

# Gerontopsychiatrische Notfälle

Sabine Fuchs und Christian März, PP 13.2  
Fachhochschule der Diakonie Bielefeld

# Themenübersicht

1. Intoxikationen
  - a. Medikamentenintoxikation
  - b. Alkoholintoxikation
2. Suizidalität
3. Delir

# Gerontopsychiatrische Notfälle

Notfälle definieren sich durch ihre **Akuität** und die **Schwere** der Störung, die im schlimmsten Fall **lebensbedrohlich** ist. Dies gilt für die Geriatrie ebenso, wie für jedes andere Fachgebiet (Meisel, 2009)

# Achtung!

Nicht selten versteckt sich hinter einer auf den ersten Blick psychogen imponierenden Symptomatik eine organische Störung!

(Hell, 2011)

Zum Nachdenken: Endokrine und metabolische Erkrankungen, Störungen d. Elektrolythaushalts, neurologische Erkrankungen wie SHT, zerebraler Tumor, Epilepsien, MS, Enzephalitis, Meningitis, HIV, Borreliose; Depression nach Schlaganfall, Migräne, Morbus Parkinson, Neoplasien, Kardiovaskuläre Erkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, immunologische + rheumatologische Erkrankungen, (Messer, 2009)

# Gerontopsychiatrische Notfälle - Besonderheiten

*Stoffwechsel verändert sich im Alter*

- Viele **Medikamente** sind in der Lage **psychische Auffälligkeiten** zu provozieren, z.B. Anticholinergika, Analgetika oder Antibiotika.

Besondere Vorsicht:

**Ältere Patienten + Substanzgruppenkombinationen** (Messer, 2009)

- Gefahr der Atemdepression! (Benkert & Hippus, 2015)
- Einschränkungen in Orientierung + Kommunikation durch **abnehmende Qualität der Sinneswahrnehmung**, des Kurzzeitgedächtnisses + der neuronalen Verarbeitungsgeschwindigkeit (Meisel, 2009)

# Intoxikationen

# Pharmakogen bedingte Notfallsituationen

Die Gefahr von Komplikationen erhöht sich mit zunehmendem Alter aufgrund des sich verändernden Stoffwechsels und Polypharmazie.

- **Lithiumintoxikation:** Schläfrigkeit, Schwindel, starker Tremor, Erbrechen, Durchfall: Lithium absetzen + ggfs. Einweisung med. Intensivstation!
- **Akute extrapyramidale Symptomatik bei Neuroleptikabehandlung:** Dystonien, Verkrampfungen, Blickkrämpfe: Akut Akineton i.m. oder i.v.
- **Agranulozytose bei Neuroleptikatherapie:** Fieber, Infekt, Granulozyten unter 200 Zellen/ $\mu$ l: Medikament absetzen + ggfs. ins Krankenhaus.
- **Malignes neuroleptisches Syndrom:** EPS, hohes Fieber, Puls + RR  $\uparrow$ , Somnolenz–Koma, Exsikkose, Leukozytose, CK  $\uparrow$  : Medikament absetzen, Intensivstation, Fieber senken, Flüssigkeit, Dantroleno. Lorazepamgabe, EKT;  
CAVE: DD Perniziöse Katatonie –braucht Neuroleptika hochdosiert (Hell, 2011)

# Alkoholintoxikation

- steht häufig in Zusammenhang mit Suizidversuchen (Alkoholranke weisen ein erheblich erhöhtes Suizidrisiko auf)
- **4 Stadien :**
  - **I** 0,5 – 1,5‰ (unsicherer Gang + verwaschene Sprache, distanzlos + leicht reizbar);
  - **II** 1,5 – 2,5‰ (schwankender Gang, Stimmung variiert zw. Euphorie + Gereiztheit);
  - **III** 2,5 – 3,5‰ (Bewusstseins-, Denk- und Koordinationsstörungen, Verwirrtheit )
  - **IV** über 3,5‰ (vitale Komplikationen, reagiert nicht auf Schmerzreiz, Atemstörung bis zur Atemlähmung, Herz-Kreislauf-Versagen);
- Diese Werte nur zur Orientierung: Die individuelle Gewöhnung (Spiegeltrinker) kann die Grenzen bis über das Zweifache nach oben verschieben.

