



Arbeitskreis
Notfallmedizin und Rettungswesen der
Ludwig-Maximilians-Universität München

online

Psychiatrische Notfälle im Notarzt- und Rettungswesen

[Frank-Gerald Pajonk](#)

[Einleitung](#)

[Epidemiologie psychiatrischer Notfälle](#)

[Definition psychiatrischer Notfall](#)

[Leitsymptome des psychiatrischen Notfalls](#)

[Häufige psychiatrische Syndrome](#)

[1. Suizidales Syndrom](#)

[Literatur](#)

Einleitung

Der folgende Text wendet sich an Ärzte im Notdienst und Notarztwesen sowie an Angehörige des Rettungswesens. Es ist geschrieben für den Nicht-Psychiatrie erfahrenen Kollegen und soll die Grundzüge der psychiatrischen Notfall-Lehre sowie die wesentlichen Begriffe der Psychopathologie darstellen.

Es existieren eine Reihe epidemiologischer Untersuchungen für zahlreiche Notfallsituationen im Notarztendienst. Für psychiatrische Notfälle findet sich dagegen nur spärliche Literatur im deutschsprachigen Raum. Erst eine Publikation (3) beschäftigt sich mit der Häufigkeit und der Art psychiatrischer Notfälle.

Der psychiatrische Notfall ist nach den internistischen und chirurgischen Notfällen der dritthäufigste Einsatzgrund eines Notarztes, wie die oben zitierte Untersuchung und eigene noch nicht vollständig ausgewerteten Daten aus Hamburg belegen. Dennoch wird die Inzidenz und Tragweite eines solchen Notfalles häufig unterschätzt. In der Notarztausbildung finden psychiatrische Notfälle nur geringe Bedeutung und Beachtung. Dementsprechend beschreiben Notärzte ihr psychiatrisches Wissen als gering und sehen sich zu einem nicht unbedeutenden Anteil mit psychiatrischen Notfallsituationen überfordert (Pajonk et al., unpublished data).

Neben den klassischen genuin psychiatrischen Erkrankungen (den früher so bezeichneten "endogenen Psychosen" wie z.B. Schizophrenien, Manien, Depressionen) wird der Notarzt häufig mit Angstsyndromen, Erregungszuständen, Suizidalität und Entzugssyndromen konfrontiert. Insbesondere den erstgenannten Erkrankungen bzw. Strungen ist gemeinsam, daß sie nicht nur eine psychiatrische Genese (z.B. als Trauer- oder Streßreaktion) aufweisen, sondern auch durch eine Vielzahl organischer Ursachen (Entzündung, Neoplasma, Stoffwechsellentgleisungen) ausgelöst, getriggert oder imitiert werden können.

Häufig werden psychiatrische Erkrankungen von nicht fachkundigen Personen in Psychosen und Neurosen unterteilt. Die Begriffe entsprechen einem veralteten Konzept, sind schwer faß- und definierbar und helfen in der Regel hinsichtlich der Entscheidung über Art und Ausmaß der Therapiebedürftigkeit bzw. einer ambulanten Behandlung oder ein Verbringen des Patienten in eine Klinik nicht weiter.

Im deutschen Sprachraum wird häufig noch die traditionelle Definition verwendet, die besagt, daß eine Psychose ein organisches Korrelat zugrunde liegen müsse, während eine Neurose Folge fehlverarbeiteter intrapsychischer Konflikte sei. In diesem Sinne definierte Möller (1996) die Psychose als eine "psychische Störung mit grundlegendem Wandel des eigenen Erlebens und des Außenbezugs, entweder im Rahmen einer organisch faßbaren Störung oder im Rahmen von Veränderungen des Gehirnstoffwechsels". Peters (1990) verstand unter Psychose die "allgemeinste psychiatrische Bezeichnung für viele Formen psychischen Andersseins und psychischer Krankheit, die teils durch erkennbare Organ- oder Gehirnerkrankheiten hervorgerufen werden oder deren organische Grundlagen hypothetisch sind (endogene Psychosen)".

Im anglo-amerikanischen Sprachraum ist mit dem Begriff Psychose aber häufig auch eine Wertung im Sinne einer besonders schwer ausgeprägten psychiatrischen Störung verbunden, wohingegen das Konzept einer organischen Erkrankung nur eine untergeordnete Rolle spielt.

Für den Bereich der Notfallmedizin ist eine Einteilung in Psychosen und Neurosen dagegen meist obsolet, da die genaue Diagnose häufig nicht gestellt werden kann. Der Begriff der Psychose muß höchstens als beschreibender Sammelbegriff mit näherer, syndromaler Spezifizierung (z.B. paranoid-halluzinatorische Psychose) verwendet werden.

