



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Peter Neu (Hrsg.)

Akutpsychiatrie

Peter Neu (Hrsg.)

Akutpsychiatrie

Das Notfall-Manual

Unter Mitarbeit von

Gero Bieg, Felicitas Ehlen, Sebastian Erbe, Katrin Körtner,
Friedel M. Reischies, Stefan Röpke und Friederike Schmidt-
Hoffmann

4., vollständig aktualisierte Auflage

PD Dr.med. Peter Neu
peter.neu@jkb-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) besonders kenntlich gemacht. Es kann jedoch aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

4., vollständig aktualisierte Auflage

Schattauer
www.schattauer.de
© 2021 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung
Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten
Cover: Jutta Herden, Stuttgart
unter Verwendung einer Abbildung von
© adobe stock/Yevhen
Gesetzt von Eberl & Koesel Studio,
Altusried-Krugzell
Gedruckt und gebunden von
Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg
ISBN 978-3-608-40076-2
E-Book ISBN 978-3-608-11662-5
PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20439-1

Vorwort

Die nunmehr 4. Auflage der »Akutpsychiatrie« richtet sich in erster Linie an klinisch tätiges ärztliches Personal, psychologisches Personal, Amtsärztinnen und -ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes und psychiatrisches Pflegepersonal. Es bereitet darauf vor, alltägliche und auch weniger alltägliche Situationen und Erkrankungen im Bereich der Akutpsychiatrie richtig einschätzen und behandeln zu können. Ferner richtet sich das Buch an nichtpsychiatrische Ärztinnen und Ärzte wie Notensatzkräfte oder allgemeinärztliche Kolleginnen und Kollegen in der Rettungsstelle, die wenig oder keine Erfahrungen mit akuten psychiatrischen Krankheitsbildern haben.

Dieses Buch soll helfen, Nacht- und Aufnahmedienste sicherer und stressfreier bewältigen zu können. Außerdem bietet es viele hilfreiche Informationen zur Organisation einer Akutstation, sodass sich aus dieser ein effektives und erfolgreiches therapeutisches Instrument entwickeln kann.

Zum Gebrauch dieses Buches

Dieses Buch ist aus dem Blickwinkel des aufnehmenden Arztes/der aufnehmenden Ärztin geschrieben, der eine Patientenversorgung durchführt und begleitet. Es beginnt im Teil I mit der Darstellung der »Akuten Syndrome«. Hierbei gehen wir von der Situation aus, dass der Arzt im Nachtdienst, in der Rettungsstelle oder bei einer anderen Notfallsituation einen Patienten mit einem akut vorherrschenden Syndrom zu versorgen hat und ihm dabei typischerweise nur eingeschränkte Diagnose- und Anamnesemöglichkeiten zur Verfügung

stehen. Die Beschreibungen erfolgen explizit aus der Sicht des Arztes, der sich mehr oder weniger alleine dieser schwierigen Situation stellen muss. Das Buch gibt detaillierte Hilfestellungen, wie unter diesen Bedingungen trotzdem eine effiziente Versorgung erfolgen kann.

Der Teil II »Spezielle Krankheitsbilder« beschäftigt sich dann mit der subakuten Situation, z. B. am nächsten Morgen nach der stationären Aufnahme des Patienten. In diesem Stadium kann der Arzt mehr Informationen bekommen und eine ausführliche Diagnostik durchführen. Der Arzt erhält in diesen Kapiteln Empfehlungen für mögliche weitere Maßnahmen, die dann in eine längerfristig geplante und konzipierte Therapie überleiten sollen.

Im Teil III »Psychotherapie und Psychoedukation« werden die Einsatzmöglichkeiten der Psychotherapie auf einer Akutstation erläutert, die unter besonderen Voraussetzungen und mit anderen Mitteln erfolgen muss, als dies normalerweise der Fall ist. Ferner wird ausführlich auf das Konzeptionieren und Gestalten der therapeutischen Psychoedukation auf einer Akutstation eingegangen.

Teil IV »Rechtliche, ethische und weitere Aspekte« befasst sich mit den rechtlichen Notwendigkeiten und ethischen Besonderheiten psychiatrischer Behandlung und geht auf die Probleme der Aggression und Deeskalation bei psychiatrischen Erkrankungen ein. Schließlich wird im letzten Kapitel ein Konzeptvorschlag für die Gestaltung und Organisation einer Akutstation gegeben.

Hinweis: Einige Syndrome bzw. Symptome sind bei mehreren Krankheiten von Bedeu-

tung. So kann im Rahmen eines Delirs aufgrund eines Alkoholentzugs als vorherrschende Symptomatik Fremdaggression auftreten; es können aber auch angstbesetzte Halluzinationen oder Krampfanfälle das klinische Bild dominieren. Daher kann es vorkommen, dass einige Syndrome überlappend in verschiedenen Kapiteln besprochen werden.

In den Texten wurde in den meisten Fällen die männliche Form bei der Bezeichnung von Personen gewählt. Dies soll keinem Geschlecht den Vorzug geben, sondern wurde der Einfachheit halber so gewählt. Es hätte jedoch ebenso gut das jeweils andere Geschlecht gewählt werden können.

Danksagung

Zu allererst möchte ich den Co-Autorinnen und -autoren danken, die mit so viel Innovationsfreude und Kreativität zu diesem Buch

beigetragen haben. Das Planen und Gestalten des Buches mit ihnen hat die Arbeit zu einem Vergnügen gemacht. Ich bedanke mich ebenfalls herzlich bei Annette Gorka-Schlegel für die Überarbeitung des Abschnitts über Sozialarbeit, Catharina Wendland für die des Abschnitts über Ergotherapie und Beatrix Caspar für die des Abschnitts über Bewegungstherapie auf der Akutstation. Besonders danken möchte ich auch meinen Kolleginnen und Kollegen, die mit mir auf der Akutstation zusammengearbeitet haben und die immer bereit waren, neue Konzepte zu erproben und umzusetzen.

Ich möchte ferner den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Schattauer Verlages danken, die auf meinen Vorschlag hin sofort bereit war, mein neues Konzept in ein Buchprojekt umzusetzen und zu begleiten.

Berlin, im Juni 2021

Peter Neu

Die Autorinnen und Autoren

Dr. jur. Gero Bieg

Amtsgericht Saarbrücken
Bertha-von-Suttner-Straße 2
66123 Saarbrücken
g.bieg@agsb.justiz.saarland.de

Dr. med. Felicitas Ehlen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Jüdisches Krankenhaus Berlin
Heinz-Galinski-Str. 1
13347 Berlin
felicitas.ehlen@jkb-online.de

Dr. med. Sebastian Erbe

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie,
Psychosomatik und Suchtmedizin
Martin Gropius Krankenhaus
Oderberger Straße 8
16225 Eberswalde
sebastian.erbe@mgkh.de

Dr. med. Katrin Körtner

Praxis Dr. med Thomas Peschel-Patrida
Kapweg 3
13405 Berlin
koertner@patrida.org

PD Dr. med. Peter Neu

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Jüdisches Krankenhaus Berlin
Heinz-Gallinski-Str. 1
13347 Berlin
peter.neu@jkb-online.de

Professor Dr. med. Friedel M. Reischies

Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie
Berlin
Kaiserdamm 20
14057 Berlin
Friedel.M.Reischies@web.de

Professor Dr. med. Stefan Röpke

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Campus Benjamin Franklin
Charité Universitätsmedizin Berlin
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin
stefan.roepke@charite.de

Dr. phil. Friederike Schmidt-Hoffmann

Praxis für Psychotherapie
Carl-Schurz-Str. 53
13597 Berlin
f.schmidt-hoffmann@gmx.de

