

Akut- Kinder- und Jugendpsychiatrie

state of the art

Prof. Dr. Paul L. Plener, MHBA



DGKJP 2017
Ulm

Forschungsförderung:

BMBF
Stiftung ambulante KJPP
BaWü Stiftung
VW Stiftung

Klin. Studien:

BfArM
Lundbeck Pharmaceuticals

Reisebeihilfen:

- DFG
- DAAD
- IACAPAP

•Keine advisory boards,
kein speakers' bureau oder
Honorare der
pharmazeutischen Industrie

Interessenskonflikte





Überblick

- Standortbestimmung
- Notfälle in der KJP
- Praktisches Handeln
 - Fremdgefährdung
 - Zwangsbehandlung
 - Selbstgefährdung
 - suizidal
 - nicht-suizidal
- Diskussion



Definition

- Psychiatrische Notfälle:
- Patienten gefährden durch ihr Handeln sich selbst oder andere
- Patient ist sich Gefahr bewußt (z.B. bei Überdosierungen in suizidaler Absicht) oder auch nicht (Manie)
- Auch wenn sich der Patient der Gefahr bewußt ist, nimmt er das Risiko in Kauf
- Sammelbegriff für viele verschiedene Störungsbilder und Aufgabenbereiche der psychiatrischen Arbeit ab.
- Gemeinsamkeit: rasches Handeln verlangt, da sonst der betroffene Patient oder seine Umgebung akut Schaden nehmen kann.

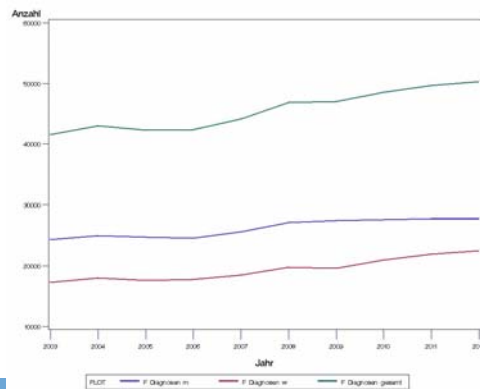
Newman & Ravindranath, 2010; Plener, 2015





Fallzahlen KJP: 0-15a

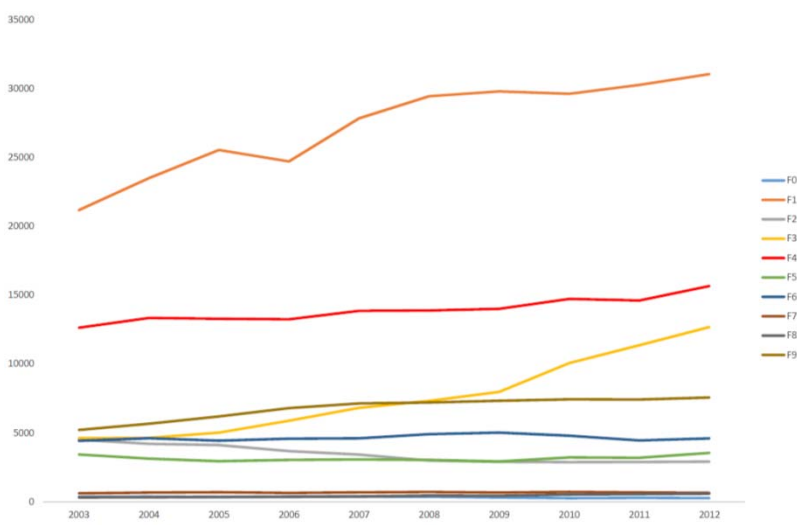
- Anstieg der F Diagnosen in der Altersgruppe 0 bis 15: (Steigung 1050/Jahr, $p < .001$)
- Korrektur für abfallende Gesamtbevölkerung (0-15) (2003: 12.112.000; 2012: 10.492.000): Steigerung der vergebenen F Diagnosen ($p < .001$)
- Anstieg in beiden Geschlechtern
- M: Steigung 592/Jahr, $p < .001$
- W: Steigung 458/Jahr, $p < .001$



Plener et al., 2015a



Fallzahlen KJP: 15-20a



Plener et al., 2015b





Keine „angebotsinduzierte Nachfrage“

	1991 (Einführung der Psych-PV)	2011	1991-2011 Veränd.
Fallzahl	20.108	48.975	+143 %
Verweildauer Tage	126,3	38,7	- 69 %
Berechnungstage	2.539.894	1.894.958	- 25 %
Betten, aufgest.	8.316	5.647	- 32 %

Mit 2/3 der Betten werden mehr als doppelt so viele Patienten versorgt

Quelle: Stat.Bundesamt, Jahresberichte Fachserie 12. Reihe 6, Dank an Prof. Michael Kölich, BAG



Belegung und Akutvorstellungen

- Steigende stationäre Fallzahlen bei geringeren stationären Kapazitäten und kürzerer Verweildauer
- Wachsende Zahl an KJP Notfallvorstellungen auch in pädiatrischen Settings (meist >100% Anstieg in div. US Studien in erste Hälfte der 2000er Jahre) (Dolan et al., 2011)
- Eskalationen „auf der Warteliste“
- Zahl der Notfallvorstellungen steigt.

