symptomgruppe **halluzinatorische Psychose**

- Illusionäre Verkennungen mit Beziehung zum Alkohol (Pfleger wäre der Kellner)
- Szenische, optische und taktile Halluzinationen (Würmer, Käfer, kleine Elefanten...)
- seltener akustische (z.B. Marschmusik)
- Suggestibilität (Patient liest vom leeren Blatt)

Besonderheit Alkoholentzugsdelir

Symptomgruppe **neurovegetative Entgleisung**

- Hyperthermie bis 38,5 °C
- Hypertonie bis 180/110 mmHg
- Tachykardie

- auch Hyperventilation
- Profuse Hyperhidrose

- Grobschlägiger Tremor (8–9 Hz)
- Hyperreflexie, Mydriasis

Delirantes Syndrom/Verwirrheitszustand

Therapie:

- Vitalfunktionen (Flüssigkeit?) sichern
- auch bei pos. Suchtanamnese ist andere körperliche Erkrankung mgl.
- bei Entzugssyndrom ohne halluzinatorische Psychose, absprachefähiger Pat.
- und **nur wenn Ursache und verlässliche Überwachung gesichert:**
 - 1 bis 3mg Lorazepam p.o. oder i.v.**
 - 4-6x tägl. 1 mg p. o., Reduktion um 10% pro Tag
 - oder 5-10mg Diazepam i.m. oder i.v.....
- Einweisung wenn:
 - desorientiert, Anfall, Psychose
 - keine verlässliche 2. Person vor Ort
 - komplizierte Verläufen in der Vorgeschichte

Stupor

Eindeutige Verminderung:

- spontaner Bewegung und Aktivität
(Extremform: Katalepsie)
- der Reaktionen auf die Umgebung
- der Sprache („reglos mutistisch mit offenen Augen“)

Stupor bei

- Akute Belastungsreaktion („Totstellreflex“)
- Katatone Schizophrenie
- schwerste Depression

- Meningoenzephalitis, Hirndruck, Demenz
- Coma diabet./ uräm., M.Addison

- Pharmakogen: Neuroleptika, BTM, Cortison

- Auch als Sonderform des Delirs (hypoaktives Delir)

Stupor

Vorgehen:

- Vitalparameter
- Reizabschirmung, Zuwendung
- Wenn Dg. sicher und Medikation notwendig:
0,5 bis 2mg Lorazepam p.o./ i.v.
(oder 5-10mg Diazepam i.v.)
- Einweisung

Suizid (20 von 100.000!)

Anamnese:

- vorbestehende Depression, Schizophrenie,
- schwere organische Krankheit

besonderes Risiko für Suizid:

- .früherer Suizidversuch,
- .Männer, höheres Alter, Alleinlebende, Verwitwete, Geschiedene

- .bei Jugendlichen Todesursache Nr.2!

Präsuizidales Syndrom

Anamnese:

- Zunehmende Einengung von:
Verhalten, Affekt u. sozialen Kontakten
 - Selbstmordphantasien/-gedanken/-pläne
 - 80% (!!)
- kündigen ihren Suizid an.

Präsuizidales Syndrom

Therapie:

- Geäußerte Suizidgedanken ernst nehmen.
- Gespräch: Hilfe zusichern!
- 1-2mg Lorazepam p.o./i.v.
- (5-10mg Diazepam p-o. oder i.v.)

- EINWEISUNG, ggf. Begleitung im RTW

- Einweisung nur dann nicht indiziert, wenn:
 - * Pat. absprachefähig
 - * sichernde soziale Situation
 - * Facharztkontakt in den nächsten 24 Std.