Inhalt

I Akute Syndrome	1	3.3.2 Allgemeine Hinweise zur stationären Aufnahme	26
1 Akute Erregung	3	3.3.3 Unterbringung nach Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG)	27
1.1 Diagnostik	3	3.3.4 Prozedere je nach Absprachefähigkeit	27
1.2 Ursachenorientierte Therapie	6	3.4 Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie	28
1.2.1 Delir und Intoxikation	6	3.4.1 Suizidalität und depressive Episode ..	28
1.2.2 Demenz	7	3.4.2 Suizidalität und Alkoholintoxikation ..	29
1.2.3 Schizophrenie	7	3.4.3 Suizidalität und psychotische Störung	29
1.2.4 Manie	8	3.4.4 Suizidalität und Emotionsregulationsstörung	30
1.2.5 Persönlichkeitsstörung	9	3.4.5 Allgemeine psychotherapeutische Strategien	31
1.3 Rechtliche Grundlagen der Behandlung der akuten Erregung ..	9	3.5 Stattgehabter Suizid oder schwerer Suizidversuch auf Station	32
2 Mutismus, Stupor und Dissoziation	11	3.5.1 Medizinisches Management eines Suizides auf Station	32
2.1 Ursachen	12	3.5.2 Forensisch-rechtliche Aspekte des stattgehabten Suizids	32
2.2 Diagnostik und Therapie	12	4 Delir	34
3 Suizidalität	17	4.1 Diagnostik	34
3.1 Abschätzung von akuter Suizidalität	17	4.2 Pathophysiologie	37
3.1.1 Evaluation von akuter Suizidalität ..	18	4.3 Risikofaktoren für das Auftreten eines Delirs	37
3.1.2 Evaluation von Suizidalität in der Vorgeschichte	19	4.4 Delirauslösende Faktoren	38
3.1.3 Weitere Risikofaktoren	19	4.5 Basisdiagnostik und erweiterte Diagnostik	38
3.2 Zuordnung zu einer Grunderkrankung	21	4.6 Therapie und Management	38
3.2.1 Depressives Syndrom	22	4.6.1 Nicht-medikamentöse Behandlung und Prophylaxe des Delirs	40
3.2.2 Psychotisches Syndrom	22	4.6.2 Medikamentöse Behandlung	41
3.2.3 Affektive Instabilität, Anspannung und starke negative Emotionen	23	5 Angst	43
3.2.4 Kränkungssituationen	24	5.1 Diagnostik	43
3.2.5 Doppeldiagnosen	25		
3.2.6 Andere klinisch relevante Probleme ..	25		
3.3 Entlassung oder stationäre Aufnahme?	25		
3.3.1 Entlassung in ambulante Behandlung	26		

5.2	Symptomatische Besonderheiten einiger Krankheitsbilder	45	7.2	Symptom- und zielbasierte Therapie- entscheidung	77
5.2.1	Depression	45	7.3	Medikamentöse Therapie	78
5.2.2	Angsterkrankung	45	7.3.1	Alkoholentzug	78
5.2.3	Psychotische Störung	45	7.3.2	Benzodiazepinentzug	79
5.2.4	Substanzabusus	46	7.3.3	GHB-/GBL-Entzug	81
5.2.5	Demenz	46	7.3.4	Opiatentzug	81
5.2.6	Delir	47	7.3.5	Entzüge von anderen Substanzen	83
5.2.7	Akute Belastungsreaktion	47	7.4	Nicht-medikamentöse Therapie	83
5.2.8	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	47	7.5	Die Behandlung der Angehörigen – Co-Abhängigkeit und Angehörigen- arbeit	85
5.2.9	Häusliche Gewalt	47	7.6	Komorbidität	86
5.2.10	Persönlichkeitsstörung	48			
5.3	Therapie	48	8	Persönlichkeitsstörungen	88
II Spezielle Krankheitsbilder		51	8.1	Diagnostik	89
6	Schizophrenie	53	8.1.1	Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen	91
6.1	Diagnose- und Entscheidungs- algorithmus	53	8.1.2	Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen	92
6.1.1	Kompletzierung der Untersuchung	54	8.1.3	Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen	93
6.1.2	Fremdanamnese	54	8.1.4	Nicht näher bezeichnete und kombinierte Persönlichkeitsstörung	94
6.1.3	Entscheidung über die Weiterbehandlung	54	8.1.5	Weitere Diagnostik	94
6.2	Medikamentöse Therapie	56	8.2	Medikamentöse Therapie	95
6.2.1	Parenteral applizierbare Substanzen	56	8.2.1	Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen	95
6.2.2	Oral applizierbare Substanzen	59	8.2.2	Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen	96
6.2.3	Augmentations- und Kombinations- strategien	62	8.2.3	Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen	97
6.3	Nichtmedikamentöse Therapie	64	8.3	Kurzfristige psychotherapeutische Interventionen	97
6.3.1	Milieu-therapie	64	8.3.1	Suizidalität	98
6.3.2	Sozialarbeit	66	8.3.2	Selbstverletzung	100
6.3.3	Bewegungstherapie	67	8.3.3	Intoxikation	101
6.3.4	Ergotherapie	67	8.3.4	Komorbid Depression	101
6.3.5	Angehörigenarbeit	68	8.4	Längerfristige Psychotherapie	101
7	Intoxikation und Substanz- abhängigkeit	70	9	Manie	104
7.1	Diagnose- und Entscheidungs- algorithmus	70	9.1	Diagnose- und Entscheidungs- algorithmus	104
7.1.1	Intoxikation	71	9.2	Medikamentöse Therapie	106
7.1.2	Entzugssyndrom	76	9.2.1	Parenteral applizierbare Substanzen	107
7.1.3	Missbrauch und Abhängigkeit	77	9.2.2	Oral applizierbare Substanzen	110
			9.2.3	Häufige Kombinationen	112
			9.3	Nicht-medikamentöse Therapie	112

10	Depression	114	12.3.2	Klinische Kriterien nach ICD-10/-11 und DSM-5®	144
10.1	Indikation für eine Behandlung auf einer Akutstation	114	12.3.3	Komorbidität und Differentialdiagnosen	145
10.2	Medikamentöse Therapie und Elektrokrampftherapie	114	12.4	Psychotherapie	146
10.2.1	Antidepressive Medikation	114	12.4.1	Frühinterventionen	146
10.2.2	Antisuizidale Medikation	115	12.4.2	Traumatherapie bei manifester PTBS	146
10.2.3	Antipsychotische Medikation	115	12.5	Medikamentöse Therapieansätze ..	148
10.2.4	Elektrokrampftherapie	116	12.5.1	Prävention einer PTBS	148
10.3	Nichtmedikamentöse Therapie	116	12.5.2	Behandlung bei manifester PTBS ...	148
10.3.1	Überwachung	117	12.5.3	Behandlung akuter Anspannungszustände und Schlafstörungen	149
10.3.2	Psychotherapeutische Interventionen	117	12.6	Akutsituationen bei PTBS	149
11	Demenz	120	13	Häusliche Gewalt	152
11.1	Diagnostik	120	13.1	Vorkommen und Folgeschäden ...	152
11.1.1	Psychopathologisch-neuropsychologische Diagnose	120	13.2	Umgang, Ansprechen, Beratung und Aufklärung	154
11.1.2	Spezielle Diagnose	125	13.2.1	Schwierigkeiten im Umgang mit Betroffenen von häuslicher Gewalt ..	154
11.1.3	Nosologische Diagnose	125	13.2.2	Ansprechen häuslicher Gewalt	154
11.2	Therapie	128	13.2.3	Hilfreiche Beratung und Aufklärung ..	156
11.2.1	Rechtsgrundlage	128	13.3	Weitere Aspekte der Erstversorgung	157
11.2.2	Behandlungsplan	128	13.3.1	Leitlinien, Weitervermittlung, Hilfsangebote	157
11.2.3	Medikamentöse Therapie	129	13.3.2	Versorgung bei sexueller Gewalt ...	159
11.2.4	Nicht-medikamentöse Therapie	131	13.3.3	Rechtssichere Dokumentation	160
12	Traumafolgestörungen	133	13.3.4	Kinder und häusliche Gewalt	160
12.1	Traumatisierung	134	14	Die akut psychiatrisch erkrankte schwangere Patientin	163
12.2	Akute Belastungsreaktion/ Stressreaktion nach ICD-10/-11 ...	135	14.1	Kriterien für und gegen eine medikamentöse Therapie	163
12.2.1	Klinische Kriterien nach ICD-10/-11 und DSM-5®	135	14.2	Medikamentöse Therapie und Elektrokrampftherapie	165
12.2.2	Differenzialdiagnosen	137	14.2.1	Typische Antipsychotika	165
12.2.3	Akutbehandlung in der zentralen Notaufnahme	137	14.2.2	Atypische Antipsychotika	166
12.2.4	Spezifische Interventionen bei Notfallsituationen	138	14.2.3	Benzodiazepine	167
12.2.5	Stationäre Aufnahme oder Entlassung	142	14.2.4	Mood-Stabilizer	167
12.2.6	Stationäre Krisenintervention	143	14.2.5	Antidepressiva	168
12.3	Posttraumatische Belastungsstörung	143	14.2.6	Elektrokrampftherapie	170
12.3.1	Epidemiologie	143			