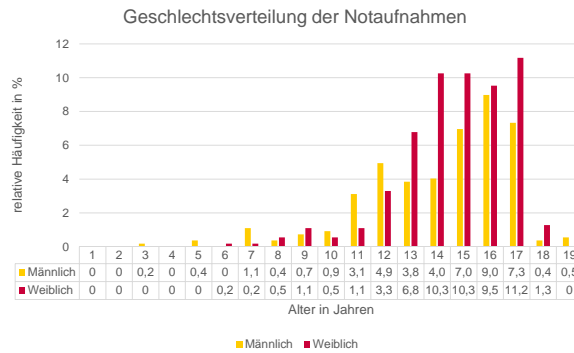




Notfälle KJPP Ulm

Franzen et al., unpubl.

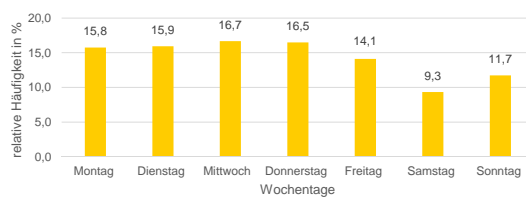
- Notfallvorstellungen: 17.00h-08.00h
- 01.06.2006-31.12.2012
- N=564 (mAlter: 14,43, SD: 2,43)
- M:43,8% (jüngeres Alter) W: 56,2% (ab 13. Lj.)



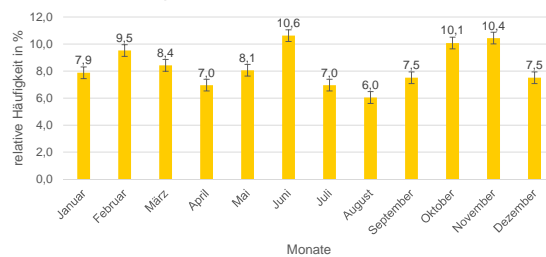
Notfälle KJPP Ulm

Franzen et al., unpubl.

Verteilung der Notaufnahmen auf die Wochentage



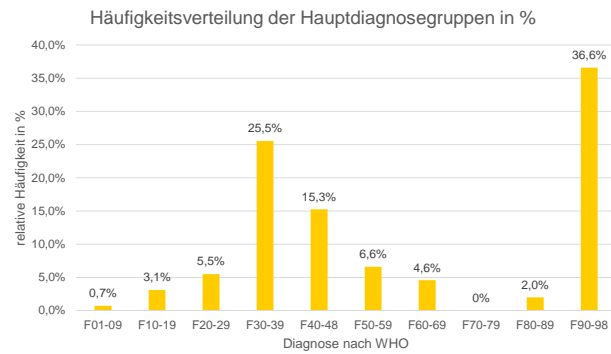
Verteilung der Notaufnahmen auf die Monate





Notfälle KJPP Ulm

Franzen
et al.,
unpubl.



- 33,7% am selben oder darauffolgenden Tag entlassen
- mBehandlungsdauer: 28 d, Median: 5d



Praktisches Handeln

- *„Currently, emergency psychiatric care for children and adolescents is practiced within a wide range of care models. There is no consensus on recommended care or recommended setting for this population. More reserach is needed to make exact recommendations on the standardization of psychiatric care for young people in emergency settings.“*

Janssens et al., 2013





Wie kommen die Kinder in die KJP?

- Familie/Freunde: 45,5%
- Ärztl. Überweisung: 15,6%-18,9%
- Institutionen: 12,4%
- Selbst: 9,1%

