



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



# Psychiatrische Notfälle und deren Behandlung (ICD-10: F0-F9)

## Vorlesung F1

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)



**SOS**

„...2... 17/52“ Dennis Skley  
Download 10.7.2015



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



## **Erstellung des Inhalts durch das Lehrteam Psychiatrie**

Bei Fragen, Anregungen und Kritik schreiben Sie an [parchmann@uke.de](mailto:parchmann@uke.de)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Zentrum Psychosoziale Medizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg  
Gebäude W37



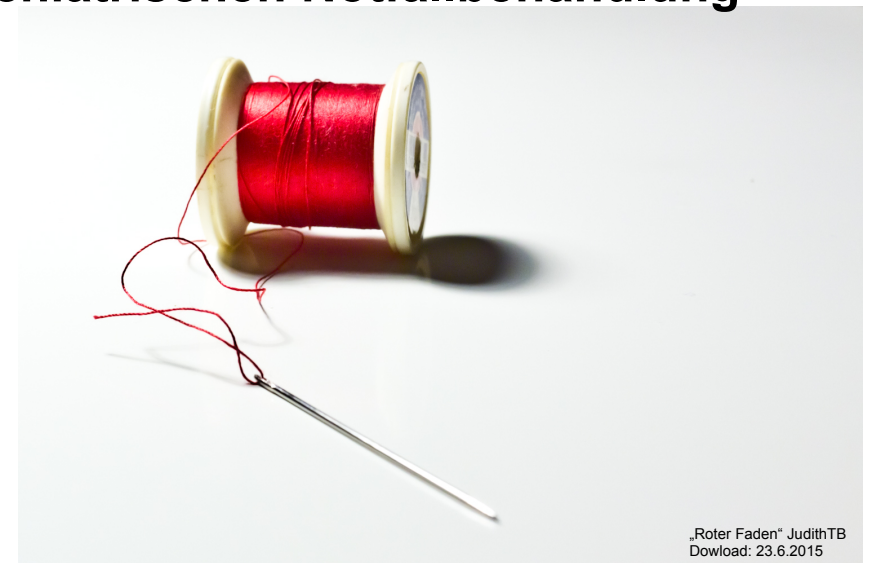


## 1. Einführung

- 1.1 Definition und Häufigkeit des psychiatrischen Notfalls
- 1.2 Vorgehen in der psychiatrischen Notfallsituation
- 1.3 Psychopharmaka für den psychiatrischen Notfall

## 2. Notfall-Syndrome und deren Behandlung

## 3. Zusatzmaterial: Rechtliche Aspekte der psychiatrischen Notfallbehandlung



### Definition:

Ein psychiatrischer Notfall ist ein Zustand, der in der Regel durch eine **psychische Erkrankung bedingt** ist und der einen **unmittelbaren Handlungszwang zur Abwendung von Lebensgefahr** oder von anderen schwerwiegenden Folgen mit sich bringt.

- sofortige, an der akuten Symptomatik orientierte, gezielte Therapie, um eine Gefahr für die Gesundheit des Patienten und evtl. anderer Personen abzuwenden.



Quellenangabe: Pajonk et al. (2001). Der psychiatrische Notfall im Rettungsdienst. Nervenarzt 72, 685-692.





## 1.1 Definition und Häufigkeit des psychiatrischen Notfalls

### Häufigkeit:

Psychiatrische Notfälle machen etwa 10% aller notärztlichen Einsätze aus, in der Klinik 10-20%.

- 50-60% als Auswirkungen einer bestehenden psychischen Erkrankung (v.a. Schizophrenie, Sucht),
- 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!





## 1.2 Vorgehen in der psychiatrischen Notfallsituation

- Stellt der Patient eine akute Gefahr für Untersucher, Personal oder sich selbst dar?
- Kann eine unmittelbare vitale Bedrohung durch eine internistische oder chirurgische (Grund)Erkrankung ausgeschlossen werden?
- Vorläufige diagnostische Einschätzung von:
  - (a) Notfallsyndrom und
  - (b) zugrundeliegender psychiatrischer Störung durch Fremdanamnese und Verhaltensbeobachtung.
- Festlegung der Behandlungsstrategie und – modalität (freiwillig – unfreiwillig, sofort – nach Aufnahme/Übernahme).
- Erste syndromale Verdachtsdiagnose stellen.



„Arzt mit Stethoskop“ Techniker Krankenkasse Download 10.7.2015



## 1.2 Vorgehen in der psychiatrischen Notfallsituation

- Psychopharmakologische Behandlung möglichst auf der Basis einer (vorläufigen) diagnostischen Einschätzung.
- Psychopharmaka zur Beruhigung und nicht zur Schlafinduktion einsetzen.
- Patienten soweit wie möglich in die Auswahl und Applikationsform der Psychopharmaka mit einbinden.
- Orale der parenteralen Medikation vorziehen.
- Nicht-pharmakologische Maßnahmen (u.a. verbale Deeskalation, Reizabschirmung) begleitend einsetzen.



„Arzt mit Stethoskop“ Techniker Krankenkasse Download 10.7.2015



## 1. Einführung

## 2. Notfall-Syndrome und deren Behandlung

2.1 Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka

2.2 Suizidalität und akute Belastungsreaktion

2.3 Psychomotorische Erregungszustände

2.4 Hypovigilant-hypoaktive psychiatrische Notfälle

2.5 Spezifische Syndrome durch Intoxikation mit psychotropen Substanzen

## 3. Zusatzmaterial: Rechtliche Aspekte der psychiatrischen Notfallbehandlung





## Drei wesentliche Anforderungen an Psychopharmaka im Notfall:

### **Hohe Sicherheit**

(Verträglichkeit, Zulassung) bei häufig akut nicht einsichtsfähigen Patienten

### **Hohe Wirksamkeitswahrscheinlichkeit**

in Bezug auf die Zielsymptomatik

**Hohe Applikationssicherheit** und kurze  
Wirkdauer



## Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka

Indikation	Dosierung	Besonderheiten	CAVE
<b>Haloperidol</b> <span style="color: red;">Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka im Überblick</span>			
<ul style="list-style-type: none"><li>Psychotische und delirante Zustände, psychomotorische Erregung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>i.m., p.o. 5-10mg</li><li>Bei älteren Patienten niedrige Dosierung (zunächst 0.5-1.5mg)</li><li>Ggf. Wiederholung alle 30min</li><li>Nicht mehr als 100mg/24h/oral und 60mg/24h/i.m.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Gute kardiovaskuläre Verträglichkeit in geringeren Dosen</li><li>EPMS-Risiko hoch (auch in geringen Dosen)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>QTc Verlängerung möglich</li><li>In hohen Dosen nur mit Monitorüberwachung (ventrikuläre Tachyarrhythmie mit Gefahr Torsades de pointes): <b>Haloperidol nicht i.v. verordnen!</b></li></ul>
<b>Zuclopenthixolacetat</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>Initialbehandlung von akuten Psychosen, Manien oder Exazerbation chronischer Psychosen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>i.m. 50-150mg, 1-2malige Wiederholung alle 2-3 Tage</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kurzzeitdepot mit guter Wirksamkeit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>QTc Verlängerung möglich</li><li>Verzögerter Wirkungseintritt (6-8h)</li><li>Starke Sedierung</li><li>Lange HWZ</li><li>Frühdyskinesien möglich</li></ul>





## Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka

Indikation	Dosierung	Besonderheiten	CAVE
<b>Olanzapin</b> <span style="color: red;">Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka im Überblick</span>			
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Psychotische Zustandsbilder</li><li>▪ Psychomotorische Erregung bei Schizophrenie, Manie (insbesondere bei erhöhter EPMS Neigung)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ i.m. initial 2.5-5mg, maximal 20mg</li><li>▪ p.o. initial 10-20mg</li><li>▪ Wiederholung alle 30min. Möglich</li><li>▪ i.m. nicht mehr als 20mg/24h bis maximal 3 Tage</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Geringes EPMS-Risiko</li><li>▪ Problemloser Übergang in Erhaltungstherapie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ QTc Verlängerung möglich</li><li>▪ Bei i.m. Therapie schnelle Umstellung auf orale Applikationsform anstreben</li><li>▪ Keine i.v. Applikation</li><li>▪ Keine Kombination mit BZD</li><li>▪ CAVE: Kombination mit Alkohol</li></ul>
<b>Aripiprazol</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Schnelle Beherrschung von Erregungszuständen bei Schizophrenie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ i.m. initial 9.75mg (1.3ml) als einmalige i.m.-Injektion; ggf. auch niedrigere Dosis (5.25mg, 0.7ml)</li><li>▪ Wiederholung nach 2h möglich</li><li>▪ Maximal 3 Injektion/24h</li><li>▪ Höchstdosis 30mg/24h</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sehr geringe metabolische NW</li><li>▪ QTc Verlängerung gering</li><li>▪ Kaum EPMS</li><li>▪ Kaum Prolaktinerhöhung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Datenlage zur Effektivität noch unvollständig</li><li>▪ Bei i.m. Therapie schnelle Umstellung auf orale Applikationsform anstreben</li><li>▪ Vorsicht bei Kombination mit BZD</li></ul>



## Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka

Indikation	Dosierung	Besonderheiten	CAVE
<b>Ziprasidon</b> <span style="color: red;">Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka im Überblick</span>			
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Schnelle Beherrschung von Erregungszuständen bei Schizophrenie für die Dauer von 3 aufeinanderfolgenden Tagen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ i.m. Einzeldosis 10mg</li><li>▪ Wiederholung alle 2h möglich bis maximal 40mg/24h</li><li>▪ Umsetzen auf orale Applikation innerhalb von 3 Tagen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sehr geringe metabolische NW</li><li>▪ QTc Verlängerung gering</li><li>▪ Kaum EPMS</li><li>▪ Kaum Prolaktinerhöhung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ QTc Verlängerung möglich (dosisabhängig)</li><li>▪ Schnelle Umstellung auf orale Applikationsform anstreben</li><li>▪ Vorsicht bei Kombination mit BZD und anderen Psychopharmaka</li></ul>
<b>Lorazepam</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Psychomotorische Erregung leichteren Grades</li><li>▪ Adjuvans bei stärkerer Erregung (v.a. mit Haloperidol)</li><li>▪ Angstzustände</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ i.v./i.m. initial 0.5-1mg</li><li>▪ p.o. initial 1-2.5mg</li><li>▪ Ggf. Wiederholung alle 60min.</li><li>▪ Nicht mehr als 7.5mg/24h</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Relativ kurze HWZ</li><li>▪ Keine Aktiven Metaboliten</li><li>▪ Gut steuerbar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hypotonie und Atemdepression, v.a. bei hohen Dosen und bei i.v. Gabe</li><li>▪ i.v. Applikation sehr langsam</li></ul>



## Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka

Indikation	Dosierung	Besonderheiten	CAVE
<b>Diazepam</b> <span style="color: red;">Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka im Überblick</span>			
<ul style="list-style-type: none"><li>Symptomatische Behandlung von akuten und chronischen Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>i.v./i.m. initial 10-20mg, Höchstdosis 60mg/24h</li><li>p.o. initial 5-10mg, Höchstdosis 60mg/24h</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Lange HWZ (72h)</li><li>Aktiver Metabolit</li><li>Rasche Wirkung, aber lange anhaltend</li><li>Schlechte Steuerbarkeit</li><li>Kumulationsgefahr</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>CAVE: Hypotonie und Atemdepression, v.a. bei hohen Dosen und bei i.v. Gabe</li><li>i.v. Applikation sehr langsam</li><li>CAVE: Thrombophlebitis</li></ul>
<b>Melperon</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>Leichte bis mittelgradige psychomotorische Erregung und Unruhe bei geriatrischen oder internistischen Patienten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>p.o. initial 50-100mg</li><li>Höchstdosis 400mg/24h</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Gut sedierende Wirkung bei mäßig antipsychotischer Wirkung und fehlender anticholinergischer Eigenschaften</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>QTc Verlängerung möglich</li><li>Ausgeprägte orthostatische Hypotension</li><li>Keine parenterale Applikation</li></ul>



## Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka

Indikation	Dosierung	Besonderheiten	CAVE
<b>Promethazin</b> <span style="color: red;">Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka im Überblick</span>			
<ul style="list-style-type: none"><li>Unruhe und Erregungszustände im Rahmen von psychischen Erkrankungen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>i.v./i.m. initial 10-20mg, Höchstdosis 60mg/24h</li><li>p.o. 5-10mg, Höchstdosis 60mg/24h</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Gute sedierende Eigenschaften</li><li>Kombination mit Haloperidol i.m. evaluiert</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>QTc Verlängerung möglich</li><li>CAVE: Bei i.v. Applikation RR- und Atemkontrolle</li><li>CAVE: Vorsicht bei Alkoholintoxikationen und anderen Psychopharmaka (v.a. Antidepressiva): kardiale NW, Delir, Senkung der Krampfschwelle</li></ul>
<b>Pipamperon</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>Schlafstörungen, insbesondere bei geriatrischen Patienten</li><li>Psychomotorische Erregungszustände</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>p.o. initial 40-120mg</li><li>Höchstdosis 360mg/24h</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Gut sedierende Wirkung bei mäßig antipsychotischer Wirkung und fehlender anticholinergischer Eigenschaften</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>QTc Verlängerung möglich</li><li>Ausgeprägte orthostatische Hypotension</li><li>Keine parenterale Applikation</li></ul>



Indikation	Dosierung	Besonderheiten	CAVE
<b>Risperidon</b> <span style="color: red;">Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka im Überblick</span>			
<ul style="list-style-type: none"><li>Schizophrenie, manische Episoden</li><li>Kurzzeitbehandlung (max. 6 Wochen) von anhaltender Aggressivität bei Patienten mit Alzheimer-Demenz</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>p.o. initial 1-2mg</li><li>Höheres Lebensalter, z.B. Demenz: 0,25-1mg</li><li>Höchstdosis 12mg/24h</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Antipsychotisch beruhigende Eigenschaften</li><li>Auch bei Jugendlichen evaluiert</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>QTc Verlängerung möglich</li><li>Keine parenterale Applikation für die Akutbehandlung</li></ul>



Geschafft!! 😊



## Übersicht Applikationsformen

Substanz	i.v., per inf.	i.m., akut	Schmelztabelle (Wafer)	Lösung	Orale Form
<b>Antipsychotika</b> <small>a) Aufgrund von Verlängerung des QT-Intervalls im EKG und/oder ventrikuläre Arrhythmien/Torsade de pointes; auch wegen seltenen plötzlichen Todesfälle</small>					
Haloperidol	- a	+	-	+	+
Zuclopenthixolacetat	-	+ (3 Tage)	-	-	-
Olanzapin	-	+	+	-	+
Aripiprazol	-	+	+	+	+
Ziprasidon	-	+	-	-	+
Risperidon	-	-	+	+	+
<b>Medikamente mit anxiolytischer und sedativer Wirksamkeit</b>					
Lorazepam	+	+	+	-	+
Diazepam	+	+	-	+	+
Promethazin	+	+	-	+	+
Melperon	-	-	-	+	+
Pipamperon	-	-	-	+	+



