

DGBS Jahrestagung 2016: Symposium „Notfälle bei Bipolaren Störungen“



Von Agitation bis Erregung: Bipolare Notfallsituationen im klinischen und rechtlichen Kontext

Prof. Dr. Martin Schäfer^{1,2}

¹Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin

²Charité-Universitätsmedizin Berlin

Psychiatrische Notfälle



- Anteil psychiatrischer Notfälle im ärztlichen Notdienst: 12 bis 25 %
- Anteil psychiatrischer Notfälle bei Allgemeinmedizinerinnen bzw. Hausärzten: ca. 10 %
- Ca. 250.000 - 400.000 Einsätze/pro Jahr (ca. 10-15% aller Notarzteinsätze)
- Anteil psychiatrischer Notfallpatienten in allgemeinen Notaufnahmen: ca. 13 %
- psychische Störungen werden im Rahmen der Erstversorgung in primär nicht psychiatrisch ausgerichteten Institutionen und Kliniken in bis zu 60 % der Fälle nicht richtig erkannt und nicht angemessen behandelt

Krise – Notfall



- **Krise:** Situative Belastungssituation, die der Betreffende in der Regel selbst bewältigen kann. Eine Unterstützung ist nicht erforderlich, aber hilfreich. Maßnahme: Beratung.
- **Pathologische Krise:** Belastungssituation, in der die individuellen Bewältigungsstrategien zusammenbrechen. Hilfe ist erforderlich, jedoch ohne unmittelbaren Zeitdruck. Maßnahme: Psychotherapie.
- **Notfall:** Belastungssituation, die mit einer Gefährdung von Leben und Gesundheit einhergeht. Sofortiges Handeln ist erforderlich. Maßnahme: Ärztliches Handeln.

Alle Störungen kognitiver und emotionaler Prozesse, die ein unverzügliches therapeutisches Handeln erfordern, werden als psychiatrische Notfälle bezeichnet, ohne dass der Zustand immer akut lebensbedrohlich ist. (Brünne, 2000)

Notfälle: individuelle bzw. trialogische Sicht



Patient:

- Erregung
- Innere Unruhe
- Suizidgedanken
 - Ängste
- Panikattacken
- Körperliche Beschwerden

Leidensdruck ?!

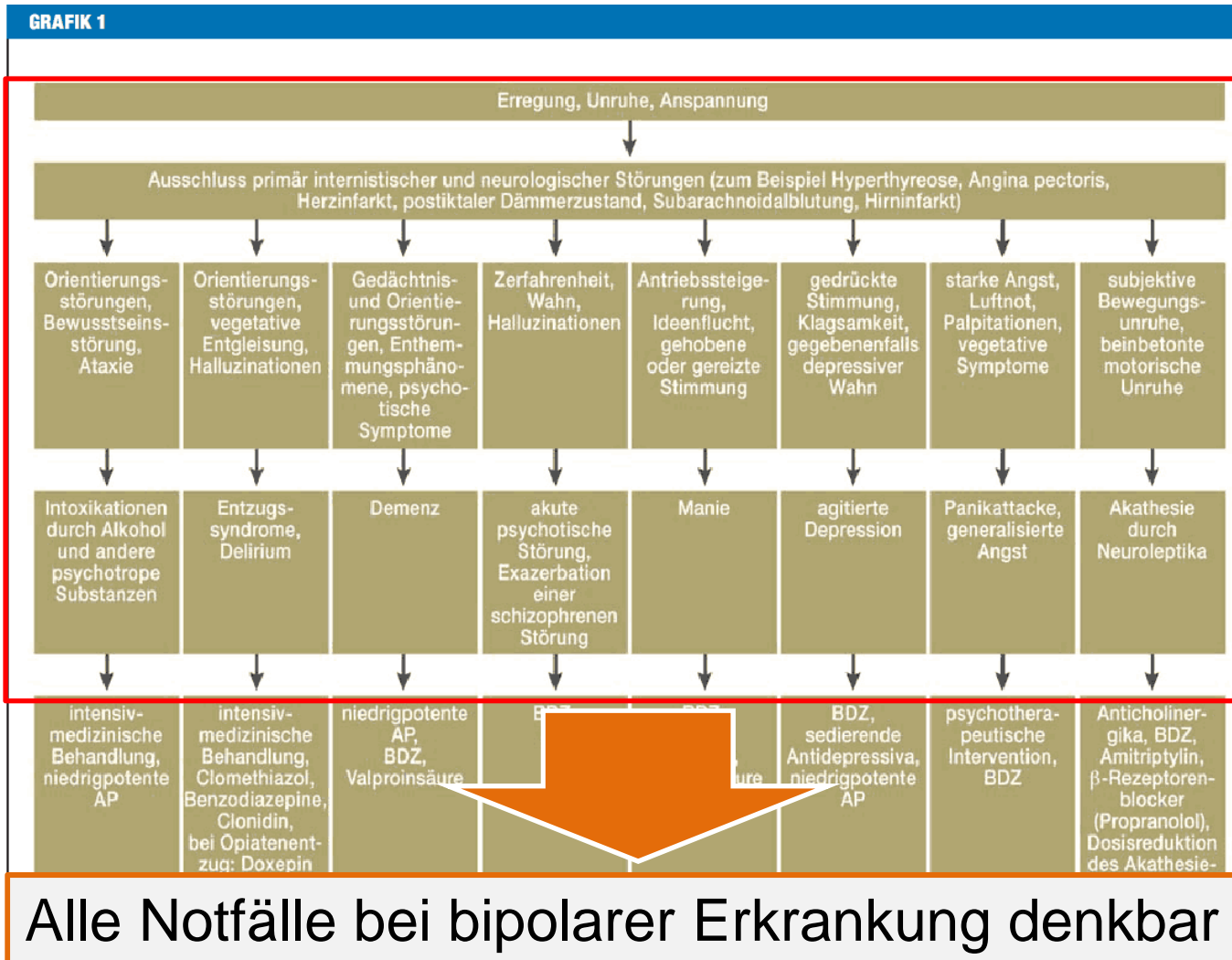
Angehörige:

- Erregung, Reizbarkeit
 - Innere Unruhe
 - Aggressivität
- Suizidgedanken
- Ängste, Panikattacken
- Psychotische Symptome
 - Intoxikation
 - Verwirrtheit
- Fehlhandlungen, selbstschädigende Handlungen

Arzt:

- Erregung, Reizbarkeit, Innere Unruhe
- Suizidgedanken, Suizidversuch
 - Intoxikationen
 - Panikattacken
- Körperliche Komplikationen
 - Delir/Verwirrtheit
- Psychotische Manie
 - Selbstverletzung
- Fremdgefährdung

Psychiatrische Notfälle allgemein



Differenzialdiagnosen und Akuttherapie psychomotorischer Erregungs- und Unruhezustände

AP, Antipsychotika; BDZ, Benzodiazepine; SV, Suizidversuch

KLINIKEN ESSEN-MITTE Evang. Huysens-Stiftung/
Knappschaft GmbH

Unterscheidung des Notfalls nach Dringlichkeitsstufen



A) Absoluter Notfall:

1. Alkoholentzugssyndrom (Delir)
2. Hochgradige Erregtheit (Psychose)
3. Schwere Intoxikation (z.B. Medikamente)
4. Beabsichtigter Suizid oder erfolgter Suizidversuch

B) Relativer Notfall:

1. Bizarres Verhalten (Demenz, Schizophrenie)
2. Akuter Erregungszustand (z.B. im Partnerschaftskonflikt)
3. Geäußerte Selbst- oder Fremdtötungsabsichten
4. Konkrete Suizidpläne und -vorbereitung
5. Trunkenheit

C) Kein Notfall:

1. Soziale Krisen (Ehestreit, Partnerschaftskonflikt)
2. Mäßig ausgeprägte Angstzustände (sofern nicht psychotisch)
3. Beratungswunsch in psychosozialer Belastungssituation

Risikofaktoren für Notfälle bei Bipolaren Patienten



- Somatische Erkrankungen
- Psychiatrische Komorbiditäten
- Psychosoziale Belastungen

Häufigkeit psychosozialer Probleme



Probleme vor der korrekten Diagnosestellung

n=600

Beziehungsprobleme	80%
Beziehungsprobleme zu Familie/Freunden	68%
Eheproblem	49%
Arbeits-/schulbezogene Probleme	73%
Substanzmißbrauch / Suchtverhalten	72%
Kaufexzesse	52%
Promiskuität	43%
Alkohol -/Medikamentenmissbrauch	37 %
Finanzschwierigkeiten	55 %
Körperliche Gesundheitsprobleme	46 %

Einflüsse Verlaufsformen



- Bipolar-I Störung mit häufigen schweren Manien
- Psychotische Symptome während der manischen Phasen
- schnelle Phasenwechsel („rapid cycling“) oder extrem schnellen und häufigen Stimmungsumschwüngen („ultra rapid cycling“)
- „Mischzustände“ mit gleichzeitig auftretenden depressiven und manischen Symptomen (z.B. Gereiztheit, Erregung, Agitation)
- schwer agitierte oder psychotische depressive Episoden

Bipolar und komorbide psychische Erkrankungen



Tabelle16: Komorbide psychiatrische Erkrankungen

Komorbide Erkrankung	Komorbidität Bipolar I/Bipolar II Patienten über die Lebenszeit: % (SE)	Odds Ratio Bipolar I Patienten gegenüber psychiatrisch gesunden Kontrollen: OR (95 %CI)*	Odds Ratio Bipolar I Patienten gegenüber Personen ohne diese Diagnose: OR (95 %CI)
Angststörungen	86,7 (3,9)/ 89,2 (3,3)		14,1 (6,9-28,8)
Agoraphobie ohne Panik			5,2 (2,1-13,0)
Panikstörung			9,4 (5,9-15,1)
PTSD			6,6 (4,2-10,4)
GAD			9,4 (6,2-14,2)
Spezifische Phobie			6,5 (4,5-9,4)
Soziale Phobie			7,9 (4,9-12,8)
Substanzmissbrauch und -abhängigkeit	60,3 (4,2)/ 40,4 (3,7)		8,8 (5,9-13,1)
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit		19,63 (17,59-21,90)*	
Alkoholmissbrauch			8,6 (5,9-12,4)
Alkoholabhängigkeit			11,6 (6,8-19,7)
Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen		42,91 (37,83-48,66)*	
Missbrauch von illegalen Drogen			10,1 (7,0-14,4)
Abhängigkeit von illegalen Drogen			13,7 (8,9-21,1)
Impulskontrollstörung	71,2 (5,1)/ 70,4 (6,7)		8,3 (5,2-13,2)
ADHS	40,6 (5,9)/ 42,3 (7,5)		10,0 (6,1-16,1)
Essstörungen	33,2**		
Persönlichkeitsstörungen	28,8		

SE: Standardfehler, CI: Konfidenzintervall

*adjustiert für Alter, Geschlecht, Wohnort, Anzahl der nicht mit psychiatrischen Erkrankungen zusammenhängenden Arzttermine/Krankenhausaufenthalte

ORs aus Carney et al. 2006 und aus Merikangas et al. 2007, Prävalenzen aus Merikangas et al. 2007, George et al. 2003 (Persönlichkeitsstörungen) und Hudson et al. 2007 (Essstörungen)