Akkaya-Kalayci et al., 2017; Porter et al., 2016



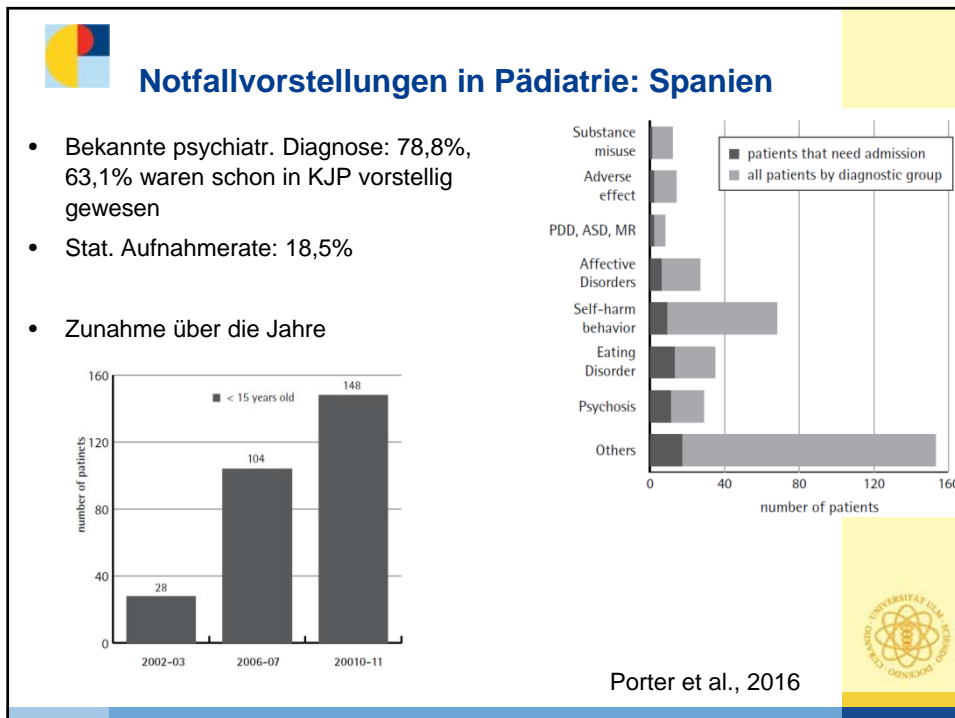
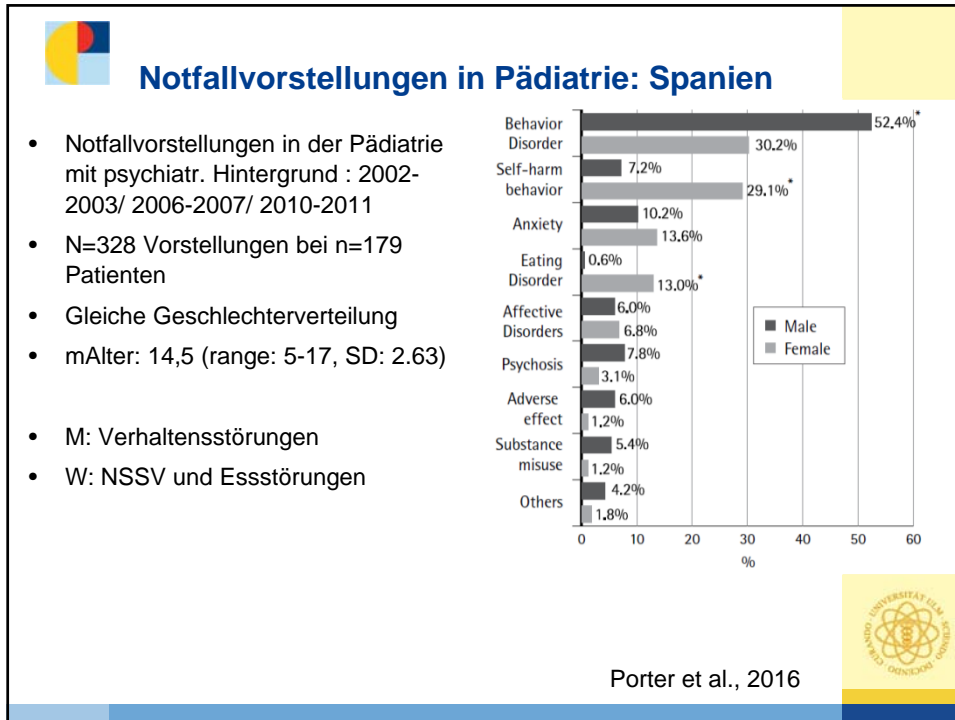
Versorgungsrealität KJP Wien

Akkaya-Kalayci et al., 2017

- Chart review: KJP Wien: 3a
- N=1093, Alter: 4-18, Migrationshintergrund erfasst
- (n=800 aus Österreich, n=130: Türkei, n=163 Ex-Jugoslawien)
- Mehrheit (60,3%) noch keine Vorkontakte; Diagnose: 68,6%