## 1. Einführung

## 2. Notfall-Syndrome und deren Behandlung

- 2.1 Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka
- 2.2 Suizidalität und akute Belastungsreaktion
  - Überblick
  - Multiaxiale Evaluation
  - Umgang mit suizidalen Patienten
  - Sieben Richtlinien der Suizidalität Notfall-Therapie
  - Fallbeispiel
- 2.3 Psychomotorische Erregungszustände
- 2.4 Hypovigilant-hypoaktive psychiatrische Notfälle
- 2.5 Spezifische Syndrome durch Intoxikation mit psychotropen Substanzen

## 3. Zusatzmaterial: Rechtliche Aspekte der psychiatrischen Notfallbehandlung





## Suizidalität und akute Belastung - Überblick

- 90% der Suizide kommen bei allen psychiatrischen Erkrankungen vor (v.a. bei Major **Depression**, **bipolaren Störungen**, **schizophrenen Psychosen**, **Alkohol**-bezogenen Störungen und Persönlichkeitsstörungen, v.a. **Borderline-Persönlichkeitsstörung**).
- Suizidalität kommt **auch unabhängig von psychiatrischen Störungen** vor (v.a. Terminalstadium von somatischen Erkrankungen, „Bilanzsuizid“ oder Lebenskrisen).
- Aktuelle Forschungen legen eine genetische Prädisposition für Suizidalität und suizidale Handlungen nahe (Galfalvy et al. 2011), zudem eine Gen-Umwelt-Interaktion, z.B. zwischen frühen Traumatisierungen und CRH-Rezeptor-Genvarianten (Roy et al. 2012)







**Risikofaktoren:** Major Depression, schwere Schlafstörungen, konkrete frühere Suizidversuche, komorbide Abhängigkeitserkrankung, fehlende soziale Einbindung, Verlust von Bezugspersonen und handlungsweisender Charakter der Suizidintentionen.

- Ein generell höheres Suizidrisiko haben Männer, ältere und allein lebende Menschen, psychiatrisch erkrankte Patienten sowie alters- und diagnoseunabhängig Patienten mit schlechtem Behandlungserfolg.
- Besonders gefährdet sind Personen mit Suizidversuchen in der Anamnese mit aktuell depressiver oder dysphorisch-agitierter Symptomatik.



## Suizidalität und akute Belastung - Multiaxiale Evaluation

### Individuelle Leitsymptome

psychopathologische Symptomatik (z.B. Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Angst, Impulsivität, Aggressivität, psychotische Zustandsbilder, Intoxikationen)

### Somatische Faktoren

(z.B. chronische körperliche Erkrankungen)



„Sieg“ Dennis Skley Download 16.7.2015

### Psychosoziale Belastungsfaktoren

(z.B. aktuelle Konflikte, Isolation, Misshandlung)

### Schweregrad

(z.B. Ausprägung der Letalitätsabsicht, Arrangement und Art der eventuell beabsichtigten Mittel)



## **Jede Suizidäußerung ist ernst zu nehmen, eine ausführliche Exploration ist zwingend notwendig**

- Ausführliche Anamnese, bei V.a. Suizidalität diese offen und präzise thematisieren, Absprachefähigkeit des Patienten beurteilen.
- Suizidale Patienten benötigen eine Intensivierung des zeitlichen Engagements und der therapeutischen Bindung.
- Akut suizidale Patienten, die nicht absprachefähig sind, sind unverzüglich in Begleitung in eine psychiatrische Klinik einzuweisen.
- Indikationen zur stationären Aufnahme umfassen (Nach S3-Leitlinie):  
akute Suizidgefährdung, Versorgungsnotwendigkeit nach einem Suizidversuch, Unsicherheit bei der Einschätzung der Suizidgefahr, keine tragfähige therapeutische Beziehung, Weiterbestehen von Suizidalität trotz adäquater Initialbehandlung.



## Sieben Richtlinien der Suizidalität Notfall-Therapie

1. Die Therapie ist abhängig von der Grunderkrankung, stets eine Kombination aus pharmakotherapeutischem und psychotherapeutischem Vorgehen.
2. Suizidalität bei **psychotischer Angst und/oder Erregungszuständen**: Konsequente antipsychotische Behandlung in Kombination mit Lorazepam 2-4mg p.o. (Wafer). BZD lindern Hoffnungslosigkeit vorübergehend.
3. Suizidalität bei **depressiven Störungen**: Initial Lorazepam 2-4mg p.o. (Wafer). Antidepressive beginnen/fortführen, jedoch in der Notfallsituation zweitrangig. Bei hochsuizidalen-depressiven Patienten EKT.
4. Suizidalität bei **Persönlichkeitsstörungen**: Initial Lorazepam 2-4mg p.o. (Wafer), niedrig dosiert Antipsychotika (Autoaggression- und Impulsivitätstherapie).



**SOS**



## Sieben Richtlinien der Suizidalität Notfall-Therapie

5. Suizidalität bei **Suchterkrankungen**: Bei akuter Alkohol- oder Drogenintoxikation zunächst stationäre Entgiftung.
6. Krankheitsbedingt ist für ausreichend Nachtschlaf (v.a. Durchschlafstörungen) zu sorgen. Sedierende Antipsychotika (z.B. Quetiapin, Melperon, Pipamperon) bzw. Antidepressiva (z.B. Mirtazapin) zur Nacht. Ggf. zusätzliche Verordnung eines (langwirksamen) Schlafmittels (z.B. Zolpidem, Zopiclon, Trazodon).
7. Das Vorgehen nach **stattgefundenen Suizidversuch** richtet sich nach der jeweiligen Ausprägung, Sicherung und Überwachung vitaler Funktionen haben Vorrang. Bis zur fachpsychiatrischen Evaluation ist der Patient als weiter suizidal einzustufen und entsprechende Sicherungsmaßnahmen zu ergreifen.



# SOS





## Sieben Richtlinien der Suizidalität Notfall-Therapie

Kennen Sie den „Werther-Effekt“?





## 1. Einführung

## 2. Notfall-Syndrome und deren Behandlung

- 2.1 Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka
- 2.2 Suizidalität und akute Belastungsreaktion
- **2.3 Psychomotorische Erregungszustände**
  - Unklare Erregungszustände
  - Erregungszustände bei psychiatrischen Grunderkrankungen
  - Erregungszustände bei deliranten Syndromen
  - Erregungszustände bei Intoxikationen mit psychotropen Substanzen
- 2.4 Hypovigilant-hypoaktive psychiatrische Notfälle
- 2.5 Spezifische Syndrome durch Intoxikation mit psychotropen Substanzen

## 3. Zusatzmaterial: Rechtliche Aspekte der psychiatrischen Notfallbehandlung





## Psychomotorische Erregungszustände

### Definition:

„Status (desorganisierter und zielloser) psycho-motorischer Hyperaktivität mit impulsivem und/oder unberechenbarem Verhalten, gereiztem und einschüchterndem Verhalten, vermehrter Reaktivität gegenüber innerer und äußerer Stimuli, Irritabilität, unkooperativem Verhalten bzw. Widerstand gegen die Behandlung, reduziertem Schlaf und Aggressivität“.