**OR für Bipolare Störung bei Patienten mit Anorexia nervosa 0,8 (95 %CI 0,2-3,7) gegenüber denen ohne, mit Bulimia nervosa 4,7 (2,1-10,8; signifikant), mit Binge Eating 3,6 (2,1-6,3; signifikant)

Lebenszeitprävalenz Substanzmißbrauch bei psychiatrischer Komorbidität



Gruppe/Diagnose	% mit Substanz- mißbrauch
Allgemeinbevölkerung	16,6%
Dysthymie	31,4%
Major Depression	27,2 %
Bipolar I	50,7%
Bipolar II	48,2 %
Angststörung	23,7%
Panikstörung	35,8%
Zwangsstörung	32,8%
Persönlichkeitsstörung, dissozial	83,3%
Schizophrene Störungen	47%

Risikofaktoren für schwere Verläufe



S3-LL Bipolare Störungen
Langversion 1.2
Mai 2012

Epidemiologie, Ätiopathogenese, Prognose und Prävention

Die folgenden Risikofaktoren für einen schweren bzw. chronischen Verlauf der Erkrankung wurden beschrieben:

Für häufig wiederkehrende Episoden:

- Junges Ersterkrankungsalter
- Weibliches Geschlecht
- Gemischte Episoden
- Schwerwiegende Lebensereignisse
- Psychotische Symptome
- Insuffizientes Ansprechen auf die phasenprophylaktische Therapie
- Rapid Cycling.

Für einen chronischen Verlauf:

- Häufige Episoden
- Prämorbid Persönlichkeitsmerkmale mit inadäquaten Copingstrategien
- Insuffizientes Ansprechen auf die Akut- und phasenprophylaktische Therapie
- Schlechte Compliance
- Komorbider Substanzmissbrauch
- Komorbidität mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen.

Somatische Morbidität



- Bei psychiatrischen Notfällen immer auch an exogene Ursachen denken
- Stigmatisierung beachten (fehlende Abklärung)
- bei unklaren Bildern Notfalldiagnostik
 - Blutzucker
 - kardiale oder respiratorische Probleme
 - Infektionen
 - NW oder Intoxikationen
 - Zerebrale Erkrankungen (Schlaganfall, Blutungen, Tumor, etc.)

Somatische Risikofaktoren als Auslöser für Psychosen und Manien

Tab. 1 Beispielhafte Übersicht über somatische Erkrankungen, die Psychosen auslösen können

Internistische Erkrankungen	Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, hypertensive Enzephalopathie, Leberinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Pankreatitis, Hyper- und Hypoglykämie (z. B. im Rahmen eines Diabetes mellitus), Hyperthyreose, Anämien, Porphyrien, Autoimmunerkrankungen, M. Wilson, Vitaminmangelsyndrome (z. B. B ₁ , B ₆ , B ₁₂), Ketoazidose, Laktatazidose, alle Elektrolytstörungen
Neurologische Erkrankungen	Psychomotorische Anfälle, postiktaler Dämmerzustand, Enzephalopathien, Schädel-Hirn-Trauma, entzündliche ZNS-Erkrankungen (Enzephalitis, Meningitis), Insult, intrazerebrale Blutungen, degenerative Erkrankungen (z. B. Demenzen, M. Parkinson, Chorea Huntington), Tumoren, Hydrozephalus, Hirnödeme
Toxisch	Intoxikation oder Entzug von Alkohol, Cannabis, Halluzinogene, Amphetamine, Kokain, Ecstasy, Opiate Intoxikation mit Pestiziden, Insektiziden, Schwermetalle Entzug von Benzodiazepinen, Hypnotika
Medikamentös	Steroide, β -Rezeptorenblocker, β -Mimetika, Gykoside, Anticholinergika, Antihistaminika, Parkinson-Medikamente, Antibiotika, Antimalariamittel

Bipolar und komorbide somatische Erkrankungen



Tabelle17: Komorbide somatische Erkrankungen

Komorbide Erkrankung	Komorbidität Lebenszeit: % (SE)	Odds Ratio Bipolar I Patienten gegenüber psychiatrisch gesunden Kontrollen: OR (95 %CI)*
Kardiovaskuläre Erkrankungen	26 (4-49)	
Arrhythmien		1,62 (1,32-2,00)
Periphere Gefäßerkrankung		2,16 (1,55-3,01)
Hypertonie	24 (10-33)	1,23 (1,11-1,37)
Schlaganfall	3	2,85 (2,18-3,72)
Endokrinologische Erkrankungen	29	
Diabetes mellitus	11 (2-26)	1,54 (1,16-2,03)**
Hypothyreose		2,57 (2,27-2,91)
Adipositas	18 (3-33)	2,63 (2,21-3,12)
Muskuloskeletale Erkrankungen	63 (50-75)	
Arthritis	19 (16-21)	1,62 (1,37-1,90)
Rückenschmerzen		1,51 (1,39-1,63)
Renale Erkrankungen	7	
Nierenversagen		2,31 (1,56-3,40)
Gastrointestinale Erkrankungen	35 (11-56)	
Lebererkrankung		3,97 (2,84-5,55)
Pankreatitis	2	2,53 (1,62-3,96)
Neurologische Erkrankungen	35 (17-53)	
Kopfschmerzen/Migräne	9 (15-44)	2,47 (2,25-2,71)
Lungenerkrankungen	25	
Chronische Lungenerkrankung		2,32 (2,08-2,59)
Asthma	18 (6-35)	2,67 (2,32-3,06)
Infektionen		
AIDS		9,53 (3,84-23,64)
Chronische Eierstockentzündung		2,17 (1,84-2,57)

SE: Standardfehler, CI: Konfidenzintervall

*adjustiert für Alter, Geschlecht, Wohnort, Anzahl der nicht mit psychiatrischen Erkrankungen zusammenhängenden Arzttermine/Krankenhausaufenthalte

**mit Komplikationen (ohne Komplikationen: 1,08 (0,90-1,29))

% Komorbidität aus McIntyre et al. 2008, ORs aus Carney und Jones 2006.