Sollte er im Rahmen der hier vorgestellten Abhandlungen benutzt werden, so wird die traditionelle Definition zugrunde gelegt.

Dieser Einteilung folgend kann man exogene von endogenen Psychosen unterscheiden. Bei den exogenen Psychosen müssen wiederum die akuten exogenen Psychosen vom chronisch hirnorganischen Psychosyndrom differenziert werden.

Leitsymptom der akuten exogenen Psychose ist die Bewußtseinsstörung. Die akute exogene Psychose kann entweder organisch (z.B. Encephalitis, Tumor, Hyperthyreose, hohes Fieber, Trauma [Kontusionspsychose]) oder symptomatisch (z.B. Alkohol, Drogen, Medikamente) bedingt sein. Zu den chronisch hirnorganischen Psychosyndromen zählen alle Formen der Demenzen oder spezifischer oder allgemeiner Systematrophien des Gehirns. Ihr Leitsymptom ist die Wesensänderung.

Bei den endogenen Psychosen werden in der Regel die schizophrenen

Psychosen von den affektiven Psychosen unterschieden. Als "Mischform", bei der gleichzeitig oder im Wechsel Symptome einer schizophrenen oder einer affektiven Psychose vorliegen, muß noch die schizoaffektive Psychose differenziert werden. Syndrome und Symptome der genannten Krankheiten werden im Folgenden einzeln besprochen.

Dennoch soll es in diesem Beitrag über häufige psychiatrische Einsatzgründe weniger um die klare diagnostische Zuordnung einer Störung gehen als vielmehr um das Erkennen und Beschreiben von Symptomen psychischer Störungen, die eine syndromale Einteilung der vorgefundenen Störung ermöglichen.

Die richtige Diagnose des vorliegenden Syndroms ist für die präklinische Phase der Versorgung von weitaus größerer Bedeutung.

Im folgenden werden die Leitsymptome des psychiatrischen Notfalls, die am häufigsten vorkommenden Syndrome, die für den Rettungsdienst relevanten psychiatrischen Krankheiten, der Umgang mit psychisch Kranken und die medikamentöse Behandlung psychiatrischer Notfälle in einzelnen Kapiteln dargestellt.

Epidemiologie psychiatrischer Notfälle

Nach der ersten zu diesem Thema publizierten Arbeit beträgt die Inzidenz psychiatrischer Notfälle in einem ländlichen Raum 8,9 %. Eigene Untersuchungen aus einer Großstadt (Hamburg 1995) schätzen die Häufigkeit auf 10-15%, ohne daß bislang alle Daten ausgewertet wären. Als häufigste psychiatrische Notfälle werden angegeben:

- Angstsyndrome,
- Erregungszustände,
- Entzugssyndrome und
- Suizidalität.

Die Diagnosen "Psychose" oder "Depression" werden deutlich seltener gestellt (je ca. 5%), was auch auf die diagnostische Unsicherheit des Notarztes zurückzuführen sein könnte.

Bereits die Definition dessen, was ein psychiatrischer Notfall eigentlich ist, wird kontrovers diskutiert. Der Notarzt oder das Rettungsdienstpersonal Vorort kann häufig nicht entscheiden, ob es sich um eine "klassische psychiatrische Erkrankung" oder eine psychiatrische Symptomatik im Rahmen einer internistischen oder anderen organischen Erkrankung handelt. Aus diesem Grund wird folgende Definition für den psychiatrischen Notfall vorgeschlagen:

Definition psychiatrischer Notfall

Notfallsituation, in der eine psychische Symptomatik eindeutig dominiert, ohne daß primär Erkrankungen aus anderen Fachdisziplinen erkennbar oder nachweisbar wären.

Analog zu Krankheiten aus dem Bereich der somatischen Medizin können auch psychiatrische Erkrankungen in Notfälle verschiedener Dringlichkeitsstufen unterteilt werden. Hierzu existiert ein, allerdings umstrittener, Vorschlag von Walker (1983), der die Gruppen absoluter Notfall, relativer Notfall und kein Notfall bildete.

Zu den **absoluten Notfällen** zählen ein drohendes oder akutes Entzugssyndrom, eine schwere Intoxikation, hochgradige Erregtheit oder ein erfolgter Suizidversuch. Diese Störungen erfordern ein sofortiges Eingreifen mit bereits präklinischem Beginn einer psychopharmakologischen Behandlung und einer Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus.