14.3	Nicht-medikamentöse Therapie . . .	171
14.4	Postpartum	171
15	Malignes neuroleptisches Syndrom, perniziöse Katatonie, Serotonin-Syndrom und anticholinerges Syndrom	174
15.1	Klinik, Pathogenese und Pathophysiologie	175
15.1.1	Malignes neuroleptisches Syndrom . .	175
15.1.2	Perniziöse Katatonie	176
15.1.3	Serotonin-Syndrom	176
15.1.4	Zentrales anticholinerges Syndrom . .	177
15.2	Diagnostik und Therapie	177

III Psychotherapie und Psychoedukation 181

16	Psychotherapie	183
16.1	Besonderheiten der Psychotherapie auf der Akutstation	183
16.2	Verhaltenstherapeutische Interventionen	184
16.2.1	Konditionierung	184
16.2.2	Verstärkerpläne	186
16.2.3	Modelllernen	187
16.2.4	Verhaltensverträge	188
16.2.5	Aktivitätsaufbau	189
16.2.6	Skillstraining	189
16.3	Therapeutische Beziehung	190
17	Psychoedukation am Beispiel der Schizophrenie	194
17.1	Anliegen und Aufbau des Kapitels	194
17.2	Therapeutische Haltung zur Psychoedukation	195
17.3	Rahmenbedingungen der Psychoedukation im stationären Kontext	197

17.4	Zentrale Themen für die Psycho- edukation	197
17.4.1	Symptomatik und Diagnose	197
17.4.2	Erklärungsmodelle	199
17.4.3	Medikamentöse Therapie	200
17.4.4	Rückfallprophylaxe, Frühwarn- zeichen, Krisenplan	202

IV Rechtliche, ethische und weitere Aspekte 207

18	Forensische Aspekte der Akutbehandlung	209
18.1	Grundsätzliche rechtliche Aspekte ärztlicher Behandlung	209
18.1.1	Indikation, Aufklärungspflicht und Einwilligung	209
18.1.2	Dokumentationspflicht	211
18.1.3	Gewährung von Einsicht in die Patientenakte	212
18.1.4	Rechtfertigender Notstand	213
18.2	Das Prinzip forensisch- psychiatrischer Beurteilung	213
18.3	Unterbringung und Zwangs- behandlung	214
18.3.1	Öffentlich-rechtliche Unter- bringung	214
18.3.2	Zivilrechtliche Unterbringung	216
18.3.3	Selbst- und Eigengefährdung	218
18.3.4	Fremdgefährdung	219
18.4	Betreuung	219
18.5	Geschäftsfähigkeit	220
18.6	Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht	221
18.7	Patientenverfügung	221
19	Medizinethische Aspekte der Therapieentscheidung	224
19.1	Problemdarstellung	224
19.2	Vorgehen	226
19.2.1	Prognoseeinschätzung	227

19.2.2	Einschätzung der aversiven Wirkung einer Behandlung	227	21.3	Psychische Belastung des Personals	245
19.2.3	Nachteile durch Nicht-Behandlung . .	228	21.4	Amtshilfe	246
19.2.4	Konsequenz für die Therapieentscheidung	229	22	Organisationsstrukturen auf der psychiatrischen Akutstation	248
20	Aggression und Deeskalation . .	230	22.1	Die geschlossene Tür – eine Herausforderung für Patienten und Personal	248
20.1	Risikofaktoren von aggressivem Verhalten	231	22.2	Rauchen	249
20.2	Vorbeugende Maßnahmen gegen Aggressionen	233	22.2.1	Nikotinabhängigkeitssyndrom	250
20.3	Vorgehen bei ausbrechender Aggression	236	22.2.2	Einbindung des Rauchens in ein gesamttherapeutisches Konzept	251
20.4	Messinstrumente aggressiven Verhaltens	238	22.3	Ausstattung und Behandlungsteam	252
21	Fixierung	240	Sachverzeichnis	257	
21.1	Durchführung einer Fixierung	241			
21.2	Dokumentation	245			

I Akute Syndrome

1 Akute Erregung

Peter Neu

Fallbeispiel

Ein etwa 25-jähriger Mann wird in der Nacht von der Polizei in die Klinik gebracht. Er war abends ziellos auf einer dicht befahrenen Straße gelaufen und hatte parkende Autos beschädigt, woraufhin Passanten die Polizei riefen. Die hinzugezogenen Beamten sprachen den Mann an, dieser antwortete unverständlich und setzte seinen Weg fort. Als die Beamten ihn zurückhalten wollten, schlug er auf sie ein. Die Beamten entschieden dann, ihn unter dem Verdacht auf Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung in die Klinik zu bringen. Der diensthabende Arzt erhebt folgenden psychiatrischen Aufnahmebefund: Der Patient ist wach, antwortet aber nur unverständlich oder gar nicht auf Befragen. Er trägt altersentsprechende Kleidung von guter Qualität. Sein Haar ist zerzaust, wirkt aber gepflegt. Von dem Patienten geht ein starker Geruch aus, dessen Ursache nicht identifiziert werden kann. Inhaltliche Denkstörungen und Ich-Störungen sind nicht beurteilbar. Das Vorhandensein von Halluzinationen erscheint aufgrund des Verhaltens des Patienten als wahrscheinlich, da er immer wieder in sich hineinhorcht und plötzlich kurze, abgehackte Sätze in Richtung der Wand spricht. Er ist psychomotorisch sehr unruhig und läuft hin und her. Er präsentiert einen bedrohlich-gereizten Affekt, der sich bis hin zur körperlichen Aggression steigert. Es besteht offensichtlich keine Krankheits- oder Behandlungseinsicht.

Dieses Beispiel zeigt eine für den Nachtdienst typische Problemkonstellation, die folgendermaßen charakterisiert ist:

- Es ist keine oder nur wenig Zusatzdiagnostik wie Blutentnahme, Drogenschnelltest, Alkoholatemtest, EKG, Computertomographie (CT) und Liquorpunktion möglich. Dies liegt teils an der mangelnden Compliance des Patienten, teils an den eingeschränkten Möglichkeiten während des Notdienstes.
- Es ist keine oder nur eine eingeschränkte Fremdanamnese zu erheben.
- Der Zustand des Patienten macht dennoch eine sofortige Behandlungsentscheidung notwendig.

Die vordringliche Aufgabe in einer solchen Situation ist es, den Patienten so weit zu stabilisieren, bis eine ausführliche Diagnostik möglich ist und eine spezifische Therapie eingeleitet werden kann. Üblicherweise wird dies erst am nächsten Tag der Fall sein. Die Akutbehandlung sollte für den Patienten so schonend wie möglich und mit einem möglichst geringen Risiko an unerwünschten Nebenwirkungen erfolgen.

1.1 Diagnostik

Wenn ein Patient mit einem akuten Erregungssyndrom von der Polizei auf die Station gebracht wird, sollten Sie sich zunächst klar machen, ob Sie deren Hilfe vor Ort noch in Anspruch nehmen wollen oder nicht. Es bedeutet manchmal eine zusätzliche Erregung für den Patienten, wenn die Polizei anwesend ist, mitunter ist es aber die einzige Lösung, um eine Gewaltfreiheit zu garantieren, besonders, wenn nachts wenig Personal vor Ort ist.

Stellen Sie sich dem Patienten in ruhigem und freundlichem Ton als Helfer vor. Die meist einzigen Quellen einer Fremdanamnese sind die Beamten, die den Patienten bringen. Die Beamten können sein Verhalten und die Situation beschreiben, unter der er aufgefunden wurde. Diese Beschreibungen liefern erste Aufschlüsse über die zugrunde liegende Störung, aber auch Hinweise dafür, ob eine Gewaltgefährdung vorliegen könnte. Dies sollten Sie auch konkret nachfragen (z. B. »Ist der Patient gegen sie tätlich geworden, unter welchen Umständen ist das passiert?«). Im Beispielfall ist der Patient laut Auskunft rasch fremdaggressiv geworden; das ist ein Hinweis darauf, dass eine solche Gefahr möglicherweise auch in der Klinik droht und kann ein Entscheidungsgrund für eine zügige medikamentöse Behandlung sein.

Erkundigen Sie sich in jedem Fall bei der Polizei, ob der Patient auf das Vorhandensein gefährlicher Gegenstände untersucht wurde. Wenn dies noch nicht geschehen ist, bitten Sie die Beamten, die Untersuchung durchzuführen und noch so lange zu bleiben, bis Sie sich ein Bild vom Patienten machen konnten.