Somatische Morbidität und Mortalität



- Lebenserwartung bipolarer Patienten um durchschnittlich 9 Jahre verkürzt.
- Das Mortalitätsrisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung ist bei bipolaren Patienten um das dreifache erhöht
- das Mortalitätsrisiko bei Patienten mit Medikation (Atypische Antipsychotika, Mood Stabilizer) unter dem der Patienten ohne Medikation!

Bipolare Störungen und somatische Erkrankungen



- Erhöhtes Risiko für:
 - metabolisches Syndrom
 - kardivaskuläre Erkrankungen
 - Adipositas
 - Diabetes
 - Bluthochdruck
 - Fettstoffwechselstörungen
- Risikofaktor: psychotrope Medikation

Risikofaktor Medikamente: Interaktionen / Nebenwirkungen



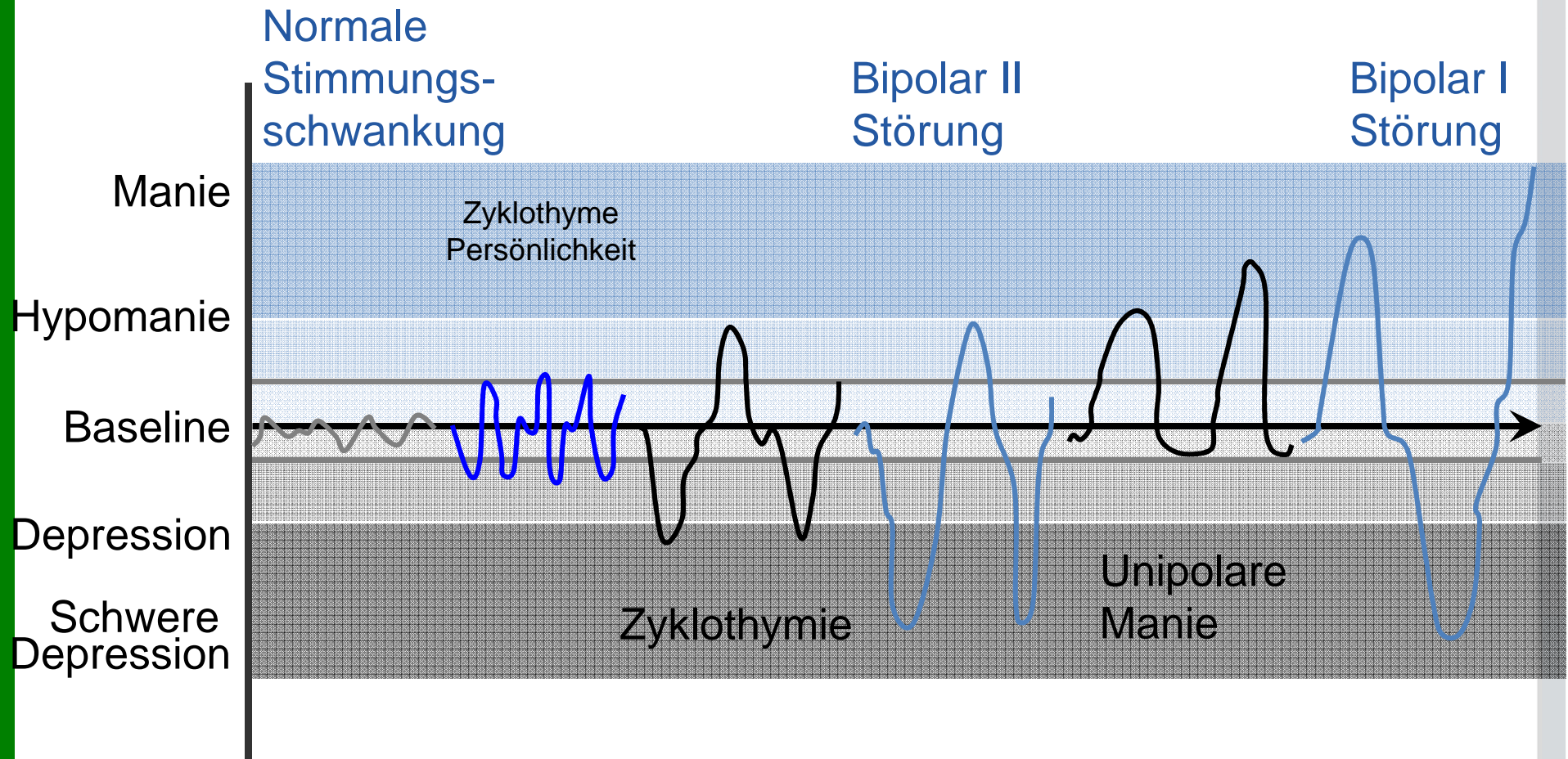
- Eine Polypharmazie ist eher die Regel als die Ausnahme bei Bipolaren Störungen
- Die Mehrheit der Patienten die sich wegen einer Bipolaren Störung in Behandlung finden erhalten mehrerer Medikamente gleichzeitig
- lediglich ca. 20% der Patienten erhalten eine Monotherapie (meist mit Lithium), 80% dagegen eine Kombinationstherapie mit 2 Medikamenten oder mehr

Simhandl C et al. J.Clin.Psychiatry 2014;75(3):254-62;
Mojtabai R & Olfson M. Arch.Gen.Psychiatry 2010;67(1):26-36;
Baldessarini R et al. Psychiatr.Serv. 2008;59(10):1175-83;
Goldberg JF et al.. J.Clin.Psychiatry 2009;70(2):155-62.;
Lin D et al. CNS.Drugs 2006;20(1):29-42.;
Zarate CA, Jr., Quiroz JA. Bipolar.Disord. 2003;5(3):217-25.