Unter einem **relativen Notfall** werden Störungen bzw. Auffälligkeiten wie bizarres Verhalten, akuter Erregungszustand, geäußerte Selbst- oder Fremdtötungsabsichten, konkrete Suizidpläne oder -vorbereitungen und Trunkenheit beschrieben. Zumindest der Punkt konkrete Suizidpläne bzw. -vorbereitungen verdient jedoch auch die Aufmerksamkeit eines absoluten Notfalles. Patienten mit akuten Erregungszuständen werden Notärzte, Rettungsdienstpersonal und sonstige Beteiligte (z.B. Angehörige) stark beanspruchen und bedürfen in den meisten Fällen einer sofortigen Intervention. Hinter bizarrem Verhalten können sich eine Reihe unterschiedlichster psychiatrischer Erkrankungen verbergen (z.B. wahnhaft-halluzinatorische Störungen wie Schizophrenien oder hirnorganische Psychosyndrome wie z.B. Delirien oder Demenzen), diese erfordern nicht selten eine differentialdiagnostische Abklärung in einer Klinik. Mit Rauschen bzw. hochgradiger Trunkenheit wird der Notarzt häufig konfrontiert. Diese Krankheitsbilder werden im Kapitel Syndrome süchtigen Verhaltens besprochen.

In der Gruppe **kein Notfall** werden folgende Störungen bzw. Erkrankungen genannt: Mäßig ausgeprägte Angstzustände, akute Belastungssituationen (z.B. Lebensprobleme), das Bedürfnis "zu reden", die Bitte um Rezeption von Medikamenten bzw. Frage nach Wirkungen oder Nebenwirkungen von Medikamenten und sogenannte "bekannte" Patienten. Letztere kennt jeder erfahrene, im Rettungsdienst tätige Mitarbeiter. Solche Patienten alarmieren nicht selten täglich den Notarzt und bieten häufig ein breites Spektrum an teils kleineren, teils dramatisch anmutenden Symptomen, die sich bei näherer Begutachtung aber als harmlos, übertrieben oder gespielt herausstellen. Unerfahrene Notärzte oder Rettungsdienstmitarbeiter haben häufig Schwierigkeiten, die Ernsthaftigkeit dieser Symptome richtig einzuschätzen. Die Hilfe bei der Bewältigung akuter Belastungssituationen oder ausführliche Gespräche mit therapeutischem Charakter gehören nicht zum Aufgabengebiet des Notarztes. Er sollte aber in der Lage sein, dem Hilfesuchenden Adressen und Telefonnummern von geeigneten Einrichtungen und Notdiensten zur Verfügung zu stellen (z.B. Ambulanz einer psychiatrischen Klinik, kassenärztlicher Notdienst, Telefonseelsorge, Kriseninterventionsdienste).

Leitsymptome des psychiatrischen Notfalls

Leitsymptome des psychiatrischen Notfalls sind die Störungen des Bewußtseins, des Antriebs und der Stimmung. Die Einzelheiten gehen aus Tabelle 1 hervor.

Tabelle 1: Leitsymptome des psychiatrischen Notfalls

Störungen des Bewußtseins	quantitative Bewußtseinsstörung	Koma Sopor Somnolenz
	qualitative Bewußtseinsstörung	Delir einfacher Verwirrungszustand Dämmerzustand
Störungen des Antriebs	Antriebssteigerung	Erregungszustand
	Antriebsminderung	Stupor Autismus Negativismus
Störungen der Stimmung	gehobene Stimmung	Manie
	gesenkte Stimmung	Depression Suizidalität

Jeder psychiatrische Notfall weist in aller Regel mindestens eine Störung in einem der genannten drei Bereiche auf. Als für das Notarzt- und Rettungsdienstpersonal besonders problematisch und herausfordernd stellen sich insbesondere Erregungszustände dar. Der Patient ist häufig nicht kooperativ, auch durch Zureden näherer Angehöriger kaum erreichbar, und in seinem Verhalten oft nicht berechenbar.

Die Abklärung der Suizidalität bereitet ebenfalls häufig große Probleme. Die Klärung dieser Frage ist aber besonders dann wichtig, wenn der Patient Behandlungsmaßnahmen oder den Transport verweigern sollte.

Häufige psychiatrische Syndrome im Notarzt- und Rettungswesen

1. Suizidales Syndrom
2. Ängstliche und phobische Syndrome, Paniksyndrome
3. Paranoidhalluzinatorisches Syndrom
4. Katatonies Syndrom
5. Depressives Syndrom
6. Manisches Syndrom
7. Syndromsüchtiges Verhalten, Entzugssyndrome
8. Delirantes Syndrom

1. Suizidales Syndrom

In der Bundesrepublik Deutschland schwankt die Anzahl der Suizide um 14.000 pro Jahr, wobei eine noch nicht genaue Dunkelziffer hinzukommt. Damit liegt die Anzahl der bekannten Suizide über der Verkehrstoten. Die Anzahl der gemeldeten Suizide ist in den vergangenen Jahren relativ konstant geblieben.