Ist – anders als im obigen Beispielfall – kein akuter Anhalt für Fremdaggressionen aus der Fremdanamnese ersichtlich, so ist zunächst eine Verhaltensbeobachtung sinnvoll, wenn dies von den räumlichen Gegebenheiten möglich ist. Lassen Sie dem Patienten Speisen und Getränke anbieten und lassen Sie ihn dann zunächst einen Moment für sich sein. Dadurch hat der Patient Gelegenheit, sich etwas von den Ereignissen zu erholen, und Sie können durch die Verhaltensbeobachtung weitere Rückschlüsse auf die Grunderkrankung ziehen. Anschließend kann, soweit möglich, ein ärztlich-therapeutisches Gespräch folgen mit dem Ziel, den hocherregten Patienten zu beruhigen. Gleichzeitig stellt das Gespräch eine Exploration der zugrunde liegenden Symptomatik dar.

Wenn aber wie im obigen Beispielfall eine Fremdgefährdung weiterhin besteht, die sich anders nicht beherrschen lässt, muss eine unmittelbare medikamentöse Therapie erfolgen. Die Therapieoptionen hierzu sind weiter unten in Abschnitt 1.2 dargestellt. Unter Umständen muss dazu eine Fixierung vorgenommen werden. Eine ausführliche Anleitung hierzu finden Sie in ► Kapitel 21.

Sollte der Patient in eine *orale* Medikamentengabe einwilligen, so wäre diese zu bevorzugen und der Katalog der infrage kommenden Medikamente würde sich etwas erweitern. Wir wollen in unserem Beispielfall aber zunächst davon ausgehen, dass nur eine *parenterale* Medikation infrage kommt, weil aufgrund der fehlenden Krankheits- und Behandlungseinsicht keine Mitarbeit seitens des Patienten erfolgt und weil die sich steigernde Erregung schnelles Handeln erfordert. Dadurch verkleinert sich die Auswahlmöglichkeit der zur Verfügung stehenden Medikamente, gleichzeitig sind die Gefahren unerwünschter Nebenwirkungen höher. Ferner sind unsere Handlungsoptionen dadurch eingeschränkt, dass wir nur minimale Informationen über den Patienten und seine möglichen Vorerkrankungen haben.

Um einen Behandlungsalgorithmus erstellen zu können, müssen wir uns die wahrscheinlichsten Differenzialdiagnosen vor Augen führen. Im vorliegenden Fall kommen folgende Diagnosen infrage: Delir/Intoxikation, Schizophrenie, Manie und Persönlichkeitsstörung (oder auch keine Diagnose, denn Erregung muss nicht zwingend durch eine Krankheit bedingt sein). In ► Abbildung 1-1 sind verschiedene medikamentöse Therapieoptionen aufgeführt, die diesen Verdachtsdiagnosen zugeordnet sind. Unter Umständen kann es empfehlenswert sein, die Substanzen innerhalb eines Kästchens zu kombinieren. In ► Tabelle 1-1 sind parenteral applizierbare Substanzen dargestellt, die bei den verschie-

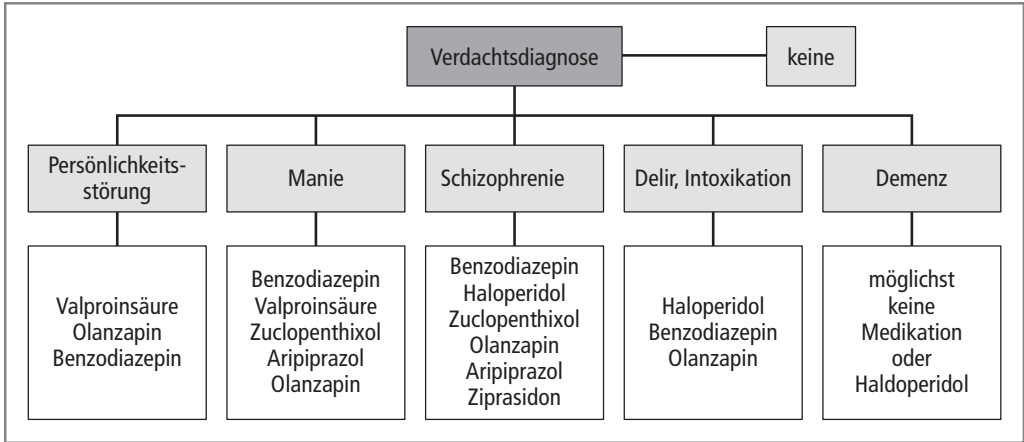


Abb. 1-1 Parenterale Therapieoptionen bei Akuttherapie verschiedener Grunderkrankungen. Die Optionen gelten für Fälle wie im Fallbeispiel. Wären z. B. Informationen verfügbar, die auf eine bestimmte Ursache eines Delirs hinweisen, oder wäre der Patient bereit, Medikamente einzunehmen, könnten auch Medikamente eingesetzt werden, die nur oral verfügbar sind.

Tab. 1-1 Parenteral applizierbare Substanzen mit Akutwirkung

Substanz	T _{max} /Halbwertszeit*	Empfohlene Anfangsdosis**
Haloperidol	2 min. (i. v.)–15 min. (i. m.)/12–36 Std.	5–10 mg i. m. oder i. v.
Benzodiazepine	1 min. (i. v.)/Je nach Substanz 1,5–48 Std.	Lorazepam 2 mg, Diazepam 10 mg i. m oder i. v.
Valproinsäure	0,5–2 Std./12–16 Std.	20 mg/kg KG über 24 Std. in 3 × 500 ml Infusionsflüssigkeit i. v.
Zuclopenthixol	36 Std./36 Std.	75–100 mg i. m.
Ziprasidon	6 Std.	10 mg i. m.
Olanzapin	30 min./30–60 Std.	5–10 mg i. m.
Aripiprazol	30 min./60–80 Std.	9,75 mg i. m.

* laut Herstellerangaben; ** ausgehend von einem 20- bis 40-jährigen Mann mit 80 kg Körpergewicht

denen Diagnosemöglichkeiten infrage kommen. Daneben sind die Halbwertszeiten, die für eine Therapieentscheidung ebenfalls relevant sind, sowie empfohlene Anfangsdosen dargestellt.

Denken Sie daran, während oder nach der

Medikamentengabe ein Notfalllabor abzunehmen, um möglicherweise weiteren Ausschluss über die Ursachen der Störung zu erhalten. Sollte der Patient fixiert werden müssen, so haben Sie genug Zeit, zusätzlich ein EKG anzufertigen.

1.2 Ursachenorientierte Therapie

1.2.1 Delir und Intoxikation

Die im Fallbeispiel beschriebene Symptomatik wäre mit dem Vorhandensein eines Delirs oder auch einer Intoxikation erklärbar. Einem Delir können verschiedenste Ursachen zugrunde liegen. Die häufigsten sind metabolische oder zirkulatorische Störungen (z. B. Kreislaufstörung), Infektionen, Traumata, Einnahme oder Entzug von Medikamenten oder abhängig machenden Substanzen. Die internationalen Leitlinien empfehlen bei einem Delir, welches durch den Entzug abhängig machender Substanzen verursacht ist den Einsatz von Benzodiazepinen, bei allen anderen Delirursachen wird von Benzodia-

zepinen dagegen abgeraten (Wilson 2012, NICE guidelines update 2019). In der Akutsituation ist die Unterscheidung zwischen einem Delir durch abhängig machende Substanzen, einem Delir durch andere Ursachen und einer Intoxikation mitunter schwierig. Gerade unter jungen Männern, die als Notfall auf psychiatrische Stationen aufgenommen werden, sind Intoxikationen mit abhängig machenden Substanzen sehr häufig. Die Leitsymptome im Beispielfall sind Unruhe und Aggression bei wahrscheinlich psychotischen Symptomen. Haloperidol kombiniert die Vorteile der parenteralen Applizierbarkeit und antipsychotischen Wirksamkeit mit einer geringen Kreislaufwirkung. Gerade Letzteres ist bei einer unklaren Ausgangslage von großem

Tab. 1-2 Vor- und Nachteile parenteral applizierbarer Substanzen

Substanz	Vorteile	Nachteile
Haloperidol	<ul style="list-style-type: none"> wenig Kreislaufnebenwirkungen 	<ul style="list-style-type: none"> EPMS möglich i. v.-Gabe erfordert EKG-Monitoring
Benzodiazepine	<ul style="list-style-type: none"> Wirkung setzt sofort ein angstlösend, sedierend keine EPMS 	<ul style="list-style-type: none"> Gefahr der Atemdepression bei zu schneller i. v.-Gabe bei bestehender Abhängigkeit wenig wirksam
Valproinsäure	<ul style="list-style-type: none"> keine EPMS antimanisch 	<ul style="list-style-type: none"> nicht antipsychotisch nur mäßig sedierend
Zuclopenthixol	<ul style="list-style-type: none"> sedierend und leicht antipsychotisch wirkt 2–3 Tage 	<ul style="list-style-type: none"> Kreislaufnebenwirkungen schlecht titrierbar nicht i. v. applizierbar
Ziprasidon	<ul style="list-style-type: none"> geringes EPMS-Risiko 	<ul style="list-style-type: none"> QTc-Verlängerung möglich nicht i. v. applizierbar
Olanzapin	<ul style="list-style-type: none"> geringes EPMS-Risiko 	<ul style="list-style-type: none"> Nicht mit Benzodiazepinen kombinieren! nicht i. v. applizierbar
Aripiprazol	<ul style="list-style-type: none"> Kombination mit Benzodiazepinen möglich geringe metabolische NW 	<ul style="list-style-type: none"> Datenlage zur Akutsituation unvollständig nicht i. v. applizierbar