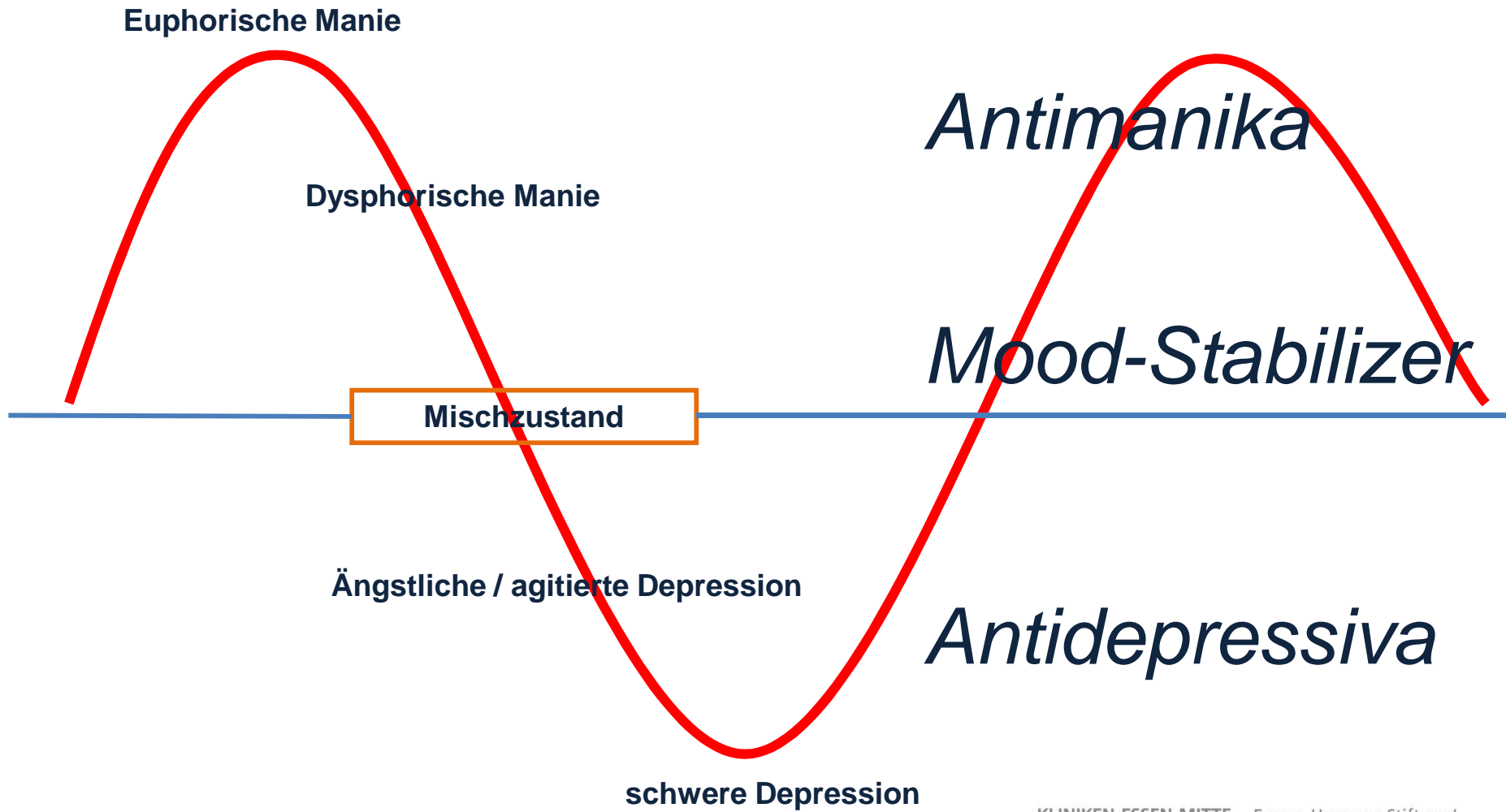
Psychisch bedingte Notfälle bei bipolaren Patienten



Das Bipolare Spektrum



Bipolare Störungen als dynamischer Prozeß



Konstellation schwere Depression



- **Mutismus** (Handlungsunfähigkeit, Entscheidungsunfähigkeit, Antriebslosigkeit, Vernachlässigung von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr)
- **Nihilistischer Wahn** (Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit,...)
- **Stark agitierte Depression oder Mischzustand** (Nervosität, Getriebenheit, Unruhe,...)
- **Suizidgedanken**

Suizidalität und Suizid



- Bis zu 50% der Betroffenen weisen im Laufe der Erkrankung einen Suizidversuch auf
- Lebenszeitprävalenz Suizid ca. 10-15%
- Die Suizidrate ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung um das 20 - 30 fache erhöht.
- Ca. 5% der Todesfälle bei erkrankten Frauen und knapp 10% bei Männern werden durch Suizid verursacht