# Alkoholintoxikation - Komplikationen

- gefürchtete Komplikation: Erbrechen mit nachfolgender **Aspiration**
- Hypoglykämie!!!!
- Unterkühlung
- Atemstillstand
- Übersehen der DD Schädel-Hirn-Trauma!

(Holzbach, 2009)

# Alkoholintoxikation im Alter – Spezifisches

- Wirkungsveränderung und stärker toxische Wirkung in **Kombination mit vorhandener Medikation und** verändertem Stoffwechsel.
- Sturzgefährdung mit höherem Risiko für Frakturen (Perrar, 2007)
- Unterscheidung zum Delir oft schwierig
- Ggfs. früher/schneller intensivmedizinische Überwachung angezeigt!

# Alkoholintoxikation im Alter - Therapie

- **Präklinische Versorgung:**

Klares Auftreten, Sturzgefahr minimieren, ggf. stabile Seitenlage, Wärmeerhalt  
Blutzuckerbestimmung, ggf. Zugang legen + Elektrolytlösung, ggf. 20-40%ige  
Glukoselösung, ggf. O<sub>2</sub>-Gabe (4-6l/min.), Absaugbereitschaft herstellen, ggf. Intubation.

- **Klinische Versorgung:**

Ggf. Hämo- oder Peritonealdialyse, **Überwachung** der Herz-Kreislauf-Funktion, Beatmung  
bei Ateminsuffizienz, Ausgleich von Elektrolytstörungen, Glukosegabe bei Hypoglykämie,  
ggf. Intubation.

In der Ausnüchterungsphase kann eine psychiatrische Unterbringung und eine symptom-  
orientierte med. Behandlung nötig werden. BB. Stichwort: Delirium Tremens.

Cave: Kein Distraneurin bei alten Menschen (starke Verschleimung + Atemdepression)  
auch Benzos und Neuroleptika nur niedrig dosiert! Vorsicht bei allen Anticholinergika!

# Suizidalität

# Suizid ist auch ein Altersphänomen

- Die Suizidgefährdung nimmt mit dem Alter sowohl für Männer als auch für Frauen deutlich zu (sog. „ungarisches Muster“). (Noelle, 2015)
- Höchstes Suizidrisiko für alte Männer nach Partnerverlust, ohne unterstützende Beziehungserfahrungen im Leben, bei Neigung zu Alkoholabusus oder Vereinsamung. (Lindner, 2015)

TIPP: Bei jedem Suizidversuch im Alter soll differentialdiagnostisch eine affektive Störung in Betracht gezogen werden (Meisel, 2009)

# Ursachen der Suizidalität

Zwar mag der Auslöser für die aktuelle Suizidalität beim Patienten in einer **akuten Verschlechterung** seines Befindens liegen, in einer Kränkung oder einem Verlusterleben. **Die Ursachen** liegen aber meist in der **Lebensgeschichte** des Patienten, in der Art und Weise, wie er mit Verlusten, Kränkungen und Einschränkungen auch **schon während des ganzen Lebens zuvor** umging. (Lindner, 2015)

# Erkennen der Suizidalität

- Die Intuition der Pflegenden im Zusammenspiel mit dem Einsatz entsprechender Assessmentinstrumente bildet die Grundlage dieser Arbeit. Am Anfang werden die Instrumente ein stärkeres Gewicht haben, im Laufe der Zeit dann die Intuition in den Vordergrund treten. (Noelle, 2015)

## Einschätzungsinstrumente:

- Basissuizidalität (NGASR-Skala)
- Akutes Suizidrisiko (Suicide Status Form II)

(Abderhalden, 2011)

# Umgang mit Suizidalität

- Jede Suizidäußerung **ernst nehmen**, Suizidgedanken und –absichten offen ansprechen, Verdacht offen und präzise thematisieren
- Ausführliche Anamnese:
  - **Motivanalyse**
  - Lebensgeschichte verstehen und miteinbeziehen
- **Absprachefähigkeit** vor dem Hintergrund von Ressourcen, protektiven Faktoren und **sozialer Unterstützung** beurteilen.
- Suizidale Patienten müssen eine besondere Beachtung, und **engmaschige Betreuung** erhalten, Gesprächsangebote machen.
- Akut suizidale (nicht absprachefähige) Patienten umgehend begleitet in psychiatrische Klinik einweisen, ggfs. nach Psych KG