Vorteil. Wenn beispielsweise bekannt wäre, dass es sich um eine Kokainintoxikation handelt, so wäre der Einsatz von Benzodiazepinen das Mittel der Wahl. Bei erschwerten Diagnosebedingungen jedoch müssen verschiedene Optionen abgedeckt werden. Gerade wenn man von einer Intoxikation ausgeht, muss man außerdem eher mit einer Mischintoxikation rechnen, die einen Einsatz von Benzodiazepinen verbietet. Aus diesem Grund ist das Haloperidol in diesem Fall das Mittel der Wahl (► Tab. 1-2). Die mögliche Gefahr der extrapyramidal motorischen Nebenwirkungen (EPMS) kann dadurch begrenzt werden, dass nicht zu hohe Anfangsdosen gewählt werden und gegebenenfalls noch einmal nachdosiert wird. Bei Patienten bis 65 Jahre 3×2 mg pro Tag vorzugsweise oral, wenn nötig parenteral. Steigerung auf bis zu 3×5 mg pro Tag möglich. Bei Patienten über 65 Jahre beginnen mit $3 \times 0,5$ bzw. 1 mg pro Tag, 6 mg Tageshöchstdosis. Bezüglich der parenteralen Applikation von Haloperidol muss angemerkt werden, dass der Hersteller in seinen Fachinformationen darauf hinweist, dass aufgrund vereinzelter Herzrhythmusstörungen nur dann eine i. v.-Gabe empfohlen wird, wenn ein kontinuierliches EKG-Monitoring erfolgt. Dies ist insofern brisant, als nach jahrzehntelanger allgemein praktizierter und anerkannter i. v.-Gabe nun dem behandelnden Arzt die Verantwortung für die Entscheidung über diese Applikationsform zugewiesen wird. Ein Monitoring ist in der Rettungsstelle meist gut durchführbar, auf Station sind jedoch die meisten Krankenhäuser nicht entsprechend ausgestattet, so dass eine i. v.-Gabe dann ausscheidet.

1.2.2 Demenz

Ein an Demenz erkrankter Patient wird am ehesten in einen akuten Erregungszustand geraten, wenn sich die vertraute Umgebung

verändert oder enge Bezugspersonen vorübergehend nicht verfügbar sind. Die Notfallbehandlung sollte daher eher keine Medikation vorsehen und aus o. g. Gründen sollte eine stationäre Aufnahme auch eher vermieden werden und der Patient lieber in der vertrauten Umgebung verbleiben. Sehr viel häufiger wird ein Patient mit einer Demenz dann in einen Erregungszustand geraten, wenn auf dem Boden der Demenz zusätzlich ein Delir auftritt. Dann sollten die nicht-medikamentösen Maßnahmen, die bei einem Delir empfohlen werden (► Kap. 4) im Vordergrund stehen. Wenn eine Medikation unverzichtbar erscheint, kann Haloperidol in geringer Dosierung zum Einsatz kommen (Anfangsdosis 1 mg, bei Bedarf steigern bis 3×1 mg). Auch hier gilt das bereits angesprochene Problem der i. v.-Gabe. Benzodiazepine verbieten sich aufgrund der Zunahme der Sturzgefahr und weil sie bei einem nicht-substanzassoziierten Delir nicht empfohlen werden. Das Olanzapin ist ebenfalls keine günstige Lösung, weil es bei einer Lewy-Body-Demenz nicht empfohlen wird und eine Differentialdiagnose in der Akutsituation u. U. schwierig ist.

1.2.3 Schizophrenie

Das zentrale Symptom einer Schizophrenie in einer akuten Situation wie in unserem Beispielfall ist die Angst. Die Angst bei akut Schizophrenen stellt sich aber selten als ängstliches Verhalten dar, wie wir es normalerweise bei nicht-schizophrenen Personen oder an uns selbst kennen (► auch Kap. 5). Die Angst des an einer Schizophrenie leidenden Patienten äußert sich dagegen eher in Misstrauen, Rückzug und sonstigen Abwehrmaßnahmen oder eben in Aggression. Jegliche Akuttherapie muss daher darauf ausgerichtet sein, dieses Symptom effektiv zu beherrschen. Daher stehen hier Benzodiazepine mit an erster Stelle. Diese haben zudem den Vorteil, nicht die

Nebenwirkungen der EPMS aufzuweisen und damit das von vielen Patienten als unangenehm beschriebene Gefühl des »Eingebundenseins« (Parkinsonismus) zu vermeiden. Selbst wenn der Patient keine Schizophrenie hätte, würde er die Gabe von Benzodiazepinen nicht als unangenehm empfinden. Bei der Wahl des Benzodiazepins vereint das Lorazepam viele Vorteile: Es hat eine relativ kurze Halbwertszeit und keine aktiven Metaboliten. Daher ist es gut geeignet, die nötige Dosis zu titrieren. Gleichzeitig hat es einen Vorteil gegenüber anderen Benzodiazepinen, der sich strukturchemisch schwer erklären lässt. Es ist sehr gut geeignet zur Behandlung von kationischen Symptomen. Kliniker machen immer wieder die beeindruckende Erfahrung, dass bei schweren mutistischen Zuständen nach Lorazepam-Gabe der Patient plötzlich deutlich besser über seine Symptome berichten kann. Sollte eine stärkere Sedierung notwendig sein, so empfiehlt sich die Wahl eines länger wirksamen Benzodiazepins wie z. B. das Diazepam. Die Gefahr der Atemdepression wird minimiert, wenn bei i. v.-Gabe strikt auf eine langsame Applikation geachtet oder das Medikament i. m. appliziert wird.

Beim Vorliegen einer Schizophrenie können die psychotisch bedingten Ängste jedoch so ausgeprägt sein, dass der zusätzliche Einsatz eines Antipsychotikums unerlässlich ist. Hier gibt es wiederum das Haloperidol als zuverlässiges Mittel. Die Gefahr von Nebenwirkungen kann durch die Wahl nicht zu hoher Dosen und den rechtzeitigen Wechsel auf eine andere Substanz nach Beendigung der Akutversorgung minimiert werden (► Kap. 1.2.1). Bei einem Beginn mit 5 mg und Gabe weiterer 5 mg im Falle zu geringer Wirkung wird die Gefahr unerwünschter Nebenwirkungen deutlich reduziert. Als Alternativen kommen die parenteralen Applikationsformen der neueren Antipsychotika Olanzapin und Ziprasidon infrage. Ihre Ein-

satzmöglichkeiten werden jedoch dadurch eingeschränkt, dass beim Olanzapin eine Kombination mit parenteralen Benzodiazepinen nicht empfohlen wird, beim Ziprasidon ein erhöhtes Risiko von Herzrhythmusstörungen besteht, weswegen ein vorheriges EKG empfohlen wird. Ferner sind beide Mittel nicht so stark antipsychotisch wirksam wie das Haloperidol. Daher muss gesagt werden, dass bei wohl dosiertem Einsatz das Haloperidol bisher nicht in seiner Nutzen-Risiko-Bilanz von anderen Antipsychotika in der Akutbehandlung, wie sie im Beispielfall erfolgen müsste, übertroffen wird (S3 Leitlinie Schizophrenie 2019).

Eine weitere Alternative bietet schließlich das Zuclopendixol, ein über 2–3 Tage wirksames Kurzzeitdepot-Antipsychotikum. Es vereint eine sedierende Komponente mit einer wenn auch nur schwachen antipsychotischen Wirksamkeit. Der Vorteil liegt in der Einmalgabe bei nur geringer Gefahr von EPMS. Der Nachteil liegt darin, dass aufgrund des Depotcharakters ein Titrieren schwerer ist, man also gleich die geeignete Dosis finden muss. Ferner setzt die Wirksamkeit nicht sofort ein. Man kann erst nach einigen Stunden mit einem klinisch erkennbaren Effekt rechnen, daher müsste in unserem Beispielfall zusätzlich z. B. ein Benzodiazepin i. v. gegeben werden, um eine Sofortwirkung zu erzielen und die Zeit zu überbrücken, bis das Zuclopendixol ausreichend wirksam geworden ist.