Quellenangabe: Allen et al. (2000/ 2005) Expert Consensus Guidelines for Treatment of Emergencies. Journal of Clinical Psychiatry





## Prädiktoren bzw. Risikofaktoren für Erregungszustände und Gewalt:

- Männliches Geschlecht
- Höheres Lebensalter
- Starke Psychopathologie  
(v.a. Wahn, Manie und formale Denkstörungen)
- Dissoziale Züge, Gewalt in der Anamnese
- Unfreiwillige Unterbringung
- Alkohol/Drogenintoxikation
- Niedriger Sozialstatus
- Aufnahme gegen den Willen den Patienten
- Sprachschwierigkeiten, Schwerhörigkeit, Minderbegabung
- Medikamentöse Non-Compliance
- Früheres Gewalttätiges Verhalten

Quellenangabe: Lambert et al. 2008

„Germany Bahn Gewalt Violence Bahn“ Anna Nuem  
Download 10.7.2015



## Ursachen für psychomotorische Erregungszustände:

- Psychosen (schizophren, schizoauffektiv, bipolar)
- Persönlichkeitsstörungen (v.a. dissozialer oder emotional-instabiler Typ bzw. entsprechende Traits)
- Intoxikationsbedingte Erregungszustände (besonders Alkohol, Kokain, Amphetamine)
- Ängstliche Erregung
- Delirantes Syndrom (v.a. Durchgangssyndrom und Alkoholdelir)
- Unruhezustände gerontopsychiatrischer Patienten



## Allgemeine Empfehlungen zur pharmakologischen Therapie von Erregungszuständen:

- **Haloperidol i.m.** wird gegenüber AAP im Notfall favorisiert. **Zuclopenthixolacetat** wird zur Vermeidung wiederholter Injektionen angewendet.
- Die Reihenfolge der Empfehlungen von i.m. applizierbaren AAP ist nicht eindeutig; bezüglich der Wirksamkeit ist **Olanzapin** zu bevorzugen, in Bezug auf Verträglichkeit und Kombinierbarkeit mit BZD **Aripiprazol**.
- **Clomethiazol** wird zur Behandlung des Alkoholdelirs empfohlen
- Als BZD wird v.a. **Lorazepam** empfohlen, **Diazepam** wird v.a. bei schweren Ausprägungen und erwünschter längerer Wirksamkeit empfohlen

Quellenangabe: Wilson et al. West J Emerg Med. 2012 Feb;13(1):26-34.



## Unklare Erregungszustände

(kein Hinweis auf Delir, Intoxikation, Entzug)

- **Basistherapie mit einem Antipsychotikum:** Risperidon 2mg p.o., Haloperidol 5-10mg p.o. oder i.m., ggf. 1-2malige Wiederholung im Abstand von 30min., maximal 100mg/24h p.o. bzw. 60mg/24h i.m., bei älteren Patienten 0.5-1.5mg.
- **Alternativen:** Olanzapin 10-20mg p.o., Aripiprazol 9.75mg i.m. (max. 3 Injektionen/24h, Ziprasidon 10mg i.m. (max. 40mg/24h), Olanzapin 2.5-5mg i.m. (max. 20mg/24h).
- Als **Monotherapie** (bei fehlenden psychotischen Symptomen) oder zusätzlich als **Komedikation BZD:** Lorazepam 1-2mg p.o. (Wafer) oder 0.5-1mg i.m./i.v. (CAVE: nicht in Kombination mit Olanzapin i.m.), ggf. Wiederholung in 30-minütigen Abständen bis maximal 7.5mg/24h.



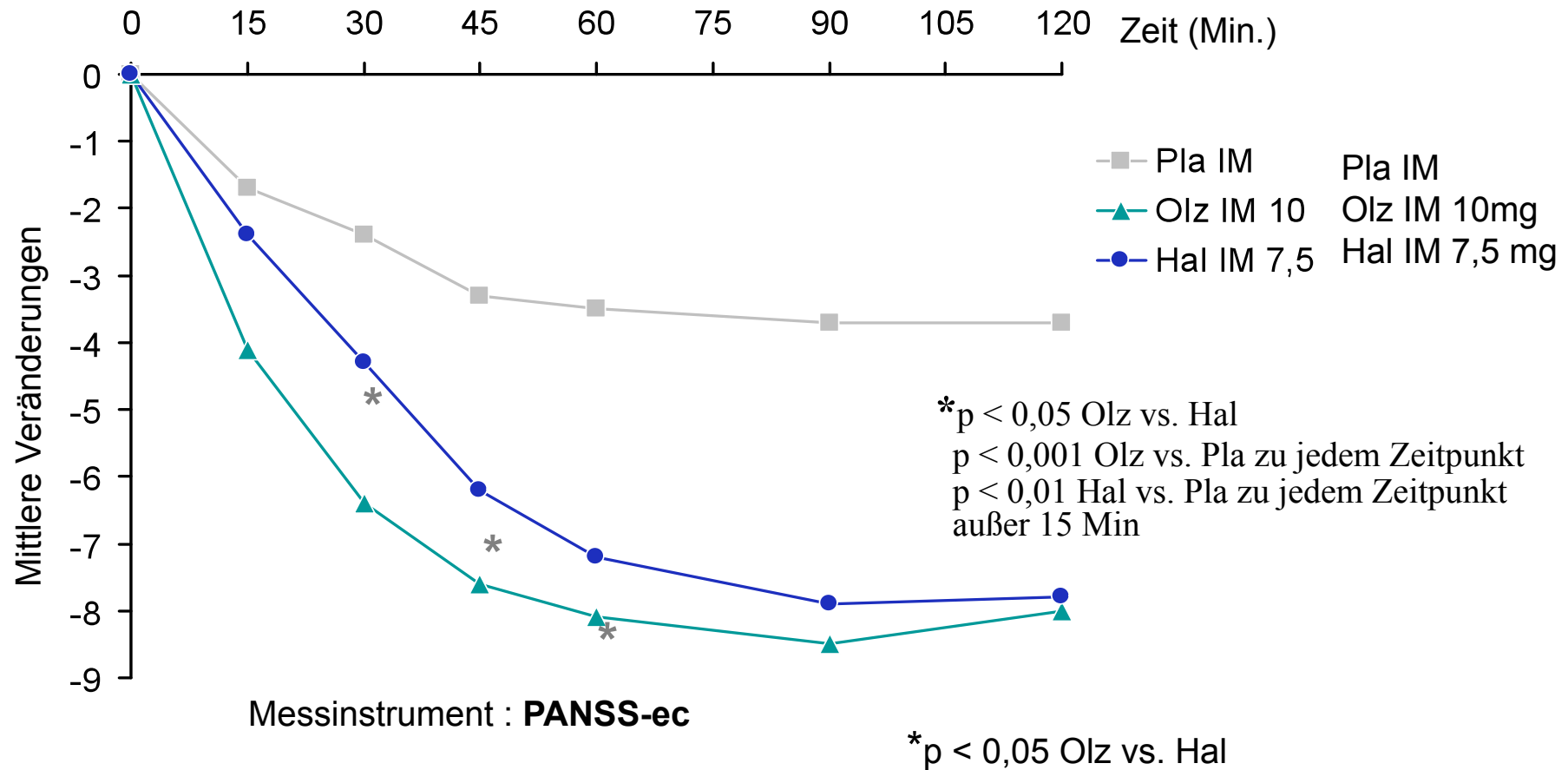
## Erregungszustände bei psychiatrischer Grunderkrankung

Bei Erregungszuständen im Rahmen von **schizophrenen, schizoaffektiven oder bipolaren Erkrankungen** sind Antipsychotika BZD vorzuziehen, zumeist aber Kombination notwendig.