Reasons for referral	Native Austrians ^a (N = 800)				Serbian/Croatian/Bosnian speaking ^b (N = 163)				Turkish speaking ^c (N = 130)			
	Female		Male		Female		Male		Female		Male	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Psychotic disorders	2	0.4	7	2.0	1	1.0	2	3.3	0	–	2	5.4
Alcohol intoxication	5	1.1	7	2.0	0	–	0	–	0	–	0	–
Drug intoxication	12	2.7	16	4.6	5	4.9	3	5.0	0	–	0	–
Suicide attempt	66	14.6	23	6.6	23	22.3	4	6.7	22	23.7	8	21.6
Suicidal ideation	53	11.8	42	12.0	5	4.9	2	3.3	7	7.5	0	–
Self-harming behaviour	29	6.4	6	1.7	4	3.9	3	5.0	5	5.4	1	2.7
Acute stress disorder	110	24.4	57	16.3	20	19.4	11	18.3	18	19.4	6	16.2
Depressive episode	33	7.3	22	6.3	2	1.9	3	5.0	9	9.7	7	18.9
Anxiety/panic disorders	41	9.1	37	10.6	10	9.7	6	10.0	11	11.8	6	16.2
Child abuse	0	–	2	0.6	1	1.0	1	1.7	1	1.1	0	–
Eating disorders	37	8.2	7	2.0	5	4.9	3	5.0	2	2.2	0	–
Pain	21	4.7	16	4.6	6	5.8	7	11.7	10	10.8	3	8.1
Behavioural problems	25	5.5	93	26.6	10	9.7	14	23.3	6	6.5	4	10.8
School refusal	7	1.6	10	2.9	7	6.8	1	1.7	0	–	0	–
Sexual abuse	10	2.2	4	1.1	4	3.9	0	–	2	2.2	0	–
Total	451	100	349	100	103	100	60	100	93	100	37	100







Notfallvorstellungen in der KJP: Copenhagen

- Analyse von >4.000 Vorstellungen zw. 2001 und 2010
- Dreifache Zunahme der Vorstellungen
- Ca. eine Drittel: Vorstellung wg. Suizidalität
- Zunahme: depressive Symptomatik, Angststörungen, Suizidgedanken
- Stabil: Suizidversuche, psychotische Symptomatik
- Stat. Aufnahme: 15-20%
- Ambulante Weiterbehandlung: 50%

Taastrøm et al., 2014



Praktisches Handeln: Liaisonsdienst

- Einführung eines Liaisonsdienstes (KJP Facharzt und Sozialarbeiter) in pädiatrischer Notaufnahme: Vergleich zweier Jahre
- Zunahme der Vorstellungen (83-129)
- V.a. mehr Suizidalität
- Länge der Krankenhausaufenthalte in Pädiatrie: Reduktion um 27%
- Abnahme an stat. Behandlung durch KJP: (OR: 0,35, 95% CI: 0,17-0,71, $p > 0,01$)

Sheridan et al., 2016



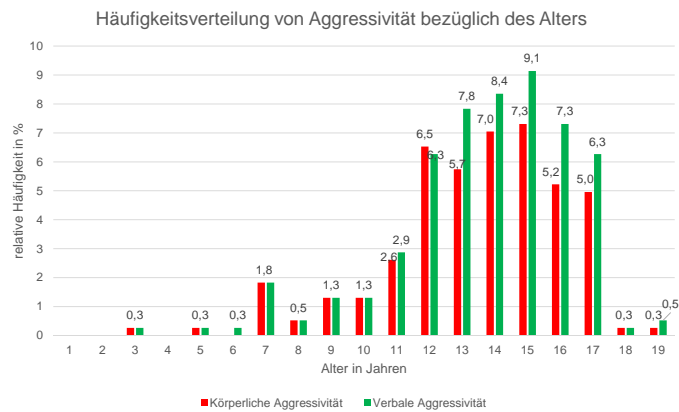


Fremdgefährdung



Fremdgefährdung: KJPP Ulm

Franzen et al., unpubl.



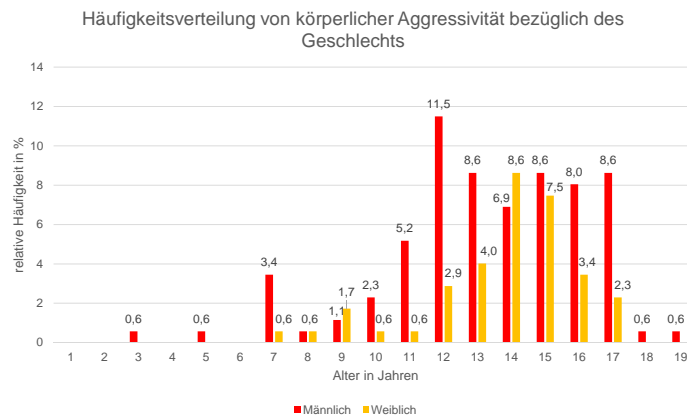
N=216





Fremdgefährdung: KJPP Ulm

Franzen
et al.,
unpubl.