# Therapeutische Maßnahmen

- Suizidalität ist keine Krankheit, sondern eine aktive, zielorientierte Handlung. Deshalb ist Suizidalität auch nicht heilbar. (Hell, 2011)
- Hingegen gute Chancen der Heilbarkeit der zugrundeliegenden psychischen Erkrankungen! (Amering & Schmolke, 2006)

# Rechtliche Aspekte

- Alle med. Maßnahmen setzen eine wirksame Einwilligung voraus.
- Wirksam einwilligen kann nur, wer die nötige Einsichtsfähigkeit besitzt.
- Nötige Einsichtsfähigkeit: Können auch Minderjährige + Betreute haben
- Verfügt der P. nicht über die nötige Einsichtsfähigkeit, muss der gesetzl. Vertreter/ein bestellter Betreuer zustimmen. Er hat den mutmaßlichen Willen des P. zu beachten!! (Bundesministerium für

# Selbstbestimmung am Ende des Lebens

nach

## § 13 StGB

- Bei der Behandlung Sterbender sind Selbstbestimmungsrecht und Würde des P. zu berücksichtigen. Wichtig: Patientenverfügung oder Vorausverfügung in guten Zeiten!
- „Wegsehen“ der Pflege bei Suizidabsicht ist aufgrund der **Garantenstellung** „Begehen durch Unterlassen“.
- Hypothese: Der mutmaßliche Wille eines Menschen in einer **akuten psychischen Krise** ist der Wille leben zu wollen. Die aktuelle Entscheidung für den Tod ist nicht frei + rational...

# Delir

# Delir Grundsätzliches und Ursachen

- Das Delir ist definiert als eine akute, körperlich begründbare Psychose infolge einer Störung des zerebralen Metabolismus, der eine Vielzahl von Ursachen zugrunde liegen kann. (Messer, Schmauß, 2009)
- Mögliche Ursachen : Tumor, Substanzentzug, Trauma, Infektion, Vaskulär, Metabolisch, Endokrin, Nutritiv, Intoxikationen. (Messer, 2009)

# Delir Symptome

- **Bewusstseinsstörungen** (Eintrübung, Somnolenz, Sopor, Koma)
- **Beeintr. d. kognitiven Funktionen** (Desorientierung: Zeit, Ort, Situation; + Gedächtnisstörungen)
- **Denkstörungen, Verwirrtheit**
- **Halluzinationen** (meist optische)
- **Wahn**
- **Psychomotorische Unruhe**
- **Vegetative Störungen** (Tremor, Tachykardie)
- **Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus**
- **Affektive Störungen** (Angst, Reizbarkeit, Euphorie, Apathie → Cave!!!, Ratlosigkeit)

# Delirdiagnostik

mittels Confusion-Assessment-Method-Algorithmus

(Meisel, 2009)

<b>1</b>	Akuter Beginn, fluktuierender Verlauf	Plötzliche Veränderungen des mentalen Status gemessen an Normalform? Fluktuierendes Verhalten im Tagesverlauf?
<b>2</b>	Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörung	Schwierigkeiten, Gesprochenem zu folgen; leicht ablenkbar;
<b>3</b>	Desorganisiertes Denken	Unverständlich, unklar/unlogisch; unvorhersehbares Springen zwischen Themen;
<b>4</b>	Vigilanzstörung	Anders als „alert“

**Merkmale 1 + 2 und 3 oder 4 = Delir**

# Delir Differentialdiagnostik

- **Vom Delir unterscheidet sich die Demenz vor allem durch das Fehlen von Halluzinationen und Wahnsymptomen.**
  - > **Eine gründliche Diagnostik ist aufgrund der unterschiedlichen Behandlungsregime entscheidend!**
- Weitere Differentialdiagnosen sind Depressionen, Manien, psychotische Störungen, drogeninduzierte Zustände, amnestische Syndrome

# Delir Notfalltherapie

- Identifizierung und Beseitigung möglicher Auslöser
- Internistische Basistherapie (Flüssigkeitszufuhr, ggfs. Elektrolytausgleich, kardiale Stabilisierung, ggfs. O<sub>2</sub>, Beschränkung der Medikation auf das Nötige)
- Kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter
- Kontinuierliche pflegerische Betreuung
- Freundlicher Umgang, klare Sprache
- Vermeidung sowohl von Reizüberflutung wie auch von Reizdeprivation.
- Schaffung einer ruhigen, klaren und strukturierten Umgebung
- Mobilisation