1.2.4 Manie

Eine Manie kann sich nicht nur in gehobener Stimmung, sondern auch in fremdgerichteter Aggression präsentieren. Wenn zusätzlich psychotische Symptome vorliegen, kann sie gerade anfangs von der Schizophrenie schwer zu unterscheiden sein. Der Patient in unserem Beispiel könnte in der Tat auch an einer Manie erkrankt sein.

Die frühere klinische Praxis, bei der jede Manie mit Antipsychotika als ein mögliches Mittel der ersten Wahl behandelt wurde, ist heute obsolet. Es stehen gute Alternativen zur Verfügung. Die Valproinsäure ist zur Akuttherapie der Manie zugelassen. Mit einer Infusion kann eine Titrierung erfolgen (bis zu 20 mg/kg Körpergewicht), welche eine rasche Besserung der Symptomatik ermöglicht. Gleichzeitig erfolgt eine leichte Sedierung ohne die Gefahr unangenehmer EPMS.

CAVE!

Aufgrund eines hohen Missbildungsrisikos ist Valproinsäure in der Schwangerschaft und bei nicht sicherer Empfängnisverhütung kontraindiziert, daher scheidet die Gabe für Frauen im gebärfähigen Alter aus.

Ferner ist auch bei einer akuten Manie die sedierende Wirkung der Valproinsäure allein häufig nicht ausreichend, daher ist eine Kombination mit einem Benzodiazepin notwendig. Diese Kombination vereint die kausal therapeutische Wirkung der Valproinsäure mit der symptomatisch therapeutischen Wirkung des Benzodiazepins.

Eine weitere gute Möglichkeit, ein manisches Syndrom mit Aggressionen zu beherrschen, stellt wie bei der Schizophrenie die Behandlung mit Zuclopenthixol dar. Allerdings wirkt das Medikament nicht sofort, sodass eine Kombination mit einem Benzodiazepin erwogen werden sollte. Die empfohlenen Anfangsdosen sind in ► Tabelle 1-1 aufgeführt.

Auch das Olanzapin hat eine Zulassung und nachgewiesene Wirksamkeit bei akuten Manien. In Situationen wie in unserem Beispielfall allerdings sind die Einsatzmöglichkeiten ähnlich wie bei der Schizophrenie eingeschränkt, weil eine parenterale Kombination mit Benzodiazepinen nicht empfohlen wird. Der therapeutische Einsatz von Olanzapin in

Akutsituationen ist somit begrenzt, weil unter Umständen keine ausreichende Sedierung erreicht werden kann.

1.2.5 Persönlichkeitsstörung

Symptome wie im Beispielfall können auch bei einer Persönlichkeitsstörung auftreten. In diesem Fall wird man am ehesten eine Impulskontrollstörung als Ursache der akuten Erregung vermuten. Insgesamt sind die medikamentösen Behandlungsansätze hier allerdings nicht befriedigend. Obwohl bisher für diese Situationen keine zugelassenen Therapien existieren, bietet Valproinsäure einen symptomatischen Therapieansatz und würde zu favorisieren sein (**CAVE!** Frauen im gebärfähigen Alter!). Gerade die neueren Antipsychotika scheinen bei Persönlichkeitsstörungen ebenfalls eine Alternative darzustellen, sodass das Olanzapin i. m. hier ebenfalls eine Behandlungsoption ist. Auch Benzodiazepine sind eine Behandlungsoption, allerdings muss hier die kontraindizierte Kombination mit Olanzapin bedacht werden. Ferner muss beachtet werden, ob als Co-Morbidität eine Benzodiazepinabhängigkeit bestehen könnte. In diesem Fall wäre mit wenig Wirksamkeit zu rechnen.

1.3 Rechtliche Grundlagen der Behandlung der akuten Erregung

Wenn wir über eine akute parenterale Medikation mit Psychopharmaka reden, müssen wir uns immer mit den rechtlichen Grundlagen dieser Maßnahmen auseinandersetzen. Nur weil eine Medikation nach Expertenmeinung indiziert ist oder eine Zulassung zur Behandlung dieses Krankheitszustandes besitzt, bedeutet dies nicht automatisch, dass man die Substanz ohne weiteres ohne das erklärte Einverständnis des Patienten einsetzen kann.

Über die Rechtmäßigkeit des Einsatzes von Notfallpsychopharmaka besteht aus verschiedensten Gründen stets eine sehr große Unsicherheit. Es ist relativ unstrittig, dass eine Fixierung und auch eine Medikation gegen den Willen des Patienten nach sorgfältiger Abwägung zur Abwendung einer akuten Gefahr über den rechtfertigenden Notstand bzw. die Sicherungsmaßnahmen im Rahmen des PsychKG zu begründen ist (► Kap. 18). Dagegen herrscht unter Psychiatern und Juristen ein anhaltender Diskurs, der Einsatz welcher Medikamentengruppen denn noch von diesen rechtlichen Regelungen abgedeckt werden. Leider muss vorausgeschickt werden, dass hier keine einhellige Meinung existiert. Es würde aber eher zur Verwirrung beitragen, wenn hier nur die Diskussion wiedergegeben wird, daher sei die folgende Vorgehensweise empfohlen:

1. Beginnen Sie mit der Substanz, die eine überwiegend sedierende Komponente und nur schwache neuroleptische Wirkung hat (also z. B. Benzodiazepine). (**CAVE!** Ausnahmen können hier die unter Kap. 1.2.1 und 1.2.2. beschriebenen Zustände bilden!)
2. Meiden Sie Medikamente mit Depotwirkung (z. B. Zuclopenthixol).
3. Beginnen Sie mit einer niedrigen Dosis und titrieren Sie ggf. nach.
4. Bei nicht ausreichender Wirkung und Fortbestehen der Symptomatik und der

rechtfertigenden Situation wählen Sie Substanzen mit einer höheren neuroleptischen Potenz.

CAVE!

Sollte der Patient in eine Medikation einwilligen, haben Sie selbstverständlich eine breitere Auswahl zur Verfügung!

Mit einem solchen gestuften und überlegten Vorgehen zeigen Sie, dass Sie ein verantwortungsvolles und theoriegeleitetes Prozedere wählen, welches Sie von dem Vorwurf des »reinen Ruhigstellens« o. ä. befreit. Vergessen Sie daher nicht, Ihr Vorgehen mit einer Begründung gut zu dokumentieren.

Literatur

- NICE guidelines update 2019, verfügbar unter:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/1-Guidance#treating-delirium> (zuletzt aufgerufen 29.03.2021).
- S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html> (zuletzt aufgerufen 29.03.2021).
- Wilson MP et al. American Association for Emergency Psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med.* 2012; 13(1): 26–34.

2 Mutismus, Stupor und Dissoziation

Peter Neu

Fallbeispiel

Eine etwa 35-jährige Patientin wird von der Polizei in die Klinik gebracht. Sie hatte sich seit mindestens zehn Stunden in der Halle des Hauptbahnhofes aufgehalten und war dem dortigen Sicherheitsdienst aufgefallen. Sie habe verwirrt gewirkt, sei wie ziellos umhergeirrt und habe dann zwischendurch wieder längere Zeit reglos auf einer Bank gesessen und in die Ferne gestarrt. Als sie vom Sicherheitsdienst angesprochen worden sei, habe sie kein Wort von sich gegeben und auch keinerlei Blickkontakt aufgenommen. Es schien den Sicherheitsbeamten, als nehme die Patientin die Anwesenheit anderer Menschen kaum wahr. Sie habe sich aber ohne jeglichen Widerstand in die Klinik bringen lassen. Die Patientin hat keine Papiere bei sich, die Identität lässt sich daher zum Aufnahmezeitpunkt nicht feststellen. Das Klinikpersonal sieht in der Aufnahmesituation den Bericht der Bahnhofspolizei bestätigt. Die Patientin ist altersentsprechend gekleidet, sie macht jedoch den Eindruck, als habe sie bei eigentlich guter Körperpflege diese in der letzten Zeit vernachlässigt. Die Patientin ist wach, hat die Augen geöffnet und blickt den Untersucher gelegentlich an. Sie wirkt jedoch teilnahmslos, reagiert nicht auf Ansprache und befolgt auch keine Anweisungen. Die Patientin ist mit Mantel, Pullover, Hosen und Schuhen bekleidet. Bei äußerlicher Betrachtung sind keine Verletzungen erkennbar. Außer den Angaben der Bahnhofspolizei ist keine Fremdanamnese verfügbar.