M=67,2% b. körperlicher Aggressivität



Deeskalation

- Deeskalationsstrategien sollen in allen Behandlungs- und Betreuungssettings angewandt werden.
- Deshalb soll sichergestellt werden, dass Mitarbeitende im Umgang mit akut aggressivem und gewalttätigem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen ausreichend geschult werden.
- Ein entsprechendes Trainingsprogramm sollte psychosoziale Interventionen vermitteln, die den Einsatz von restriktiven Maßnahmen oder von Zwangsmaßnahmen verhindern oder weitestgehend reduzieren und das Erlernen einer angemessenen, deeskalierenden Kommunikation zum Ziel haben.





Gespräche mit aggressiv-agitierten Patienten

- Ort: ruhig, von Reizen abgeschirmt
- Dem Patienten möglichst viel Autonomie anbieten, was den Ablauf der Untersuchung angeht.
- In dieser Situation nicht auf vollständige Klärung von Sachverhalten bestehen
- Grundhaltung einer „respektvollen Neugier“
- „Talking down“ in ruhigen, kurzen Sätzen
- Selbstschutz beachten, mögliche Fluchtwege identifizieren und sich ggf. auch entsprechend im Raum platzieren
- Andere Mitarbeiter einbeziehen

Plener, 2015



Zwang





Zwangmaßnahmen

- System. Literaturübersicht (n=7): 2000-2010
- Isolierung: 26%, Fixierung: 29%
- Intervention zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen:
93,2% Reduktion in Fixierung
- Keine Daten zur Effektivität von Zwangsmaßnahmen
- Risikofaktoren:
 - Aggressives Verhalten (aktuell od. vergangen)
 - Suizidales Verhalten
 - Schwere Psychopathologie
 - Ethnizität: nicht-kaukasisch
 - Notaufnahme
 - Aus Jugendhilfeeinrichtung
 - Schwieriges familiäres Umfeld

De Hert et al., 2011



Risikofaktoren Zwang: Erwachsenenpsychiatrie

- Isolierung/ Fixierung in Erwachsenenpsychiatrie
(n=5335)
- Ankommen in Fixierung
- Vorstellung gegen den Wunsch des Patienten
- Ankommen zwischen 19.00 und 01.00
- Bipolare Störung: Manie od. gemischte Episode
- Weniger Isolierung und Fixierung:
 - Depression und akute Suizidalität

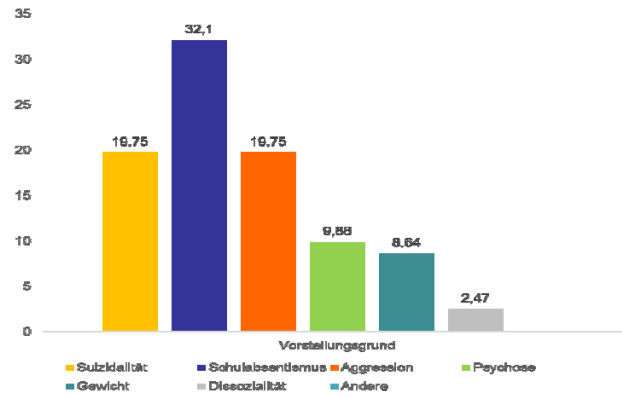
Simpson et al., 2014



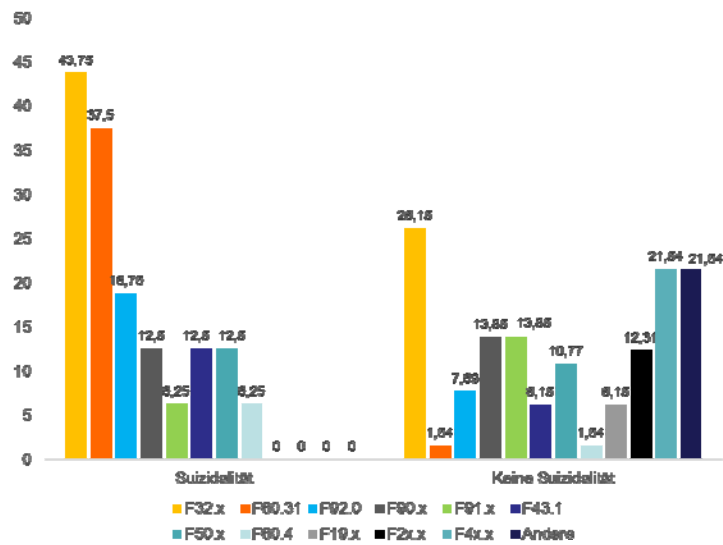


§1631b BGB Unterbringungen in der KJPP Ulm

- §1631b BGB Unterbringungen 2011-2014
- N=81 (10-25/Jahr)
- mAlter: 14,1 (SD: 2,2); W: 44,4%
- Suizidalität: 19,8% (4 nach Suizidversuch)



Diagnosen bei Unterbringung





Wann Zwang?

