



PSU-Akut
Psychosoziale Kompetenz und
Unterstützung in der Akutmedizin

Medikamente in der PSNV?

Dr. med. Andreas Schießl
FA Anästhesiologie, Notfallmedizin
SbE-Jahrestagung, Witten 2013



PSU-Akut
Psychosoziale Kompetenz und
Unterstützung in der Akutmedizin

Medikamente in der PSNV?

- Hintergrund der Fragestellung
- Wer ordnet die Medikamente an?
- Welche Medikamente stehen zur Diskussion?
- Gibt es einen Konsens zum Einsatz von Medikamenten?
- Spezielle Situation der „Helfer“



PSU-Akut
Psychosoziale Kompetenz und
Unterstützung in der Akutmedizin

Wer stellt die Frage?

„Haben Sie nicht ein Beruhigungsmittel Herr Doktor?“

- Polizei will evtl Zeugenaussage
- PSNV will sprechen oder schweigen
- RA? Feuerwehr?
- Arzt stellt sie sich selbst?
- Betroffene?
- **„Frau Nachbarin“**



PSU-Akut
Psychosoziale Kompetenz und
Unterstützung in der Akutmedizin

Welche Gründe führen zu dieser Frage?

- Hilfe?
- Gnade?
- Schutz vor übermächtigen Einflüssen?
- eigene mögliche Inanspruchnahme?
- eigene Überforderung?
- Angst vor tatsächlichen klinischen Folgen?



PSU-Akut
Psychosoziale Kompetenz und
Unterstützung in der Akutmedizin

Welche Gründe führen zu dieser Frage?

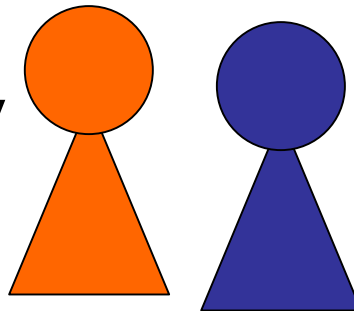
- klinischen Folgen?
- kardiopulmonale Dekompensation?
 - Herzinfarkt
 - Hypertensive Krise
 - Hirnblutung
- Dekompensation einer vorbestehenden psych. Erkrankung?
 - Erregungszustand
 - Selbst- oder Fremdgefährdung

Wer stellt die Frage?

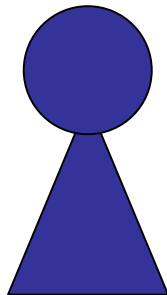
„Haben Sie nicht ein Beruhigungsmittel Herr Doktor?“

Vermittler
Moderator
Übersetzer
Anwalt

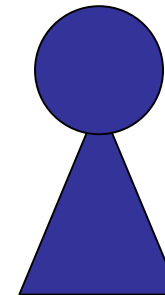
PSNV



Betroffener



Arzt



„Auftraggeber“



PSU-Akut
Psychosoziale Kompetenz und
Unterstützung in der Akutmedizin

Not- ärztliche Erfahrung?

Psychiatrische Notfälle:

- Einsatzursache in ca. 10 - 15% aller Notarzteinsätzen
- ca. 250.000-400.000 versorgte psychiatrische Notfallpatienten/Jahr
- Häufigste Diagnosen:
 - Störung durch Alkohol und Drogen (ca. 50%)
 - Suizidalität (ca. 25%)
 - Erregungszustände (ca. 20-25%), meist männlich
 - Pat auf Folgen von aggressivem Verhalten aufmerksam machen, ggf. Polizei
 - auf geltende Regeln zu Selbst- und Fremdgefährdung verweisen
 - ausreichend „Manpower“ bei Zwangsmaßnahmen
 - Diazepam 5-10 mg i.v./i.m. cave: Intoxikationen, ggf. Intubationsbereitschaft
 - ggf. Haldol 5-10 mg i.m. (i.v.?)



Um welche Medikation geht es?

Einsatz von Psychopharmaka

Substanzgruppe	Beispiele (Generika)	Tagesdosis	Spezielle Indikationen
SSRI	Paroxetin	20-40mg, 8-10 Wochen	Depression, Angst, Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal
	Sertralin	50-100 mg	
Trizyklika	Doxepin Amitriptylin Imipramin	100-250 mg	Depression, Intrusion
Andere Depressiva	Nefazodon Mirtazapin Venlafloxin	200-500 mg 30 mg am Abend 15-150 mg	Sedierung
MAO-Hemmer	Moclobemid	100-500 mg, 8-10 Wochen	Depression, Panickattacken, Hyperarousal, Vermeidung
	Tranylcypromin	10-40mg	
Azapirone	Buspiron	15-60 mg, mindestens 6-8 Wochen	Panickattacken, Angst, Hyperarousal, Intrusionen
Neuroleptica	Quetiapin	250 mg, mind. 6-8 Wochen	Schlafstörungen, Aggressivität
"Mood Stabilizer"	Carbamazepin Valproinsäure	50-120 mg 40-100 mg, 8-10 Wochen	Depression, Angst, Fremd- u. Eigenaggression
Hypnotika	Zolpidem Zopiklon		Schlafstörungen
Benzodiazepine	Lorazepam	1-4 mg, nur kurzzeitige Anwendung, 4 Wochen	Panikattacken, Schlafstörungen, in Akutphase