# Delir Notfalltherapie - Medikation

- Psychopharmakologische Basistherapie mit AP (Haloperidol in niedrigen Dosen)
- Benzodiazepine und anticholinerg wirksamen Medikamente vermeiden

(Benkert & Hippus, 2015)

# Delir Prävention

- Wegen der vergleichsweise erhöhten Letalität von Patienten mit Delir, sollten bereits **prophylaktisch** Risikofaktoren identifiziert werden.
- Primäres Ziel der Pflege: **Aufrechterhaltung der kognitiven/körperl. Fähigkeiten + die Verbesserung der Selbstständigkeit**
- **Herstellen einer eindeutigen Kommunikation** mit Ausgleich vorhandener Beeinträchtigung (Brille, Hörgerät an)
- **Anpassung an das Tempo des alten Menschen + Reorientierung durch überschaubare Umgebung, Orientierungshilfen, gute Beleuchtung**
- Wird dies berücksichtigt, kann das Delirrisiko **gut eingedämmt werden.**

# Fazit

- Bei Notfällen im gerontopsychiatrischen Bereich müssen die altersspezifischen Besonderheiten berücksichtigt werden.
- Die Pflege spielt sowohl bei der Prävention wie auch beim Notfallmanagement eine wichtige Rolle.
- Möglichkeiten der Selbstbestimmung des Patienten sind Patienten- oder Vorausverfügung. Jedoch muss jeder Einzelfall ärztlicherseits überprüft werden, ob die Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Abfassung noch gegeben sind.

- Abderhalden, C. & Kozel, B. (2011). Suizidalität. In Sauter, D. (Hrsg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber : Programmbereich Pflege), S. 1025–1038.
- Amering, M. & Schmolke, M. (2006). Hoffnung – Macht – Sinn. Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. *Managed Care* 9 (1), S. 20–22.
- Benkert, O. & Hippus, H. (2015). Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 10., vollständig überarb. und aktualisierte Aufl. Berlin: Springer Medizin.
- Bundesministerium für Gesundheit & Bundesministerium der Justiz (2007). Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte. (7. Aufl.). Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium der Justiz. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/BMG-G-G407-Patientenrechte-Deutschland.pdf>, zuletzt geprüft am 29.12.2015.
- Hell, D.; Endrass, J.; Vontobel, J. & Schnyder, U. (2011). Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Das Basiswissen mit Repetitoriumsfragen. 3., überarb. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Psychiatrie).
- Holzbach, R. (2009). *Folgen von Alkohol- und Drogenkonsum*. In: Frank Ackermann: *Akutmedizin - die ersten 24 Stunden*. Das NAW-Buch. 4., überarb. Aufl. Hg. v. Christian Madler. München: Elsevier, Urban & Fischer, S. 769–792.
- Kornhuber, J. & Weih, J. (2011). *Delir*. In Möller, H.-J., Kapfhammer, H.-P. & Laux, G. (Hrsg.): *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Band 1: Allgemeine Psychiatrie, Band 2: Spezielle Psychiatrie. 4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 20–31.
- Lindner, R. (2015). Auf der Schwelle. *Psych Pflege* 21 (06), S. 292–297.
- Meisel, M. (2009). Prinzipien der geriatrischen Akutmedizin. In: Frank Ackermann: *Akutmedizin - die ersten 24 Stunden*. Das NAW-Buch. 4., überarb. Aufl. Hg. v. Christian Madler. München: Elsevier, Urban & Fischer, S. 1019–1027.
- Messer, T. & Schmauß, M. (2009). Auswirkungen körperlicher Funktionsstörungen auf die Psyche. In: Frank Ackermann: *Akutmedizin - die ersten 24 Stunden*. Das NAW-Buch. 4., überarb. Aufl. Hg. v. Christian Madler. München: Elsevier, Urban & Fischer, S. 793–808.
- Messer, T.; Tiltscher, C. & Panjonk, F.-G. (2013). Psychiatrische Notfälle. In Scholz, J., Böttinger, B., Döriges, V., Wenzel, V. & Sefrin, P. (Hrsg.): *Notfallmedizin*. 3., vollständig überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 310–319.
- Needham, I. (2011). Psychiatrische Notfälle. In Sauter, D. (Hrsg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber : Programmbereich Pflege), S. 528–532.
- Perrar, K. M.; Sirsch, E. & Kutschke, A. (2007). *Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe*. (1. Aufl.). Stuttgart, New York: Thieme.