- Zwangsmaßnahmen sollen ausschließlich zum Einsatz kommen, wenn alle anderen Maßnahmen zur Deeskalation erfolglos waren.
- Der Einsatz von Zwangsmaßnahmen soll auf Situationen beschränkt sein, in denen durch das Verhalten des Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdung des Kindes/Jugendlichen selbst oder anderer Personen besteht und/oder es zu einer schwerwiegenden Beschädigung von Gegenständen kommt.



Zwangsmaßnahmen

- Jeder Einsatz von Zwangsmaßnahmen;
Dokumentation: Datum, Uhrzeit, Anlass, Dauer und Art der durchgeführten Maßnahmen, Name des anordnenden Arztes
- Nach Abschluss von Zwangsmaßnahmen: mit dem betroffenen Patienten zeitnah therapeutisch bearbeiten





Zwangmaßnahmen: praktisches Vorgehen

- Sicherstellen von ausreichend Personal
- Vorgehen im Team besprechen (wer übernimmt welche Aufgabe?)
- Ggf. Vorbereitung der Medikation od. Vorbereitung einer Fixierung
- Mögliche Gefahren vorab antizipieren (Wurfgegenstände, Fluchtweg)
- Alle Anweisungen gehen vom diensthabenden Arzt aus
- Überwachung des Patienten bis Beruhigung eintritt, bzw. nach Fixierung dauerhaft bis defixiert wird
- Dokumentation

Libal et al., 2006



Isolierung

- Isolation in einem abgeschotteten Raum: Entscheidung soll von einem Arzt getroffen werden
- Kind soll dabei immer von Fachpersonal unmittelbar überwacht werden
- Alleinige Video-Kontrolle ist nicht ausreichend
- Isolierung soll nur bis zur Beruhigung erfolgen
- Jede Isolierung soll schriftlich dokumentiert werden





Fixierung


- Mechanische Fixierung: bei Kindern unterlassen
- Mechanische Fixierung: nur durch geschulte Fachkräfte und nur bis zur Beruhigung
- Bei mechanischer Fixierung: 1:1 Überwachung durch geschulte Fachkräfte:
 - regelmäßige Überprüfung der Vitalzeichen
 - auf Hydratierung und Ernährung achten
 - ordnungsgemäßen Sitz der Fixierung regelmäßig überprüfen.





Zwangsmedikation

- Zwangsmedikation soll zunächst oral angeboten werden.
- Prinzipiell: kann der Einsatz von niedrigpotenten, konventionellen Antipsychotika und Benzodiazepinen als Notfallmedikation zur Behandlung psychomotorischer Erregungszustände bei Kindern und Jugendlichen indiziert sein
- Nach Gabe einer PRN Medikation: kontinuierliche Überwachung des physischen und emotionalen Zustandes des Patienten
- Keine Empfehlung für ein spezifisches Präparat; Abwägung der Risikofaktoren und der erhofften Wirkung



 Notfallmedikation				
Substanz-klasse	Wirkstoff	Handelsn (Bsp.)	Zulassung in Deutschland	Injektion verfügbar
AP				
Konvent.	Chlorprothixen	Truxal®	ab 3. Lj.	-
	Levomepromazin	Neurocil®	ab 16. Lj.	✓
	Promethazin	Atosil®	ab 2. Lj.	✓
	Haloperidol	Haldol®	ab 3. Lj.	✓**
atypisch	Risperidon	Risperdal®	ab 5. Lj. Bei unterdurchschnittl. IQ	-
	Ziprasidon	Zeldox®	Ab 10. Lj. (bipolare Störung)	✓***
	Olanzapin	Zyprexa®	keine	✓
	Quetiapin	Seroquel®	keine	-
Benzodiazepine	Diazepam	Valium®	Ab 6 Monaten	✓
	Lorazepam	Tavor®	Ab 6 Jahre (Epilepsie)	✓****

Plener, 2015; Grau et al., 2015

 Strategien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen	
<ul style="list-style-type: none"> • Führungsebene unterstützt Organisationsveränderung • Datensammlung und Literatur für Praxis nutzbar machen • Personalentwicklung: Ausbildung • Präventive Strategien vs. Zwangsmaßnahmen • Einbezug von Familien und Patienten • Debriefing des Personals nach Zwangsmaßnahmen 	<p>Huckshorn, 2005</p> 