- Bei Akzeptanz von p.o. Medikation beste Evidenz für Risperidon (Lim et al. 2010)
- Kleinere Studien belegen auch die Effektivität von Olanzapin (Lambert et al. 2009)
- Bei Notwendigkeit von parenteraler Medikation beste Evidenz für Haloperidol i.m., bei Notwendigkeit wiederholter Applikation Zuclopenthixolacetat i.m.
- Bei initialer Ineffektivität zusätzlich Lorazepam (nicht bei Olanzapin i.m.)
- Haloperidol i.v. vermeiden, und wenn dann nur mit Monitorüberwachung
- Schnellst mögliche Umstellung auf orale Medikation anstreben



## Olanzapin i.m.





## Fallbeispiel:

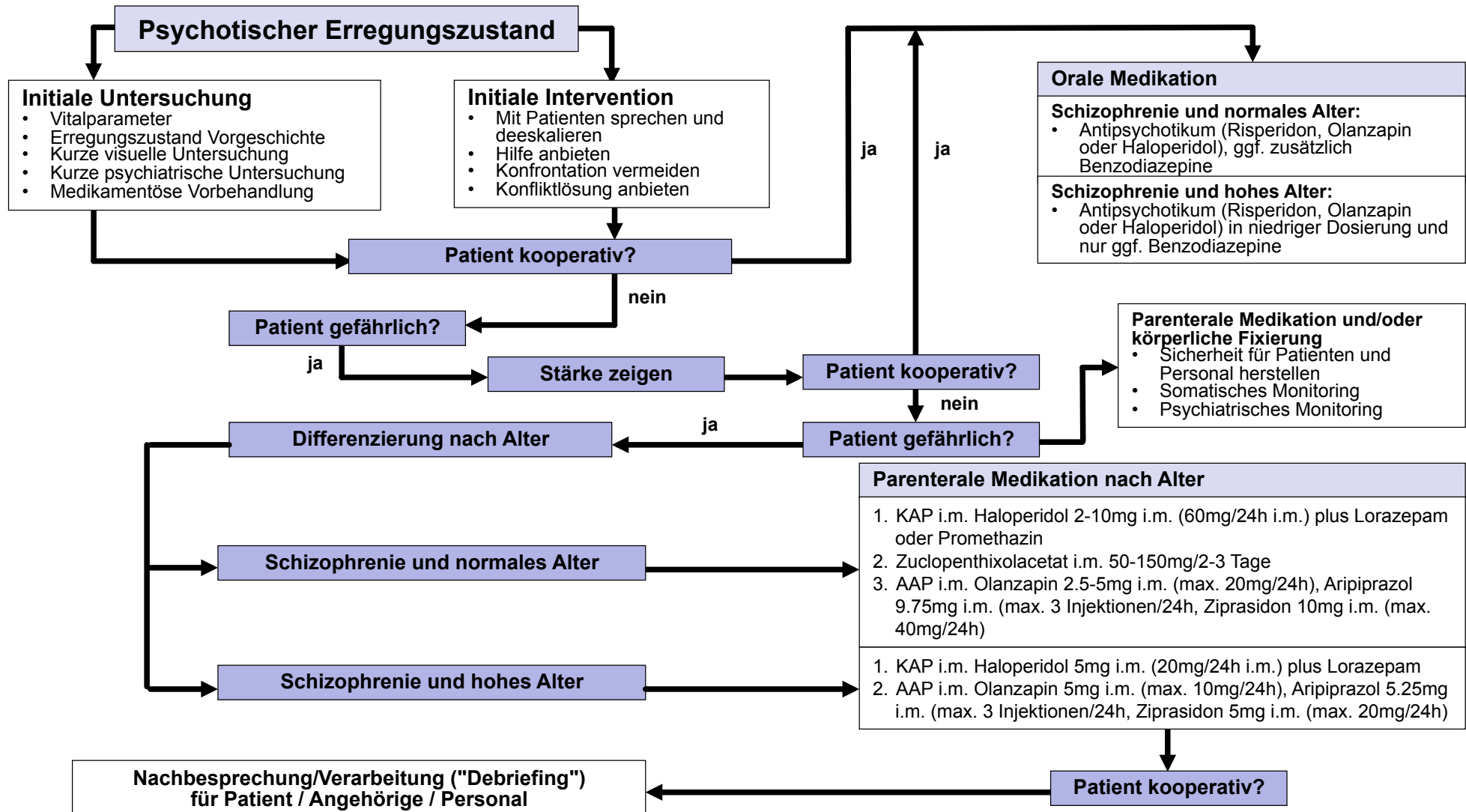
- 41-jähriger Patient
- 3:00 Uhr morgens Vorstellung in der Rettungsstelle bei akustischen Halluzinationen, Verfolgungswahn hoher Dynamik und deutlicher Erregung
- Der Versuch der Beruhigung („Talking down“) misslingt, die Anspannung des Patienten nimmt zu
- Schließlich Gewalttätigkeit (schlagen nach dem Krankenpfleger)
- Sie überlegen eine (Zwangs)medikation (Vorbehandlung unbekannt)

**Was tun?**





## Psychomotorische Erregungszustände bei psychiatrischen Grunderkrankungen







## Erregungszustände bei deliranten Syndromen:

### Leitsymptome:

- Bewusstseins-, Aufmerksamkeits- und kognitive Störungen (z.B. mnestiche Störungen, Verwirrtheit) und Desorientierung.
- Zusätzlich können vorkommen: Wahrnehmungsstörungen mit - v.a. optischen Halluzinationen, illusionäre Verkennungen und erhöhte Suggestibilität.
- Psychomotorische Störungen entweder in Form von Unruhe und Erregung oder psychomotorische Hemmung, Apathie.
- Fokalneurologische Symptome wie Ataxie, Dysarthrie, Tremor, vegetative Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Hyperhidrosis, Hyperthermie, Tachykardie, RR-Anstieg.



## Immer ein lebensbedrohlicher medizinischer Notfall

### Allgemeines Vorgehen:

- Beteiligung von Alkohol, BZD und anderen psychotropen Substanzen (Entzug oder Intoxikation) klären (Anamnese, Atem-, Urin- und Bluttests).
- Notfallbehandlungen von deliranten Syndromen bei Alkohol- oder Benzodiazepinentzug und bei Intoxikationen folgen unterschiedlichen Empfehlungen!
- Im Zweifelsfall ist neben der internistischen Basistherapie am ehesten die Gabe von Haloperidol (p.o. oder i.m.) in möglichst niedriger Initialdosis (1-2mg) zu empfehlen.



## Die wichtigsten 12 Ursachen im Überblick I:

- Zentralknervöse Erkrankungen (Blutungen, Tumore, Schädel-Hirn-Trauma, Epilepsie, Meningitis, Enzephalitis, Schlafentzug)
  - Postanästhesie, postoperativ
  - Systemische Erkrankungen (Infektionen)
  - Metabolische Störungen: Hypoglykämie, Hyperglykämie, Nierenversagen, Leberversagen, Anämie, Azidose, Alkalose, Vitaminmangel, Endokrinopathien (Nebennierenrinde, Hypophyse, Schilddrüse)
  - Elektrolytstörungen (Na, K, Ca, Mg,  $\text{HCO}_3$ ,  $\text{PO}_4$ , Dehydratation)
- CAVE:** Delirante Syndrome sind in höherem Lebensalter häufiger (u.a. wegen Multimorbidität, Polypharmazie)



## Die wichtigsten 12 Ursachen im Überblick II:

- Medikamente (Medikamenten-induzierte Nebenwirkungen, Medikamentenintoxikation, Medikamentenentzug)
- Drogen (v.a. Alkohol, aber auch BZD, Drogen)
- Hypoxie, Hyperkapnie
- Kollagen-Vaskulitis (z. B. Lupus erythematodes)
- Kardiovaskulär (Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Arrhythmie, Schock, Lungenembolie, COPD)
- Schlafapnoe
- Fieber



## Diagnostik bei Verdachtsdiagnose Delir:

- Körperliche Untersuchung
- Vitalparameter, EKG, Körpertemperatur
- Laborchemische und hämatologische Parameter (v.a. Alkoholspiegel, Glukose, Elektrolyte, Leber- und Nierenparameter, Entzündungszeichen, Blutbild)
- Urin/Blutstatus mit Drogenscreening
- Thoraxröntgen
- Zerebrale Bildgebung, wenn möglich MRT
- Evtl. EEG zum Ausschluss epileptischer Aktivität
- Evtl. Lumbalpunktion