Der Beispielfall beschreibt eine typische Aufnahmesituation, in der ein Patient nicht spricht und scheinbar keinen Kontakt zu seiner Umwelt aufnimmt oder diesen zulässt. Die Differenzialdiagnose kann hier mitunter kompliziert sein, weil einige psychiatrische

und nicht-psychiatrische Erkrankungen derartige Symptome hervorrufen können. Aus psychiatrischer Sicht müssen zunächst die wichtigsten Symptome voneinander abgegrenzt werden, die den Zustand charakterisieren, um so einen Rückschluss auf die Genese ziehen zu können. Diese sind der Mutismus, der Stupor und die Dissoziation. In der Praxis ist die Differenzierung dieser drei Symptome häufig sehr schwer, da sie sich in der klinischen Erscheinung mitunter sehr ähnlich sind. Zur besseren Orientierung werden die drei Begriffe hier noch einmal definiert.

Mutismus: Wortkargheit (weniges, oft auch leises Sprechen) bis hin zum Nicht-Sprechen (Verstummen) bei intaktem Sprach- und Sprechvermögen. Der Mutismus gehört in den Bereich der Antriebsstörungen und wird vom willentlichen Schweigen abgegrenzt. Mutismus kann im Rahmen fast aller psychiatrischen Krankheitsbilder vorkommen.

Stupor: Zustand deutlich verminderter bzw. aufgehobener psychomotorischer Aktivität, der weder durch Schlaf noch durch eine quantitative Bewusstseinsstörung zu erklären ist. Der Patient nimmt dabei die Vorgänge seiner Umgebung mit besonderer Empfindlichkeit wahr, kann sich aber an ihnen nicht beteiligen, was für ihn sehr quälend ist. Ein Stupor kommt v. a. in der Depression und Schizophrenie vor.

Dissoziation: Hauptmerkmal der Dissoziation ist eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Gedächtnisses, des Bewusstseins, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt. Normalerweise besteht

beim Gesunden ein hoher Grad bewusster Kontrolle darüber, welche Erinnerungen und Empfindungen für die unmittelbare Aufmerksamkeit selektiert und welche Bewegungen ausgeführt werden. Bei einer Dissoziation wird angenommen, dass die Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle gestört ist. Eine Dissoziation kann bei den verschiedensten psychischen Erkrankungen auftreten.

2.1 Ursachen

In ► Tabelle 2-1 sind die möglichen psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Krankheitsbilder aufgelistet, die eines der drei Symptome hervorrufen können. Beim Vorliegen einer der nicht-psychiatrischen Ursachen und auch z. B. bei der Drogenintoxikation dürfte man streng genommen nicht von Stupor, Mutismus oder Dissoziation sprechen, sondern es wird eher eine Bewusstseinsstörung vorliegen, dies kann jedoch in der Praxis mitunter kaum zu unterscheiden sein.

2.2 Diagnostik und Therapie

Wieder gehen wir davon aus, dass Sie in der Aufnahmesituation eine nur eingeschränkte Möglichkeit der Fremdanamnese und der Diagnostik haben und sich trotzdem ein Bild über die möglichen Ursachen der gesehene Symptomatik machen müssen. Das folgende vorgeschlagene Prozedere soll einerseits den wahrscheinlichsten Differenzialdiagnosen zu allererst Rechnung tragen, andererseits eine Untersuchung der anderen überhaupt erst ermöglichen. Die vorgeschlagenen Schritte sind in ► Abbildung 2-1 noch einmal zusammengefasst.

Da Sie damit rechnen müssen, dass bei der Patientin ein wichtiges Leitsymptom die Angst ist, sollten Sie eine Kontaktaufnahme sehr behutsam beginnen und sich und Ihre Funktion in ruhigem und freundlichem Ton erst einmal vorstellen. Wahren Sie einen angemessenen Abstand zu der Patientin. Der Grund hierfür liegt zum einen darin, dass Sie nicht wissen, ob Ihr Gegenüber fremdaggressiv reagieren könnte, v. a. aber, dass bei der

Tab. 2-1 Ursachen für Mutismus, Stupor und Dissoziation

Psychiatrisch	<ul style="list-style-type: none"> • Affektive Erkrankung • (Katatone) Schizophrenie • Malignes neuroleptisches Syndrom • Serotonin-Syndrom • Drogenintoxikation • Belastungsreaktionen • Persönlichkeitsstörung • Delir • Demenz (bei älteren Patienten)
Andere	<ul style="list-style-type: none"> • Metabolische Störungen (u. a. diabetische Ketoacidose, akute intermittierende Porphyrie, hepatische Enzephalopathie, Urämie) • Arzneimittelinduziert • Epilepsie (Status non-convulsivus, postiktaler Zustand) • Parkinson-Krise • Meningitis/Enzephalitis • Zerebrale Raumforderung, Ischämie, Blutung • Schädel-Hirn-Trauma

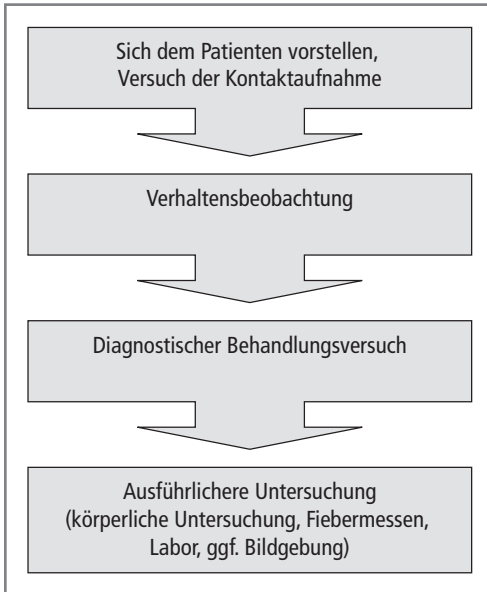


Abb. 2-1 Praktisches Vorgehen bei der Differenzialdiagnose von Mutismus, Stupor und Dissoziation

Patientin eine zu große Nähe einer fremden Person eher eine mutmaßlich vorhandene Angst steigern wird.

CAVE!

Beachten Sie bei der Exploration, dass beim Mutismus die Antworten mit langen Latenzen kommen können und man daher besonders geduldig sein sollte.

Wenn die Patientin weiterhin nicht reagiert und die Gegebenheiten es erlauben (z. B. geschlossene Station), nehmen Sie sich Zeit zur Verhaltensbeobachtung der Patientin. Wie auch in den anderen Kapiteln oft erwähnt, spielt die Verhaltensbeobachtung bei der Diagnose auf der Akutstation eine nicht zu unterschätzende Rolle. Sie gibt v. a. Aufschlüsse über den Zustand der Patientin, ohne dass

diese durch eine für sie manchmal sehr unangenehme explorative Befragung beunruhigt wird. Lassen Sie die Verhaltensbeobachtung gegebenenfalls durch das Pflegepersonal über einige Zeit fortführen. Dabei achten Sie besonders auf die folgenden Punkte:

- Wie reagiert die Patientin z. B. bei Anbieten oder Hinstellen von Speisen und Getränken?
- Interessiert sie sich für die Ausstattung der Station?
- Nimmt die Patientin Kontakt zu anderen Patienten auf?
- Kommt es in Abhängigkeit von äußeren Faktoren (z. B. Ansprache oder Nichtbeachtung) zu einer Modulation der Symptomatik?

Beachten Sie aber auch, dass sich durch die Verhaltensbeobachtung auch Hinweise auf andere nicht-psychiatrische Erkrankungen ergeben können. So können Sie anhand der Bewegungen der Extremitäten erste Anzeichen auf das Vorliegen von Seitendifferenzen und Paresen erhalten. Bei der Beobachtung des Gangbildes können sich Hinweise auf das Vorliegen eines Parkinsonismus ergeben.

Sollte die längere Verhaltensbeobachtung aus verschiedenen Gründen nicht möglich sein oder Sie keine weiteren Aufschlüsse mehr erhalten, behandeln Sie zuerst die wahrscheinlichsten Differenzialdiagnosen im Sinne einer differenzialdiagnostischen Behandlung. Diese sind die psychiatrischen Ursachen aus ►Tabelle 2-1. Geben Sie der Patientin 1 mg Lorazepam oral oder i. m./i. v. Bei Personen über ca. 60 Jahren wählen Sie zunächst die halbe Dosis.