Benzodiazepine

Bericht einer Augenzeugin



PSU-Akut
Psychosoziale Kompetenz und
Unterstützung in der Akutmedizin

- **Homöopathie**
- **Phytotherapie**
- **Bach-Blütentherapie**



PSU-Akut
Psychosoziale Kompetenz und
Unterstützung in der Akutmedizin

Neue Ansatzpunkte

- Morphin
- Betablocker
- Cortison
- Cannabis
- Proteinsynthesinhibitor
- Genetische Erklärungen

Konsens?

Jede Medikation braucht:

- eine Indikation
- eine Risiko-Nutzen-Analyse (Alter, Begleiterkrankungen, Vorerfahrungen)
- Erfahrung im Umgang mit den Medikamenten
- Kontrolle der Wirkung, ggf. Steigerung der Dosierung bzw. Wechsel des Medikaments oder Kombination
- **den richtigen Zeitpunkt!**
Medikamente in der Belastungsreaktion (per se keine Pathologie!) können einen späteren sinnvollen Einsatz erschweren oder unmöglich machen.

Konsens?

S3 - LEITLINIE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG ICD 10: F 43.1 in Abstimmung mit den AWMF – Fachgesellschaften:

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) -federführend

Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

Psychopharmakotherapie als erste bzw. alleinige Methode bei der Behandlung der PTBS wird abgelehnt. Der Pharmakotherapie kommt stattdessen eine begleitende Rolle der Psychotherapie zu. Es gilt der Primat der Psychotherapie.

Cave! Besondere Suchtgefährdung bei PTBS (besonders Benzodiazepine)



PSU-Akut
Psychosoziale Kompetenz und
Unterstützung in der Akutmedizin

Konsens?

Aber:

**„Ein gegebenes „Tavor“ ist keine Kontraindikation für eine
Psychosoziale Betreuung“**

Um welche Medikation geht es in der Akutphase/Belastungsreaktion?

- Fortführung und Dosisanpassung der bestehenden Medikation (RR, Notfallplan) ✓
- Therapiebeginn mit Betablocker evtl. Clonidin unter somatischer Indikation
mit Wirkung auch auf psych. Verarbeitung, Stressreduktion ✓
off label use
- Psychopharmaka als Monotherapie ✗
keine Medikamente, die eine Verarbeitung behindern können oder eine dissoziative oder amnestische Reaktion hervorrufen können
- Psychopharmaka in der Notfallsituation
Erregungszustand mit Gefährdung ✓

Besonderheiten der Helferrolle

- Prof. Mundle, Oberbergkliniken im Schwarzwald:
„Das Idealbild des immer hilfsbereiten, anhaltend belastbaren und seelisch stabilen Helfers führt dazu, dass suchtkranke Ärzte/Sanitäter/Seelsorger Hilfsangebote schwer akzeptieren.“
- W. Schmidbauer: „Die Idealisierung ist mit einem verheimlichten Größenwahn verknüpft, der eine wesentliche Rolle im Helfer-Unterbewußtsein spielt und dessen unheimliche Kehrseite die Depression ist.“
- Selbstmedikation
- Perfekte Abwehr
- Angst vor Entzug der Approbation, Stigmatisierung, Hilfe nur bei DRG rel. Diagnose (Burnout: zusätzlich Depression notwendig für Kostenübernahme)
- Ausgeprägtes Mißtrauen der Somatiker gegenüber den Psychotherapeuten

Besonderheiten der Helferrolle

Akutmediziner:

- Personen, die mit den Grenzen menschlicher Existenz täglich konfrontiert sind, eigene Ressourcen verbrauchen, hohe körperliche und seelische Belastung im Schichtsystem erleben
- unklare Zahl an Belastungsstörungen
- Zunehmende Bürokratie und Gefühl der Fremdbestimmung
- **Burnout:** 20% der Klinikärzte sind betroffen, Bergner spricht in seinem Buch „von der Lebensaufgabe zur Lebens-Aufgabe“, einem Flächenbrand
- **Sucht:** 10-15% werden substanzabhängig
- **Suizid:** bis zu sechsmal höhere Suizidrate im Vergleich zur Normalbevölkerung

**„Wenn du es dir zum Beruf gemacht hast, Leben zu retten,
fängst du am besten mit deinem eigenen an!“**



PSU-Akut

Psychosoziale Kompetenz und
Unterstützung in der Akutmedizin

www.psu-akut.de