## Delirantes Syndrom mit Erregungszustand (ohne Hinweis auf Alkohol- & Benzodiazepinentzug)

- **Internistische Basistherapie:** Flüssigkeitszufuhr bei Exsikkose, ggf. Elektrolytausgleich, kardiale Stabilisierung, ggf. Sauerstoffzufuhr, Beschränkung der Medikation auf das Notwendige.
- **Psychopharmakologische Basistherapie** mit einem Antipsychotikum:
  - Beginn mit niedrigen Dosierungen, insbesondere bei älteren Patienten
  - Wenn orale Gabe möglich: Risperidon 0.5-1mg, Olanzapin 5-10mg oder Haloperidol 1-2mg.
  - Haloperidol > 3mg/24h mit stark erhöhten EPMS-Risiko assoziiert
  - Quetiapin 50-100mg liegen zwei RCTs vor
  - Parenteral: Haloperidol 1-2mg i.m. 2-4h, die maximale Tagesdosis von 60mg sollte weit unterschritten werden; alternativ AAP i.m.



## Delirantes Syndrom mit Erregungszustand (ohne Hinweis auf Alkohol- & Benzodiazepinentzug)

- BZD sollten vermieden werden, v.a. bei älteren Patienten können BZD, Opiode oder Antihistaminika delirante Zustände verstärken.
- Keine anticholinerg wirksamen Substanzen, verstärken Delir.
- Zusätzlich ist die Gabe von Clomethiazol (Distraneurin<sup>®</sup>, initial 1-2 Kps.) unter Beachtung der Kontraindikationen (u.a. zentrale Atemstörung, eingeschränkte Atemfunktion z.B. bei Asthma bronchiale) auch für die Behandlung von Verwirrtheits-, Erregungs- und Unruhezuständen bei Patienten mit hirnorganischen Psychosyndrom im höheren Lebensalter unter stationären Bedingungen zugelassen.
- Als Behandlungsversuch kann Lorazepam 0.5-1mg p.o. oder i.v. 2-4 stündlich (nicht mehr als 7.5mg/24h) bei jüngeren Patienten zum Einsatz kommen.





## Delirantes Syndrom mit Erregungszustand (**mit** Hinweis auf Alkohol- & Benzodiazepinentzug)

*Eine Vertiefung zum Thema  
Alkohol findet in G2 statt....*

### ➤ **Alkoholentzugsdelir (Delirium tremens):**

- Clomethiazol ist 1. Wahl
- Die Dosierung erfolgt nicht schematisch, sondern nach Sedierungsgrad und Schwere der Entzugssymptome.
- Die Erhebung der Entzugsschwere erfolgt z.B. mit dem Alkoholentzugssymptombogen (AESB)
- Ggf. in Kombination mit einem Antipsychotikum, v.a. Haloperidol 5-10mg oder Risperidon 1-2mg
- Alternativ Kombination von einem BZD (z.B. Oxazepam) mit einem Antipsychotikum (Haloperidol oder Risperidon)
- **CAVE:** Alleinige Gabe von Haloperidol führt zur erhöhten Mortalität, größere Anzahl schwerwiegender Nebenwirkungen und längerer Dauer des Delirs!



## Erregungszustand

Unklarer Erregungszustand oder komplexes Erscheinungsbild	Psychotische Erregung, bekannte psychiatrische Grunderkrankung	Delir ohne Hinweise auf Entzug (Alkohol, BZD)	Delir mit Hinweisen auf Entzug (Alkohol, BZD)	Intoxikation (stimulierende Substanzen, z.B. Amphetamine, Kokain)	Intoxikation (dämpfende Substanzen, z.B. Alkohol, BZD)
<p>Kein Hinweis auf Delir, Intoxikation, Entzug</p> <p><u>Ohne psychotische Symptome:</u> Lorazepam, Diazepam</p> <p><u>Mit psychotischen Symptomen:</u> wie bei psychotischer Erregung</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. AAP p.o. Risperidon 2mg Olanzapin 5-10mg</li><li>2. KAP p.o. Haloperidol 2-10mg und Lorazepam</li><li>3. KAP i.m. Haloperidol 2-10mg i.m. und Lorazepam oder Promethazin</li><li>4. Zuclopenthixol- acetat i.m. 50-150mg/2-3 Tage</li><li>5. AAP i.m. Olanzapin 10mg Aripiprazol 9,75mg Ziprasidon 10-20mg</li></ol>	<p>Internistische Basisbehandlung, BZD vermeiden</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. AAP p.o. Risperidon 1-2mg Olanzapin 5-10mg</li><li>2. KAP p.o. Haloperidol &lt;3mg</li><li>3. KAP i.m. Haloperidol &lt; 3mg</li><li>4. AAP i.m. Olanzapin 10mg Aripiprazol 5.25-9,75mg Ziprasidon 10mg</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Clomethiazol p.o. oder Lorazepam p.o. oder Diazepam p.o.</li><li>2. Lorazepam oder Diazepam i.m. oder langsam i.v.</li><li>3. ggf. + Haloperidol p.o. oder i.m. bei psychotischen Symptomen</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Lorazepam oder Diazepam p.o.</li><li>2. Lorazepam oder Diazepam i.m. oder langsam i.v.</li></ol>	<p>BZD vermeiden</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Haloperidol p.o. 2-10mg</li><li>2. Haloperidol i.m. 2-10mg</li></ol>

Und noch einmal  
ein Überblick für  
Motivierte... 😊



## 1. Einführung

## 2. Notfall-Syndrome und deren Behandlung

- 2.1 Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka
- 2.2 Suizidalität und akute Belastungsreaktion
- 2.3 Psychomotorische Erregungszustände
- **2.4 Hypovigilant-hypoaktive psychiatrische Notfälle**
  - Qualitative und Quantitative Bewusstseinsstörungen
  - Stuporöse Zustände
- 2.5 Spezifische Syndrome durch Intoxikation mit psychotropen Substanzen

## 3. Zusatzmaterial: Rechtliche Aspekte der psychiatrischen Notfallbehandlung





## 1. Quantitative Bewusstseinsstörung:

Störungen der Vigilanz mit starker Ausprägung von Benommenheit/Somnolenz über Sopor („*schlafähnlicher Zustand, in dem nur starke Schmerzreize Reaktionen hervorrufen, z.B. Abwehrbewegungen*“) bis zum Koma.

## 2. Qualitative Bewusstseinsstörung:

Vorübergehende Bewusstseinsveränderung bzw. traumartige Einengung des Bewusstseins inklusive dissoziative Störungen (organisch/psychogen), Stupor (bei Katatonie, Depression/Manie, organisch, dissoziativ).

Eine Vertiefung folgt im Seminar zu:  
„Psychopathologische Befunderhebung“



- **Definition:** Abnormer Zustand psychomotorischer Hemmung mit eingeschränkter bzw. aufgehobener Reaktivität auf Umweltreize.
- **Ätiologie:** Katatonie im Rahmen schizophrener (psychotischer) Störungen, unspezifisch bei verschiedenen psychiatrischen und internistischen Erkrankungen inklusive depressiver und manischer Stupor, organische katatone Störung, dissoziativer Stupor
- **Diagnostik:** Körperliche Untersuchung, Labor (E-Lyte, Entzündungs-, Leber-, Nierenparameter, Glukose, SD-Werte, Blutbild, Urinstatus inkl. Drogenscreening, Kreatinin, CK, Myoglobin), Lumbalpunktion, EEG, zentrale Bildgebung.
- **Therapie:** Therapie richtet sich nach Ursache bekannt (differenziert) oder unbekannt.