CAVE!

Für den Fall, dass es sich um einen Stupor im Rahmen einer katatonen Schizophrenie handelt, könnte die Symptomatik ohne erkennbare Ursache unvermittelt und plötzlich in hochgradige Erregung und Aggression umschlagen! Führen Sie die Erstversorgung daher nicht allein, sondern im Beisein oder mindestens in Sichtkontakt mit dem anderen medizinischen Personal durch.

Durch eine Lorazepamgabe ist die Wahrscheinlichkeit einer Besserung aller in ► Tabelle 2-1 genannten psychiatrischen Ursachen hoch. Lorazepam ist sehr gut geeignet zur Behandlung von katatonen Symptomen. Kliniker machen immer wieder die beeindruckende Erfahrung, dass bei schweren mutistischen oder stuporösen Zuständen nach Lorazepamgabe der Patient plötzlich deutlich besser über seine Symptome berichten kann (► auch Kap. 1). Selbst wenn eine der anderen genannten Erkrankungen Ursache der Störung ist und Sie keine wesentliche Besserung

sehen, erwächst dem Patienten aus der Applikation von Lorazepam zumindest kein Nachteil.

Sollte sich keine Änderung ergeben, wiederholen Sie die Lorazepamgabe mit derselben Dosis nach einer Stunde, es sei denn, es ist durch die erste Gabe zu einer deutlichen Sedierung gekommen.

Jetzt nehmen Sie eine Blutentnahme vor und führen eine internistisch-neurologische Untersuchung durch. Die wichtigen Notfalllaborparameter bei Stupor, Mutismus und Dissoziation sind:

- Blutbild
- Glucose
- Transaminasen (GOT, GPT)
- Kreatinin
- Natrium, Kalium
- Creatinkinase
- C-reaktives Protein (CRP)
- Gerinnungsparameter
- Drogenurin

Es empfiehlt sich, dies erst nach Gabe des Lorazepam durchzuführen, um die Patientin

Tab. 2-2 Hinweise auf verschiedene Ursachen für Stupor, Mutismus und Dissoziation

Symptom/Befund/Untersuchung	Möglicher diagnostischer Hinweis auf
Fieber, Rigor, Creatinkinase deutlich erhöht	Malignes neuroleptisches Syndrom, perniziöse Katatonie, Serotonin-Syndrom
Fieber, Entzündungsparameter, Meningismus-Zeichen	Meningitis/Enzephalitis
Paresen, Hirnnervenausfälle	Raumforderung, Ischämie, Blutung
Äußerliche Verletzungen, neurologische Untersuchung	Schädel-Hirn-Trauma
Labor, körperliche Untersuchung	Metabolische Störungen
Zungenbiss, Creatinkinase-Erhöhung	Epilepsie
Neurologische Untersuchung	Parkinson

nicht zu verängstigen und um mit etwas Mitarbeit der Patientin rechnen zu können. Hierdurch werden Sie weitere Hinweise erhalten, die Sie der Diagnose näherbringen. In ► Tabelle 2-2 ist aufgeführt, welche Symptome bzw. Befunde auf welche möglichen Ursachen für Stupor, Mutismus und Dissoziation hinweisen.

In ► Tabelle 2-3 sind die zu erwartenden Veränderungen nach Lorazepamapplikation bei den verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern dargestellt. Die deutlichste Veränderung wird bei einer katatonen Schizophrenie oder einem depressiven Stupor zu sehen sein. Auch bei einem malignen neuroleptischen Syndrom ist die Lorazepamgabe als unspezifisches Therapeutikum gut geeignet, es wird Ihnen zumindest ermöglichen, weitere Diagnostik durchzuführen. Genauere Hinweise für oder gegen ein malignes neuroleptisches Syndrom werden Sie erhalten, wenn Sie in der Lage sein werden, eine körperliche Untersuchung durchzuführen, Fieber zu messen und Blut abzunehmen (zur Differenzialdiagnose und Behandlung ► auch Kap. 15).

Im Falle einer Drogenintoxikation wird sich nach Lorazepamgabe je nach Substanz ein unterschiedlicher Effekt zeigen. Bei einer Intoxikation mit Kokain, Psychostimulanzien oder Amphetaminen ist sehr wahrscheinlich mit einer Besserung zu rechnen. Sollte eine Intoxikation mit sedierenden Substanzen wie Opiaten, Cannabis, Benzodiazepinen oder Barbituraten vorliegen, ist mit keiner Besserung zu rechnen. Allerdings geht man in diesem Fall auch kein Risiko ein, eine Verschlechterung des Zustandes zu induzieren. Die Menge an dem applizierten Lorazepam ist zu gering, um einen Organismus, der ohnehin mit Opiaten, Sedativa oder Hypnotika intoxikiert ist, noch zu beeindrucken.

Im Falle einer Alkoholintoxikation allerdings würde man eher von einer Lorazepamgabe Abstand nehmen wollen, da eine Bewusstseinsverminderung unter Umständen verstärkt werden kann. Wenn wir davon ausgehen, dass die Patientin keinen Atemalkoholtest zulassen wird, kann man durch den Atem- und Körpergeruch zumindest abschätzen, ob der Verdacht auf eine Alkoholintoxikation besteht oder nicht.

Tab. 2-3 Zu erwartende Akuteffekte der Lorazepamgabe bei verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern

Erkrankung	Wirkung der Lorazepamgabe
<ul style="list-style-type: none"> • Katatone Schizophrenie • Depressiver Stupor 	Deutliche Besserung! Patient spricht mehr, nimmt Kontakt auf.
<ul style="list-style-type: none"> • Malignes neuroleptisches Syndrom • Serotonin-Syndrom 	Stabilisierung bzw. Besserung
<ul style="list-style-type: none"> • Drogenintoxikation • Delir 	Je nach Substanz und Ursache; Besserung möglich, möglicherweise aber kein Effekt oder mehr Sedierung
<ul style="list-style-type: none"> • PTBS • Persönlichkeitsstörung 	Geringe oder keine Besserung
<ul style="list-style-type: none"> • Demenz 	Sedierung, keine Besserung

Zur Frage der Intoxikation mit abhängigmachenden Substanzen ist also differenzialdiagnostisch zu betonen, dass wir hier das Phänomen des Mutismus, Stupor bzw. Dissoziation betrachten. Im Falle einer Intoxikation mit *vor allem sedierenden* Substanzen (Alkohol, Sedativa, Opiaten, etc.) würde man als führendes Symptom eine *Verminderung des Bewusstseins* bemerken, welches sich relativ leicht erkennen lässt.

Im Falle einer Persönlichkeitsstörung oder einer Belastungsreaktion würde man vom Vorliegen eines dissoziativen Zustandes ausgehen. Hier ist die Wirksamkeit von Lorazepam schwerer vorherzusagen, in jedem Fall aber nicht so überzeugend wie z. B. im Falle der katatonen Schizophrenie oder des depressiven Stupors. Eine häufige Persönlichkeitsstörung, die in die psychiatrische Akutaufnahme kommt, ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Hier ist die Akutwirkung von Medikamenten auch in hoher Dosierung klassischerweise äußerst gering. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeits-erkrankung als Komorbidität hoch, sodass hier Ähnliches gilt wie im Falle der Benzodiazepin-Abhängigkeit. Wenn man nach Lorazepamgabe keine wesentliche Besserung erzielt hat und der Verdacht auf eine Dissozia-

tion besteht, wie sie z. B. bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder auch der Borderline-Persönlichkeitsstörung auftreten kann, so sollte ein Versuch mit einem physischen Reiz, z. B. einem Schmerzreiz oder das Riechen an einem Ammoniakfläschchen, durchgeführt werden. Vorher sollte der Patientin das Vorgehen jedoch genau erklärt werden (z. B. »Ich werde Sie gleich am linken Arm etwas kneifen« oder »Ich halte Ihnen jetzt eine Flasche Ammoniak unter die Nase, das wird einen stechenden Geruch haben«). Auch jüngeres Alter, weibliches Geschlecht und das Vorliegen von Narben (Schnitte oder Brandnarben an den Unterarmen oder den Beinen) können ein Hinweis auf Dissoziation bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sein.

Mit dem beschriebenen Prozedere können Sie zum einen erreichen, dass die Patientin mehr Auskunft gibt und Sie auf diese Weise eine genauere Untersuchung durchführen und die Ursache der Störung eingrenzen können. Zum anderen aber werden Sie die Patientin so stabilisieren, dass Sie sie sicher über die nächsten Stunden bringen, bis eine ausführlichere Diagnostik und Anamnese möglich ist.