Selbstgefährdung

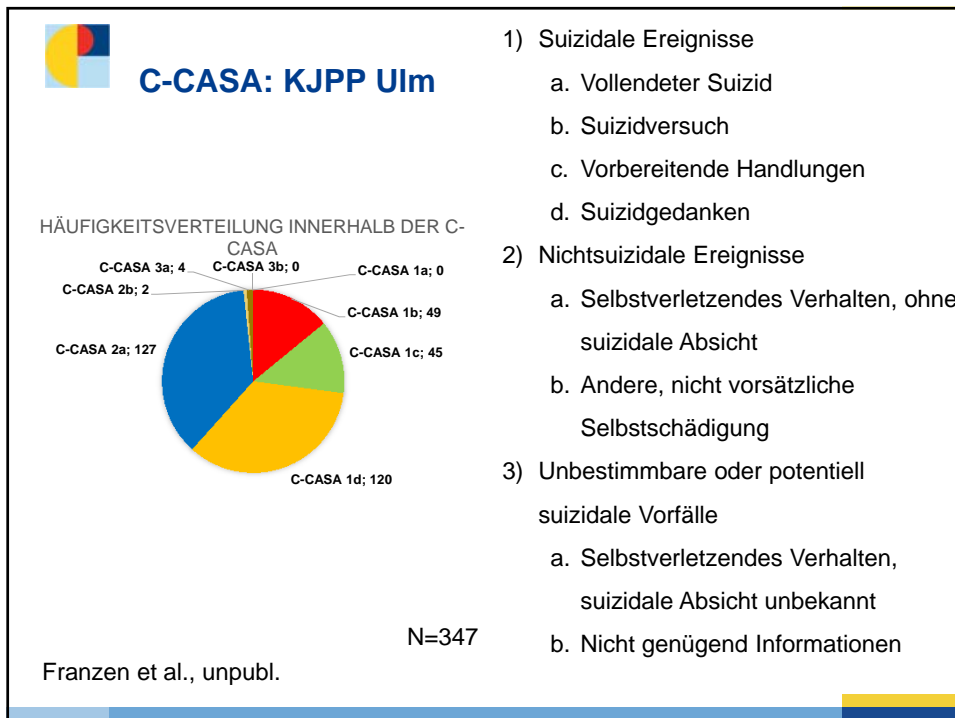
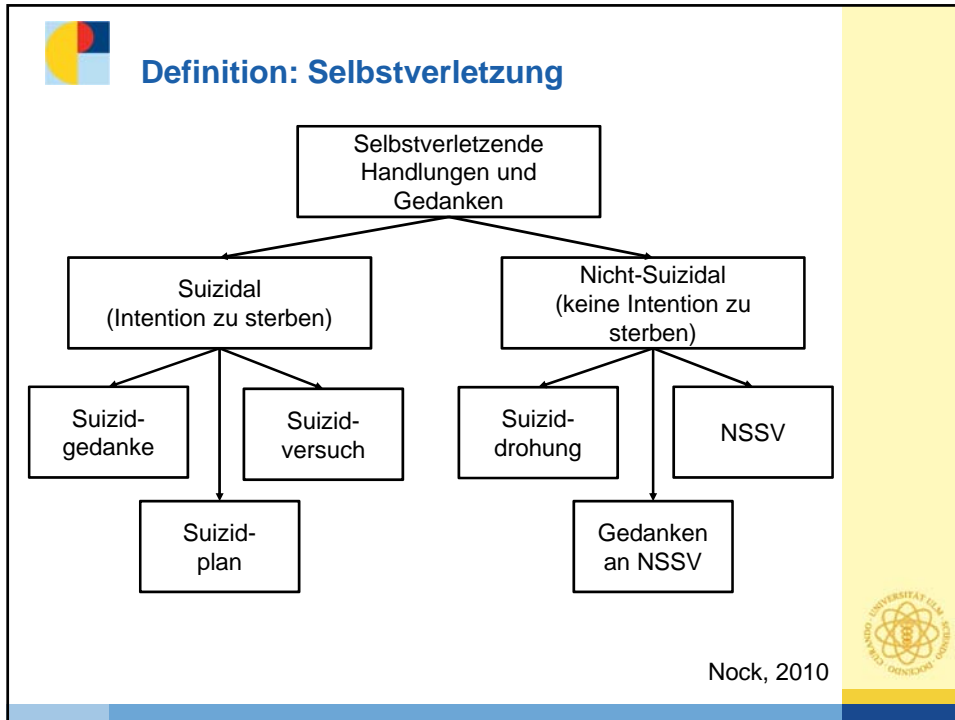


Ursachen f. Bewußtseinsstörungen

- Zerebrale Gefäßveränderungen
- Herz-Kreislauf Störungen
- Störungen der Blutzusammensetzung
- Zerebral-organische Prozesse
- Alkohol
- Medikamente und suchterzeugende Substanzen
- Internistische Stoffwechselerkrankungen
- Psychogene Bewusstseinsstörungen