Suizidalität und Suizid



- Suizidversuche / Suizide in Depression und Manie möglich
- Risikofaktoren:
 - Vorbekannte Suizidversuche /pos. Familienanamnese
 - Weibliches Geschlecht (Suizidversuche)
 - Männliches Geschlecht (Suizide)
 - Einsamkeit / Isolation
 - Psychosoziale Belastungen (akut und chronisch)
 - Psychiatrische Komorbiditäten
 - Psychotische Symptome (depressiv oder maniform)
 - Mischzustände/Dysphorie/Reizbarkeit
 - Delirante Zustände /Verwirrheitszustände
 - Antriebsteigerung durch Medikamente (Antidepressiva im Anfangsstadium, Akathisie, etc.)
 - Drogen, Alkohol
 - Schwere chronische somatische Erkrankungen/Schmerzsyndrome

Notfall Erregungszustände



- Dsyphorie
- Reizbarkeit
- Antriebssteigerung
- Agitation
- Erregung
- Aggressivität
- Feindseligkeit
- Impulsivität

- Ängste
- Psychotische Symptome
- Wahn
- Fehlende Krankheitseinsicht

Fallbeispiel akute Manie



Symptome:

- Schlafreduktion
- Starke Antriebssteigerung
- Denkbeschleunigung
- Impulskontrollstörung
- Agitation/Erregung
- Erhöhte Reizbarkeit
- Psychomotorische Unruhe
- Größenideen (Wahn) mit verminderter Krankheitseinsicht („ich bin erleuchtet“)

Notfallmanagement: Grundsätzliches



Situationsanalyse: Liegt ein Notfall oder eine Krise vor?
Worum geht es? Wie dringlich ist der
Notfall (Einweisung, Notfallmedikation, etc.)

Kontaktaufnahme: Ruhe, Zielorientiertheit, Zeit, Einbeziehen
von Angehörigen

Problemanalyse: Was ist passiert? Was führte zur Dekompensation?
Eigen- und Fremdanamnese

Coping- und Ressourcenanalyse: Welche intellektuellen und persönlichen
Ressourcen hat der Patient/ haben seine Angehörigen?

Problem- und Zieldefinition:

- Diagnose und Differentialdiagnose (an somatische Ursachen denken!)
- Kommunikation: Mitteilung über die ärztliche Einschätzung der Situation und der geplanten Schritte (z.B. Einweisung), eventuell sofortige Medikamentengabe

Notfallmanagement: Suizidale Krisen



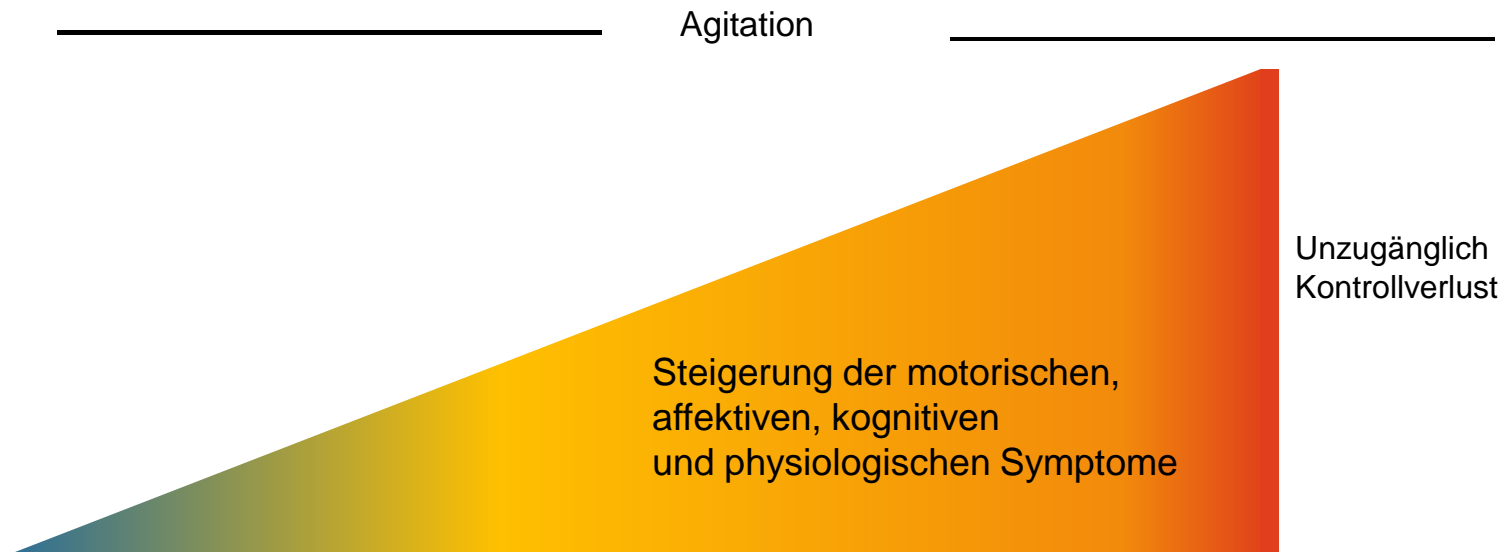
1. Sich Zeit nehmen! Für entspannte Atmosphäre sorgen
2. Wenn möglich Angehörige Freunde, Nachbarn einbeziehen.
3. Suizidgedanken offen erfragen, Suizidgedanken als Ausdruck massiver seelische Not verstehen und ernstnehmend vermitteln. Psychische Erkrankungen sind abzuklären.
4. Die Verantwortung für das rasche und besonnene Handeln liegt beim Arzt und ist nicht delegierbar. Konfliktstrategien für der/den Betreffenden mit ihr/ihm andiskutieren
5. Im Zweifel Klinikeinweisung zu Klärung und Beobachtung: zumeist Entaktualisierung innerhalb von 24 Stunden