Notfalltherapie.... →

Stupor!!







## 1. Notfalltherapie bei Stupor unklarer Genese

- Initialversuch mit Lorazepam 1-2.5mg p.o. oder 0.5-1mg i.v. (Höchstdosis 7.5mg/24h)
- Bei ausbleibendem Erfolg: Haloperidol 5-10mg p.o. oder i.m. (Höchstdosis p.o. 100mg/24h, i.m. 60mg/24h). **CAVE:** Malignes neuroleptisches Syndrom muss zuvor ausgeschlossen sein.

## 2. Notfalltherapie bei depressivem Stupor

- Akut mit Lorazepam 1-2.5mg p.o. oder 0.5-1mg i.v. (Höchstdosis 7.5mg/24h)
- Weiterbehandlung aus antidepressiver Therapie plus weiter Lorazepam!



### 3. Notfalltherapie bei manischen Stupor

- Akut mit Lorazepam 1-2.5mg p.o. oder 0.5-1mg i.v. (Höchstdosis 7.5mg/24h)
- Stationäre Weiterbehandlung mit Einstellung auf ein Phasenprophylaktikum bzw. Antipsychotikum mit phasenprophylaktischer Wirkung, ggf. in Kombination.

### 4. Notfalltherapie bei organischer katatoner Stupor

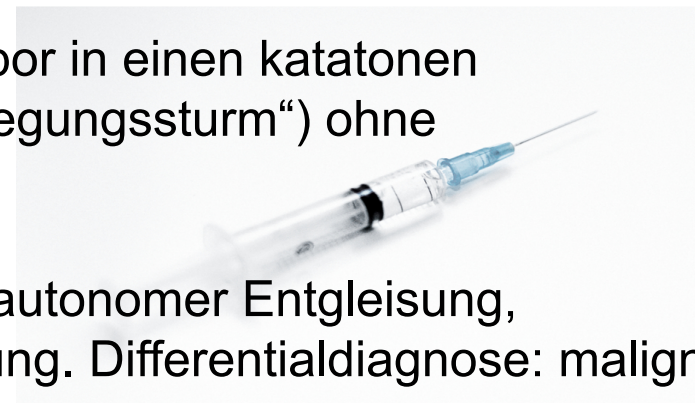
- Behandlung der Grunderkrankung
- Ggf. Haloperidol 5-10mg p.o. oder i.m. (Höchstdosis p.o. 100mg/24h, i.m. 60mg/24h). **CAVE:** Malignes neuroleptisches Syndrom muss zuvor ausgeschlossen sein.

## 5. Notfalltherapie beim psychogenen Stupor

- Reizabschirmung, Distanz von Belastung/Auslöser, verbale Intervention, vorrangig psychotherapeutische Weiterbehandlung
- Akut mit Lorazepam 1-2.5mg p.o. oder 0.5-1mg i.v. (Höchst-dosis 7.5mg/24h)

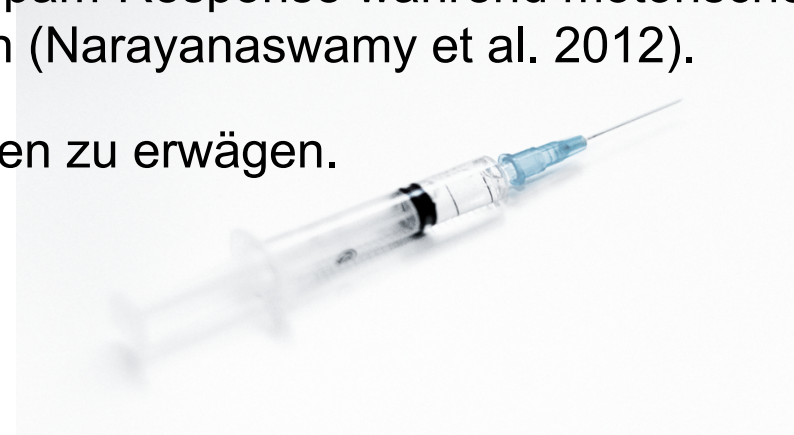
## 6. Stupor bei katatonen Schizophrenie (I)

- Bei der katatonen Schizophrenie kommen psychomotorische Hemmung, zumeist mit Mutismus und Stupor vor. Weitere Symptome sind v.a. die Flexibilitas cerea.
- Ein abruptes Umschlagen von katatonen Stupor in einen katatonen psychomotorischen Erregungszustand („Bewegungsturm“) ohne offensichtlichen äußeren Anlass ist möglich.
- Sehr selten: perniziöse Katatonie mit Fieber, autonomer Entgleisung, Akrozyanose, Petechien, Bewusstseinsstrübung. Differentialdiagnose: malignes neuroleptisches Syndrom (MNS).



## 6. Stupor bei katatonen Schizophrenie (II)

- Akut mit Lorazepam 2-2.5mg p.o. oder 1-2mg i.v. (Höchstdosis 7.5mg/24h), bei schweren Ausprägungen bis zu 20mg/24h.
- In den meisten Fällen zusätzlich Haloperidol 5-10mg p.o. oder i.m. (Höchstdosis p.o. 100mg/24h, i.m. 60mg/24h). **CAVE:** Malignes neuroleptisches Syndrom muss zuvor ausgeschlossen sein.
- Längerer Verlauf, ausgeprägter Mutismus sowie vorhandene Erstrangsymptome sind negative Prädiktoren für eine Lorazepam-Response während motorische Symptome positive Prädiktoren darstellen (Narayanaswamy et al. 2012).
- EKT ist nach Ausschluss anderer Ursachen zu erwägen.







## 1. Einführung

## 2. Notfall-Syndrome und deren Behandlung

- 2.1 Die wichtigsten Notfall-Psychopharmaka
- 2.2 Suizidalität und akute Belastungsreaktion
- 2.3 Psychomotorische Erregungszustände
- 2.4 Hypovigilant-hypoaktive psychiatrische Notfälle
- **2.5 Spezifische Syndrome durch Intoxikation mit psychotropen Substanzen**

## 3. Zusatzmaterial: Rechtliche Aspekte der psychiatrischen Notfallbehandlung



„Roter Faden“ JudithTB  
Download: 23.6.2015





## 1. Psychopharmaka-Intoxikationen

Psychopharma-Intoxikationen ereignen sich zumeist in suizidaler Absicht. Sie kommen aber auch akzidentiell vor (z.B. Einstellungsphase, Wechselwirkungen, Überdosierung, Verwechslung von Medikamenten v.a. bei älteren Patienten).

## 2. Drogen-Intoxikationen

Drogen-Intoxikationen ereignen sich zumeist als Folge von Dosis Fehleinschätzungen oder des additiven bzw. potenzierenden Effekts bei kombinierten Drogengebrauch, aber auch in suizidaler Absicht.