Z.n. Suizidversuch

Therapie:

- organische Komplikationen des Suizidversuchs behandeln
- Suche nach Hinweisen auf Intoxikation, Art der Substanz
- Gespräch: Kontakt aufrechterhalten, Informationen gewinnen, Hilfe zusichern
- bei Agitiertheit/Angst: Lorazepam p.o./i.v.
- **EINWEISUNG**, ggf. Begleitung im RTW

2.4. Einweisung nach PsychKG M-V

- es muss eine **psychische Krankheit** festgestellt werden,
- infolge derer eine **erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung** vorliegt,
- **also Gefahren für** * Gesundheit u. Leben des Betroffenen
 - * Dritte
 - * andere bedeutende Rechtsgüter
- **nur durch Unterbringung** und Behandlung in einer psychiatrischen Klinik **abzuwenden**

Einweisung nach Psych/KG (früher „Zwangseinweisung“)

- die **freie Willensbestimmung (Einsichts- und Urteilsfähigkeit) des Patienten ist krankheitsbedingt stark beeinträchtigt,**
- die Zusammenhänge zwischen psychischer Erkrankung und drohender Eigen- oder Fremdgefährdung müssen objektivierbar sein.
- Pat. **MÜSSEN** dann auch gegen ihren Willen in einer geschlossenen Abteilung behandelt werden.
- **Bei Unterlassung macht Arzt sich strafbar.**

Einweisung nach PsychKG M-V **trifft zu**

- gegen den Willen des Pat. bei psych. Krankheit
- willenloser Pat.
- für Pat. unter elterlicher Sorge ist deren Wille verbindlich
- für betreute Pat. (früher Vormundschaft) ist Wille des Betreuers verbindlich
(= durch Betreuungsgericht bestellter Betreuer)

§ 15 Sofortige Unterbringung PsychKG M-V

- ohne vorherige gerichtliche Entscheidung kann durch den Landrat oder den Oberbürgermeister vorgenommen werden, wenn
- das einzige Mittel ist, um die von den Menschen mit psychischen Krankheiten aufgrund ihres krankheitsbedingten Verhaltens ausgehende gegenwärtige Gefahr im Sinne des § 10 abzuwenden
- ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand des Menschen mit psychischer Krankheit vorliegt
- ärztliches Zeugnis ist der qualifizierte Einweisungsschein beinhaltend medizinische Diagnose und benannte Gefährdung

Einweisung nach PsychKG M-V

- **Arzt benachrichtigt** Landrat/OB
(über Rettungsleitstelle den Bereitschaftsdienst
kann sein: Amtsarzt oder Vertreter, auch Beamter der Feuerwehr)
- Landrat/OB sind die formal die Ausführenden
-
- im Zuge der Amtshilfe real die Polizei
- Nachfolgend Antrag auf Anordnung sofortiger
freiheitsentziehender Unterbringung beim AG **durch Klinik**
- für jede freiheitsbeschränkende oder -entziehende
Maßnahme ist eine richterliche Genehmigung beim
zuständigen Amtsgericht einzuholen.

3. Flash: Psychopharmaka

CYTOCHROM P450 Interaktion/Beispiele

Schaden durch ZUGABE einer 2. Substanz

Pat. leidet unter paranoider Schizophrenie
nimmt 100mg **Clozapin**/die, (abgebaut über CYP 1A2 u. 3A4)

wg. Hodeninfektion **Enoxacin** (inhibiert CYP 1A2, 3A4)
(genau wie der Gyrasehemmer Ciprofloxacin)

Effekt: hoch toxischer Clozapinspiegel

8 Std. nach der letzten Einnahme 913mg/l normal 0,05-0,7 mg/l; toxisch: > 0,8 mg/l

Toxische Spiegel von Clozapin senken die Krampfschwelle.
am 4. Tag Grand mal, lebensbedrohlicher Zustand

Vielen Dank für's Zuhören!

Lesen Sie b. Bed. nach in:

- . ICD-10 (Definition von Diagnosen)
- . AWMF.Leitlinien: DGN u. DGPPN
- . Benkert/Hippius Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie
- . [www. Gesetze-MV..../PsychKG](http://www.Gesetze-MV..../PsychKG)



Nichts Menschliches ist uns fremd!

(n. „Der Selbstquäler“, Terenz ca. 160v. Chr.)