Suizidprävention



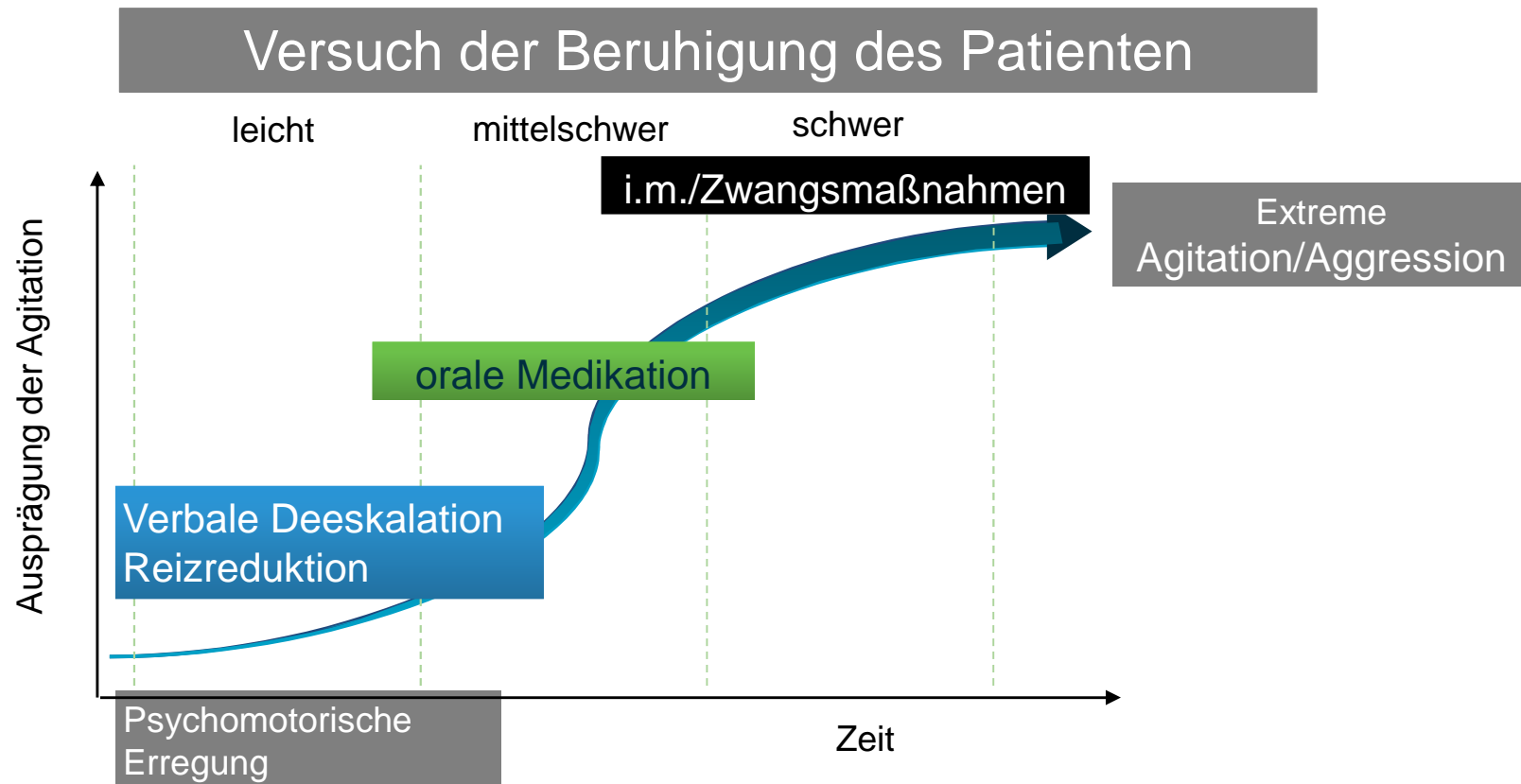
- Studie von Kliniksuziden:
 - 77% hatten vorher ein Suizidversprechen gegeben
 - 28% Unterschrieben einen Antisuizidvertrag (Bush et al. 2003)
- Wenig hilfreich: Suizidfragebögen, Suizidprävention beim Bau,.....
- Barrieren an Brücken, Türmen, U-Bahnen können Suizide verhindern!
- Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit (Psychoedukation, Bündnis Depression,....)
- Sofortige Intervention, Unterstützung, Behandlung !!

Agitation/Erregung: ein dynamischer Prozess



- Agitation zeigt einen dynamischen und zeitlich variablen Verlauf, der zu gewalttätigem, unkontrolliertem Verhalten eskalieren kann.
- Die frühe Deeskalation führt zur Entlastung des Patienten, der Ärzte und der Pflegekräfte und bringt den Patienten in die Therapiefähigkeit zurück.

Management Agitation/Erregung



Akuttherapien Erregungszustände



Tab. 2 Pharmakotherapie von Psychosen und Manien in der Notfallmedizin

Substanzklasse	Wirkstoffe	T _{max}	Halbwertszeit	Dosierung	Bemerkungen
Antipsychotika	Haloperidol	15 min (i. v.) 10–20 min (i. m.) 30–60 min (oral)	20 h (i. m. und i. v.) 12–24 h (oral)	Einzel-dosis: 5–10 mg Tageshöchstdosis: 30 mg, im Extremfall bis 100 mg	i. v. aufgrund des Risikos von Herzrhythmusstörungen nur unter Monitorkontrolle
	Loxapin	2 min (inhalativ)	6–8 h	Einzel-dosis: 9,1 mg Tageshöchstdosis: 2 Einzel-dosierungen	Inhalativ, bei milder bis mittelgradiger Agitation
Benzodiazepine	Diazepam	30–90 min (oral) 0,5–2 h (i. m.) < 5 min (i. v.) 10–45 min rektal	24–48 h Metabolite: ≤ 100 h	Einzel-dosis: 5–10 mg Tageshöchstdosis: 60 mg	Langsame Injektion wegen möglicher Atemdepression, bei i. m.-Gabe nur langsame Resorption, ungeeignet bei Alkoholintoxikation
	Lorazepam	Ca. 2 h (oral) 2–3 h (Schmelztablette) < 5 min (i. v.)	12–16 h	Einzel-dosis: 1–2,5 mg Tageshöchstdosis: 7,5 mg	Gefahr der Atemdepression, bei älteren Patienten 50 % Dosisreduktion
	Midazolam	30 min (bukkal) 10 min (nasal) < 3 min (i. v.)	2,5–3,5 h	Einzel-dosis: 2,5–10 mg Tageshöchstdosis: nicht näher bestimmt	Keine Zulassung bei psychiatrischen Erkrankungen

