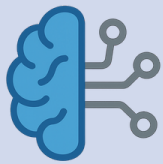


**Er kommt mit
Brustschmerzen. EKG
unauffällig.**

**Niemand fragt nach
Kokain.**

**Zwei Stunden später:
Myokardinfarkt.**





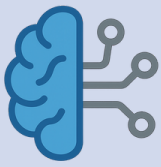
Warum Kokainabhängigkeit so oft verpasst wird

F14.2 versteckt sich hinter anderen Diagnosen.

- Patient nennt keinen Drogenkonsum – Team fragt nicht
- Kardiale Symptome dominieren das Bild
- Psychiatrische Diagnose wird erst im Verlauf gestellt
- Konsum wirkt „kontrolliert“ – Geschäftsleute, Funktionsfähige

Merke: Kokain ist keine Randgruppen-Substanz. Sie sitzt im Wartebereich deiner Notaufnahme.





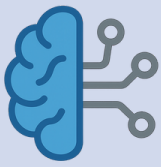
Der häufigste Denkfehler

„Kein körperlicher Entzug – also keine echte Abhängigkeit.“ – Falsch.

- Kokainentzug ist psychisch massiv: Dysphorie, Craving, Suizidalität
- Kein Zittern, kein Krampf – aber Absturz ist real
- „Crash“ nach Konsum: Erschöpfung, Depression, Schlafstörung
- Rückfallrisiko durch Craving extrem hoch

Merke: Kein körperlicher Entzug bedeutet nicht: kein Entzug.





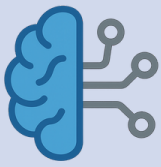
Kardiale Risiken – das unterschätzte Notfallbild

Kokain ist der häufigste drogenbedingte Auslöser kardialer Notfälle.

- Koronarspasmen → Myokardinfarkt auch bei jungen Patient:innen
- Tachykardie, Hypertonie, Arrhythmien
- Aortendissektion möglich
- Kokain + Alkohol → Kokaiethylen: verlängerte Kardiotoxizität

Merke: Brustschmerz + jung + unauffälliges EKG = Toxikologie.



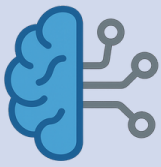


Differentialdiagnosen

- Schädlicher Gebrauch (**F14.1**): kein Kontrollverlust, keine Toleranz
- Stimulanzieninduzierte Psychose (**F14.5**): Wahn, Halluzinationen, paranoid
- Bipolare Störung: Manie klinisch ähnlich – Zeitverlauf klären
- ADHS: häufige Komorbidität, Kokain zur Selbstregulation

Merke: Kokaininduzierte Psychose remittiert mit Abstinenz – primäre Psychose nicht.





Diagnostik

Vier Fragen – sofort bei Aufnahme:

1. Letzte Einnahme – wann genau?
2. Konsummuster: Nase, Rauchen, i.v.?
3. Begleitsubstanzen – v. a. Alkohol
4. Kardiale Vorerkrankungen?

Labor: Drogenscreening, Troponin, EKG, RR-Monitoring.

Merke: Kokain im Urin nur 2–4 Tage nachweisbar – bei Verdacht sofort screenen.





Therapie

Kein zugelassenes Medikament für Kokainabhängigkeit.

Akut kardial:

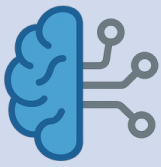
- Benzodiazepine – Mittel der Wahl bei Tachykardie und Hypertonie
- Beta-Blocker kontraindiziert – Gefahr des ungebremsten Alpha-Effekts

Psychiatrisch:

- Motivierende Gesprächsführung + KVT – Evidenzgrad A

Merke: Kein Beta-Blocker bei kokainbedingter Hypertonie. Immer.





Klinischer Fall

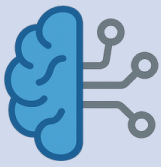
34-jähriger Unternehmensberater.
Brustschmerz, Herzrasen seit 2 Stunden.
EKG: Sinustachykardie. Troponin initial negativ.

Toxikologie: Kokain positiv, Alkohol 0,9 ‰.

4 Stunden später: Troponin-Anstieg,
Koronarspasmen im Herzkatheterlabor.

Einordnung: Kokainabhängigkeit **F14.2**,
akutes Koronarsyndrom durch Kokain.

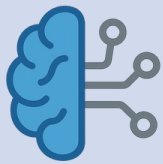




Die häufigsten Fehler

- ✗ Kokainkonsum nicht aktiv erfragt bei kardialer Symptomatik
- ✗ Beta-Blocker bei kokainbedingter Hypertonie gegeben
- ✗ Toxikologie zu spät angeordnet – Fenster verpasst
- ✗ Psychiatrische Diagnose nicht gestellt nach kardialer Stabilisierung
- ✗ Komorbide ADHS oder Depression nicht behandelt



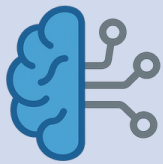


Take Home + Checkliste

- ✓ Brustschmerz bei jungen Patient:innen
→ Toxikologie sofort
- ✓ Kein Beta-Blocker bei kokainbedingter Hypertonie
- ✓ Benzodiazepine akut – nicht Antihypertensiva
- ✓ Kokaininduzierte Psychose: erst Abstinenz, dann Diagnose
- ✓ ADHS und Depression als Komorbiditäten aktiv suchen
- ✓ Speichere diese Checkliste. Teile sie mit deinem Team.

Quellen: S3-LL Stimulanzenbezogene Störungen (AWMF 038-024), ICD-10 F14.2, WHO ICD-11 6C44.2





Deine Dokumentation

Vereinfacht. Rechtssicher. Effizient.

Moderne Lösung für psychiatrische
Dokumentation

- ✓ Zeitersparnis im klinischen Alltag
- ✓ ICD-10 konforme Textbausteine
- ✓ Rechtssichere Formulierungen
- ✓ Speziell für Assistenzärzte entwickelt

Psychiatrie Digital

www.psychiatrie-digital.com