Suizidversuche sind dagegen erheblich häufiger. Je nachdem, ob parasuizidales

Verhalten oder parasuizidale Handlungen dazugerechnet werden, schwanken die Angaben zur Häufigkeit von Suizidversuchen in der Literatur zwischen 5-20 mal häufiger als vollendete Suizide. Es muß davon ausgegangen werden, daß die Dunkelziffer im Bereich der Suizidversuche noch deutlich größer ist. Es gibt Hinweise dafür, daß die Anzahl der Suizidversuche in den letzten Jahren ansteigende Tendenz hat.

Bei Kindern und Jugendlichen ist der Suizid die zweithäufigste Todesursache, knapp hinter Unfällen.

Suizidformen

1. Kurzschlußreaktionen
2. Bilanzsuizid
3. Paarsuizid
4. Erweiterter Suizid

Bei Suizidversuchen können diejenigen mit

- ernsthaftem Charakter,
- appellativem Charakter sowie
- parasuizidale Handlungen

unterschieden werden, wobei dies in der präklinischen Situation und ohne nähere Kenntnisse häufig nicht möglich ist. In jedem Fall sollten Aussagen oder Andeutungen eines Patienten, sein Leben beenden zu wollen, ernst genommen und Maßnahmen zur Sicherheit des Patienten getroffen werden (z.B. Transport in eine Klinik, Aufklärung von Angehörigen, den Patienten nicht allein zu lassen, wenn dies verantwortbar erscheint).

Es soll deutlich betont werden, daß die Tatsache, daß ein Patient über Selbstmordgedanken spricht, das Risiko hierfür nicht geringer macht. Im Gegenteil kündigt die Mehrzahl der Suizidanten ihre Suizidversuche ein-bis mehrfach vorher an.

Prädisponierende psychiatrische Erkrankungen

1. Schizophrenien
2. Affektive Psychosen (Depressionen, Manien)
3. Psychoreaktive Störungen
4. Suchterkrankungen

Besonders gefährdete Personengruppen

- Ältere Menschen (besonders Männer)
- Alleinstehende
- Inhaftierte
- Verfolgte
- Studenten

Häufigste Arten von Suizidversuchen

- Medikamentenüberdosierung
- Pulsaderschnitt
- Erhängen
- Gifte, Pflanzenschutzmittel
- Sprung vor einen Zug
- Sprung aus dem Fenster
- Suizid mit Kfz
- Erschießen
- Stromsuizid
- Giftgasinhalation

Abschätzung der Suizidalität

Es ist möglich und sinnvoll, die Patienten selbst zu ihrer Suizidalität zu befragen. Die Mehrzahl der Patienten gibt auf Fragen zur Suizidalität ehrliche Antworten. Ein großer Teil der Patienten fühlt sich durch das klare Ansprechen dieses Themas auch erleichtert. Nach Pöldinger können 10 initiale Fragen an den Patienten zur Einschätzung der Suizidalität gestellt werden:

1. Denken Sie daran sich das Leben zu nehmen? Häufig?
2. Sind diese Gedanken wie ein Zwang?
3. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie vorgehen würden?
4. Haben Sie schon Vorbereitungen getroffen?
5. Haben Sie schon einmal einen Versuch unternommen?
6. Ist in Ihrer Familie oder im Umkreis so etwas schon passiert?
7. Sehen Sie die Situation als aussichtslos für sich an?
8. Haben Ihre Kontakte zu Freunden/Verwandten abgenommen?
9. Wohnen Sie allein?
10. Fühlen Sie sich familiär, beruflich, religiös oder weltanschaulich nicht mehr eingebunden?

Je mehr dieser Fragen mit "ja" beantwortet werden, desto größer ist die Gefahr eines drohenden Suizidversuches. Von besonderer Bedeutung sind die Fragen 2,3,4,5 und 7. Sollten diese bejaht werden, sollte in jedem Fall eine Abklärung durch einen Psychiater in einer Klinik erfolgen.

Literatur

1. Berzewski H: Der psychiatrische Notfall.
Springer 1996, 2. Auflage
 2. Dubin WR, Weiss KJ: Handbuch der Notfall-Psychiatrie
Verlag H. Huber 1993, 1. Auflage
 3. König F, König E, Wolfersdorf M: Zur Häufigkeit des psychiatrischen Notfalls im Notarztdienst
Der Notarzt 1996; 12:12-17
-