Rechtliche Rahmenbedingungen

- Bei anhaltender Suizidgefahr bzw. Selbstgefährdung ist eine Unterbringung in eine geschlossene Psychiatrische Klinik erforderlich.
- Diese kann freiwillig erfolgen, wenn der Patient einsichtsfähig und einsichtig ist
- Einweisung gegen den „natürlichen“ Willen, wenn eine erhebliche Selbst- und Fremdgefährdung fortbesteht und/oder der Patient seinen Willen krankheitsbedingt nicht frei äußern kann und die Notwendigkeit der Unterbringung/Behandlung nicht erkennen und nicht nach der Einsicht handeln kann.

KASTEN 1

Wichtigste rechtliche Grundlagen im Notfall

- Rechtfertigender Notstand (Paragraf 34 StGB) erlaubt ärztlich indizierte Behandlungsmaßnahmen
 - zur Abwendung von Gefahr im Notfall
 - auch ohne Einwilligungsfähigkeit des Patienten
- PsychKG („Psychisch-Kranken-Gesetz“)
 - regelt die Unterbringungsmodalitäten („Zwangseinweisung“)
 - ist bundesländerspezifisch
 - Eine Einweisung kann bei Eigen- oder Fremdgefährdung durch jeden Arzt und Bürger beim Gericht angeregt werden.
 - Die Unterbringung erfolgt durch einen richterlichen Beschluss.
- BtG (Betreuungsgesetz)
 - Bei krankheitsbedingtem Unvermögen des Patienten, seine Angelegenheiten zu regeln, kann eine Betreuung eingerichtet werden; wenn dies schon besteht, kann der Betreuer hinzugezogen werden.
 - Ein Antrag hierfür kann beim zuständigen Gericht eingereicht werden und wird meist nach fachärztlichem (psychiatrischem) Gutachten entschieden
 - Die Betreuung kann zeitlich und für umschriebene Wirkungsbereiche (zum Beispiel Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsort) begrenzt werden.

Psychiatrische Notfälle: Zwangsbehandlung



§ 11 PsychKG – Voraussetzungen der Unterbringung

- (1) Die Unterbringung Betroffener ist nur zulässig, wenn und solange durch deren krankheitsbedingtes Verhalten gegenwärtig eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht, die nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt allein keine Unterbringung.
- (2) Von einer gegenwärtigen Gefahr im Sinne von Absatz 1 ist dann auszugehen, wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.

Rechtssprechung BGH bezüglich BTG-Voraussetzungen:

- Akute Selbstgefährdung muß vorliegen
- Eine freie Willensbildung fehlt krankheitsbedingt (BTG)
- Nachteile fehlender Behandlung überwiegen gegenüber der Schwere der freiheitsentziehenden Maßnahmen
- Maßnahmen sind geeignet, den gewünschten Erfolg zu erbringen
- Darlegung und Dokumentation der Maßnahmen

Psychiatrische Notfälle: Zwangsbehandlung



Aktuelle Probleme (Beispiele):

- Bestimmte Konstellationen (Indikation, Rahmenbedingungen) aktuell nicht ausreichend bzw. eindeutig vom Gesetzgeber definiert
- Fremdgefährdung als Grund für eine Unterbringung oder Zwangsbehandlung bei Juristen und Politik sehr umstritten (Individuelle Rechte und Recht auf Kranksein vs. Persönlichkeitsrechte der Angehörigen/Bevölkerung)
- Länder oft mit unterschiedlichen Auffassungen/Texten
- Psychiatrische Notfallbehandlung vermischt mit „Folterschutz“
- Behandlung aus juristischer Sicht (= Festhalten, Festbinden, einmalige Medikamentengabe) ist aus ärztlicher Sicht keine Behandlung der Ursache
- Derzeit extreme Verunsicherung durch unterschiedlichste Auslegungen von PsychKG und BTG
- Patientenverfügungen werden von Richtern nicht anerkannt bzw. von akut erkrankten Patienten widerrufen und bilden somit keine bindende Behandlungsgrundlage (Auslegung „Natürlicher Wille“ vs. mutmaßlicher bzw. definierter Wille in gesunden Phase dokumentiert in Patientenverfügung)

Fazit Psychiatrische Notfälle



- Sehr häufig unter allen medizinischen Notfällen
- Absolute Notfälle benötigen sofortiges Handeln
- Wichtigste Notfälle = akute Erregung, Delir, Suizidalität
- An organische Ursachen denken !
- Rechtslage derzeit im Umbruch, aber oft nicht eindeutig
- Akutmaßnahmen mit Zwang dienen zu Gefahrenabwehr, beinhalten im medizinischen Sinn aber keine Behandlung
- **Daher:** Psychoedukation, individuelle Notfallpläne, Einbezug des Umfeldes und Schulung zur möglichst frühen Intervention gerade bei krankheitsbedingten Notfällen wie Erregung wichtig