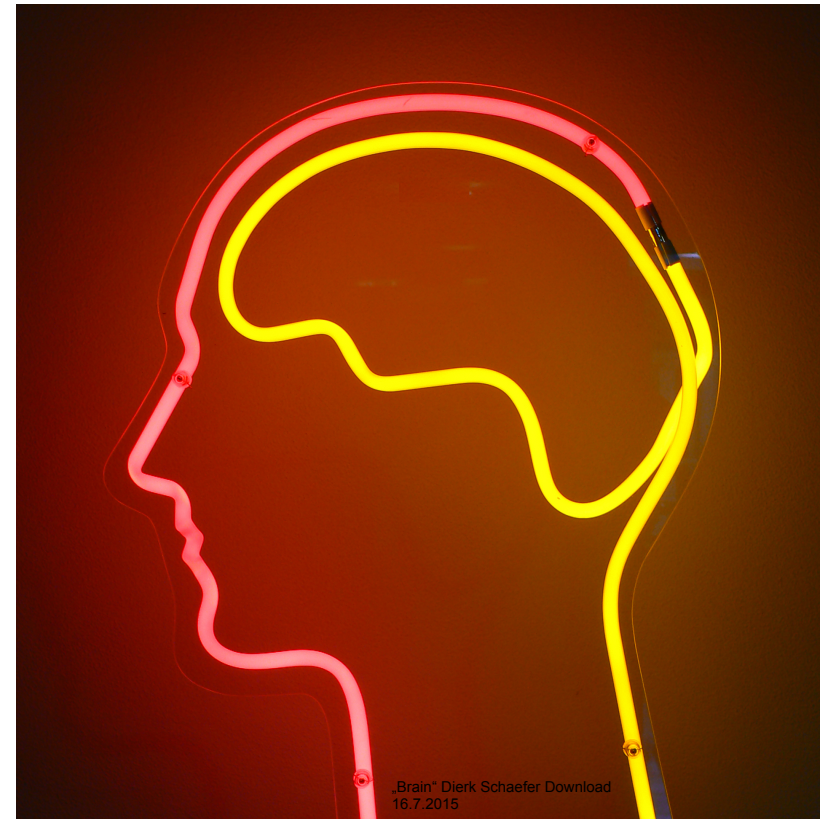


Schweregrad	Symptome
Überdosierung stimulierende Substanzen, z.B. Psychostimulanzen, SSRI, SNRI, Kokain, Halluzinogene, Alkohol (niedrig dosiert)	
1	Schwitzen, Übererregbarkeit, Tremor, Mydriasis
2	Verwirrtheit, Fieber, Hypertension, Tachykardie
3	Delir, Agitation, Tachyarrhythmien
4	Krampfanfälle, Schock, Koma
Überdosierung sedierende Substanzen, z.B. Benzodiazepine, Hypnotika, Antipsychotika, trizyklische Substanzen, Opiate	
1	Somnolenz, Apathie
2	Sopor oder Koma Grad I
3	Koma Grad II, Atemdepression
4	Koma Grad III-IV



## Spezifische Syndrome durch Intoxikation psychotroper Substanzen Ursachen und Symptomatik:

- Malignes Neuroleptisches Syndrom
- Zentrales Serotonin-Syndrom
- Zentrales anticholinerges Syndrom
- Drogenintoxikationen





# **Zusatzmaterial: Rechtliche Aspekte der psychiatrischen Notfallbehandlung**





# Was wissen Sie zu rechtlichen Aspekten in der Notfallbehandlung?





### Rechtliche Aspekte in der (Notfall)Behandlung:

- Schutz des Patienten und Dritter
- Rechte des Patienten
- Geschäftsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit
- Unterbringung
- Dokumentation
- Schweigepflicht
- Betreuung nach Entlassung





## Der Patient hat...

- das Recht, die Notfalleinrichtung zu verlassen.  
(es sei denn, der Patient ist akut selbst- oder fremdgefährdend),
- das Recht, über geplante Behandlungen, zu erwartende Wirkungen sowie mögliche unerwünschte Folgen informiert zu werden.
- das Recht auf Rechtsberatung, wenn eine Unterbringung droht.





## Geschäftsfähigkeit

Nach dem Gesetz sind alle Erwachsenen geschäftsfähig, es sei denn, dass die Voraussetzungen für eine Einschränkung oder Aufhebung der freien Willensbildung vorliegen (§§ 104, 105, 1896 BGB).

Geschäftsunfähig ist (§ 104 BGB),

- wer das 7. Lebensjahr nicht vollendet hat
- wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden seelischen Zustand befindet

## Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme erfassen kann.

Einwilligungsunfähig ist, wer Art oder Bedeutung oder Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme nicht erfassen kann.



## Kriterien für freiheitsbeschränkende oder entziehende Maßnahmen nach Unterbringungsgesetz:

- ...es muss eine **psychische Krankheit** festgestellt werden, infolge derer eine erhebliche **Eigen- oder Fremdgefährdung** vorliegt, die nur durch Unterbringung und Behandlung in einer psychiatrischen Klinik abzuwenden ist.
- ...bei Nichtbehandlung besteht eine akute, unmittelbare Gefahr für den Patienten und/oder Dritte bzw. deren Eigentum.
- ...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 und es muss mit einer Besserung des Krankheitszustandes aufgrund der Behandlung gerechnet werden können.



## Kriterien für freiheitsbeschränkende oder entziehende Maßnahmen nach Unterbringungsgesetz:

- ...die Freiheit der Person, insbesondere vor staatlichen Maßnahmen, ist durch das **allgemeine Persönlichkeitsrecht** (Art. 2 des Grundgesetz) geschützt.
- ...alle Maßnahmen beruhen ausnahmslos auf der **Fürsorgepflicht des Staates** gegenüber kranken Personen und müssen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wahren.
- ...für jede freiheitsbeschränkende oder -entziehende Maßnahme ist eine vormundschaftsgerichtliche **Genehmigung durch das zuständige Amtsgericht** einzuholen.

**Rechtliche Grundlagen sind: Betreuungsgesetz (BtG)  
Unterbringungsgesetzen (PsychKG)**





## Betreuungsgesetz (BtG)

**Patient hat einen Betreuer**  
(§1906, Minderjährige §1631b)

2. Gericht

3. Bestellung

4. Betreuer

1. Antrag

ggf.

## Unterbringungsgesetz (PsychKG)

**Patient hat keinen Betreuer**

Arzt bringt Patienten nach  
PsychKG für 24h unter (§12)

Der Richter entscheidet innerhalb  
von 24h über Fortführung und  
Dauer der Unterbringung (§9)

Unterbringung des Patienten



## Allgemeine Richtlinien für Zwangsmaßnahmen:

"Absonderung" bzw. "Isolierung" (engl.: seclusion), "Fixierung" (engl.: physical restraint) und medikamentöse Zwangsbehandlung (engl.: chemical restraint) sind **nur anzuwenden, wenn:**

- es die einzige Methode ist, um Schaden für sich selbst oder andere vorzubeugen.
- sie einem offiziellen Verfahren folgen.
- sie nur so kurz wie möglich angewendet werden.
- sie in der Krankengeschichte dokumentiert werden.
- sie unter ständiger Beobachtung von qualifizierten Mitarbeitern stattfindet.





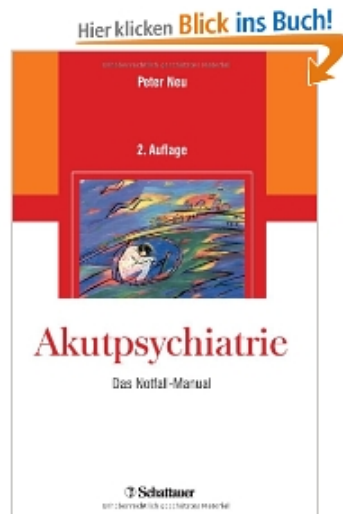
Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

## Weiterführende Literatur



Akutmedizin – die ersten 24 Stunden  
Hrsg.: Madler, Christian; Jauch, Karl-Walter; Werdan, Karl; Siegrist, Johannes; Pajonk, Frank-Gerald



Akutpsychiatrie: Das Notfall-Manual [Broschiert]  
Peter Neu (Herausgeber)



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

# Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Die kompletten Foliensätze mit allen relevanten  
Inhalten finden Sie im Downloadbereich in moodle  
<http://elearning.uke.uni-hamburg.de/m/course/view.php?id=6>