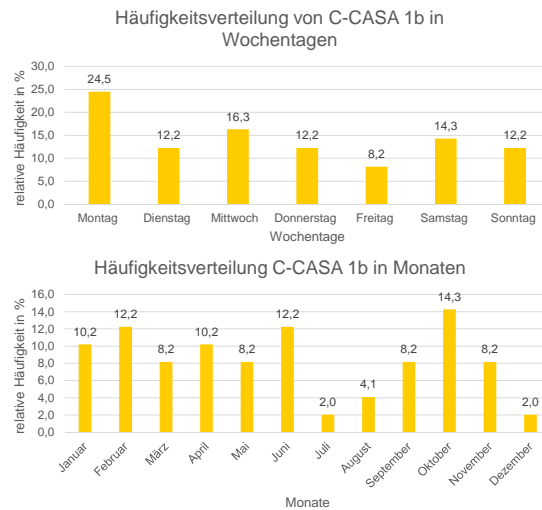
Berzewski, 1996







Vorstellungen: Suizidversuche: KJPP Ulm



Franzen et al., unpubl.



Exploration bei Suizidalität

Plener,
2015

- Hoffnungslosigkeit
- Ausdruck von Sinnlosigkeit
- Suizidgedanken und Suizidpläne
- Schlafstörungen
- Bullyingerfahrungen (Opfer und Täter)
- Missbrauchserfahrungen
- Verfügbarkeit von Suizidmitteln (Waffen, Medikamente,...)
- Sozialer Rückzug
- Gefühl, in Situation gefangen zu sein
- Besitz verschenken, Abschiedsbriefe, Testamente
- Alkohol/Substanzgebrauch
- Suizidversuch in der Anamnese
- Familiäre Belastungen durch Suizid
- Suizid im Freundeskreis
- Anstehendes belastendes Ereignis (Jahrestage,...)
- Medialer Einfluss (Suizid in den Medien, Suizid Prominenter)





Empfehlungen zum Umgang mit Suizidalität: LL

- Stationäre Behandlung muss bei akuter Suizidalität umgehend eingeleitet werden (ggf. auch ohne Freiwilligkeit des Patienten) mit adäquat begleitetem Transport in die Klinik
- Stationäre Behandlung muss bis zum Abklingen der akuten Suizidalität im geschützten Rahmen erfolgen
- Psychopharmakologisch sedierende Maßnahmen können bei z.B. akuter Anspannung, Belastung oder Agitiertheit ergänzend sinnvoll sein
- eine psychotherapeutische Intervention unter Beachtung der folgenden Punkte soll erfolgen:
 - Einbezug der Familie in die psychotherapeutische Intervention
 - wenn möglich, Kontinuität des Therapeuten
 - Erstellung eines Krisenplans mit klaren Absprachen zur Suizidalität
 - Reduktion von Belastungsfaktoren

AWMF, 2016



NSSV: Setting

- Ambulante Behandlung bei NSSV:
 - Eine ambulante Behandlung **soll** eingeleitet werden, wenn das psychische, soziale und schulische (berufliche) Funktionsniveau ausreichend ist und wenn eine ausreichende Kooperationsfähigkeit besteht und wenn die Kriterien für eine stationäre Behandlung nicht erfüllt sind
- Sehr starker Konsens
- Bei akuter Suizidalität **muss** umgehend eine stationäre Behandlung in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeleitet werden

AWMF,
2015;
Plener et
al., 2016





Psychopharmakologie

AWMF,
2015;
Plener et
al., 2016



- Beim Auftreten von akuten Anspannungszuständen **kann** eine psychopharmakologische Behandlung in Form von niedrigpotenten konventionellen Antipsychotika erfolgen. Bei einer Anwendung außerhalb des Zulassungsbereichs, sind die Bestimmungen zum „off-label“ use zu beachten.



- Eine psychopharmakologische Behandlung bei Vorliegen einer psychischen Störung **soll** entsprechend der störungsspezifischen Leitlinien erfolgen.
- Eine spezifische psychopharmakologische Behandlung des NSSV kann nicht empfohlen werden.
- sehr starker Konsens



Diskussion

- Fallzahlsteigerung und Verweildauerverkürzung in den letzten Jahren
- Anstieg an Notfällen international häufig beschrieben, in D bislang kaum systematisch erfasst
- Interdisziplinäres Spannungsfeld: wer ist für den Patienten zuständig? (Alkoholintoxikation, Agitation,..)
- Inhalte der Akut-KJPP in Ausbildung verankern





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

paul.plener@uniklinik-ulm.de

