

Der psychiatrische Notfall und die psychische Krisenintervention im Ärztlichen Notfalldienst

Pierre E. Frevert

Arzt im Ärztlichen Notfalldienst
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie/
Arzt für Psychotherapeutische Medizin/
Psychoanalyse

Email: PierreFrevert@t-online.de

Vortrag und Fallvorstellung
Fortbildungsveranstaltung des Berufsverbandes Ärztlicher Notdienst
Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Frankfurt
Georg-Voigt-Str. 15
60325 Frankfurt

19.04.2001

Was ist ein Notfall?

Wer definiert den Notfall?

- Der Patient selbst?
- Die Angehörigen, die Umgebung?
- Der Arzt in der Situation

Krise – Notfall

Krise: Situative Belastungssituation, die der Betreffende in der Regel selbst bewältigen kann. Eine Unterstützung ist nicht erforderlich, aber hilfreich. Maßnahme: Beratung.

Pathologische Krise: Belastungssituation, in der die individuellen Bewältigungsstrategien zusammenbrechen. Hilfe ist erforderlich, jedoch ohne unmittelbaren Zeit-druck. Maßnahme: Psychotherapie.

Notfall: Belastungssituation, die mit einer Gefährdung von Leben und Gesundheit einhergeht. Sofortiges Handeln ist erforderlich. Maßnahme: Ärztliches Handeln.

Alle Störungen kognitiver und emotionaler Prozesse, die ein unverzügliches therapeutisches Handeln erfordern, werden als psychiatrische Notfälle bezeichnet, ohne dass der Zustand immer akut lebensbedrohlich ist. (Brünne, 2000)

Unterscheidung des Notfalls nach Dringlichkeitsstufen (Dubin,1993)

A) Absoluter Notfall: 1. Alkoholentzugssyndrom (Delir)

2. Hochgradige Erregtheit (Psychose)
3. Schwere Intoxikation (z.B. Medikamente)
4. Beabsichtigter oder erfolgter Suizid

B) Relativer Notfall: 1. Bizarres Verhalten (Demenz, Schizophrenie)

2. Akuter Erregungszustand (z.B. im Partnerschaftskonflikt)
3. Geäußerte Selbst- oder Fremdtötungsabsichten
4. Konkrete Suizidpläne und -vorbereitung
5. Trunkenheit

C) Kein Notfall:

1. Soziale Krisen (Ehestreit, Partnerschaftskonflikt)
2. Mäßig ausgeprägte Angstzustände (sofern nicht psychotisch)
3. Beratungswunsch in psychosozialer Belastungssituation

Qualifikation

Welche Qualifikation braucht der Notarzt, um einen psychisch dekompenzierten Patienten zu diagnostizieren und zu behandeln?

Fachkompetenz in Psychodiagnostik und –intervention (Nouvertné, 1993)

- Je mehr der Patient psychotisch oder psychosenah ist, desto weniger psychodynamische Fachkompetenz ist für den (nicht psychiatrisch ausgebildeten) Arzt erforderlich. Die Persönlichkeit des Arztes und seine Lebenserfahrung spielen hier für das Notfallmanagement eine hervorragende Rolle.
- Je mehr der Patient dagegen neurotisch oder in psychosozialen Konflikten verstrickt ist, desto mehr psychiatrisch-fachliche Kompetenz ist zur Definition des Notfalls und Abklärung möglicher Suizidalität erforderlich

Auf Seiten des Arztes sind folgende individuelle Eigenschaften für den Umgang mit psychotischen Patienten von Vorteil:

- Erfahrung und Bewältigung eigener Krisen
- Emotionale Einfühlung, sich persönlich einbringen können
- Toleranz gegenüber Marginalität und Abweichung
- Distanzvermögen gegenüber verbalaggressiven Attacken
- Grundzüge von psychopathologischer Fachkompetenz

Vorgehen beim psychiatrischen Notfall/ Psychische Krise (Schnyder,1993)

- Situationsanalyse: Liegt ein Notfall oder eine Krise vor?
Worum geht es? Wie dringlich ist der
Notfall (Einweisung, Polizei)
- Kontaktaufnahme: Ruhe, Zielorientiertheit, Zeit, Einbeziehen
von Angehörigen
- Problemanalyse: Was ist passiert? Was führte zur Dekom-
pensation ? Eigen- und Fremdanamnese
- Coping- und Ressourcenanalyse: Welche intellektuellen und per-
sönlichen Ressourcen hat der Patient/ haben
seine Angehörigen?
- Problem- und Zieldefinition: Diagnose und Differentialdiagnose,
Mitteilung über die ärztliche Einschätzung der
Situation und der geplanten Schritte (z.B. Ein-
weisung), eventuell sofortige Medikamenten-
gabe

Psychopathologische Untersuchung (Rubin,1993, Scharfetter, 1995)

Äußere Merkmale

1. Erscheinung: Kleidung, Körperpflege, Wohnungszustand, Verhalten bei Eintreffen des Arztes
2. Motorik: fein- und grobschlägiger Tremor (Angst, Delir), Agitiertheit (Manie, Depression, Angstattacke), Verlangsamung (Katatonie, Parkinson), Mimik, Gestik
3. Sprache: Spontaneität, Verlangsamung (Depression), Rededrang (Manie), verwaschen (Intoxikation) aphasisch (Apoplex), Wortsalat, Wortwiederholungen (Demenz)

Psychische Merkmale

4. Orientierung:
 - zeitlich: „Was für ein Datum/Wochentag/Jahr haben wir heute?“
 - Örtlich: „Wo befinden Sie sich hier?“
 - Person: „Wann sind Sie geboren? Wer ist die Dame neben Ihnen?“
 - Situativ: „Warum meinen Sie, sind wir gerufen worden?“
5. Cognition: Gedächtnis (beeinträchtigt bei Demenz, Angst und Depression)
Konzentration (beeinträchtigt bei Demenz und Psychose)
Urteilsvermögen: (beeinträchtigt bei Demenz, Psychose, Delir)
6. Denken (formal): Umständlichkeit (Psychose, Zwangsstörung), Vorbeireden, gelockerte Assoziationen; unzusammenhängende Gedanken (Schizophrenie), Gedankenflucht (Manie)

7. Denken (inhaltlich): Wahnideen (unkorrigierbares Festhalten an eigener Vorstellung) Verfolgungs-Größenideen (Schizophrenie, Manie, Alkoholintox.), Verarmungswahn (Depression), Beziehungsideen (Die Dinge werden als bedeutvolle Zeichen erlebt: Schizophrenie), Zwangsgedanken, -handlungen (Realitätsbezug bei Zwangsgestörten vorhanden, nicht bei Schizophrenen)
8. Selbst- und Fremdgefährdung: Depression, Persönlichkeitsstörungen. Beispiel: „Haben Sie das Gefühl, das Ihr Leben keinen wert mehr hat? Kam Ihnen schon einmal der Gedanke an Selbstmord? Haben sie sich bereits überlegt, wie Sie sich das Leben nehmen würden?“
9. Affektivität: Affekt ist der kurzlebige Ausdruck einer Stimmung (zufrieden, traurig, furchtsam, zornig).
Flacher A. (Parkinson), labiler A. (Demenz, Manie)
10. Wahrnehmung: Illusionäre Verkennung (Drogen, Angststörung), Halluzination (akustisch) bei Schizophrenie und Alkoholpsychose, Halluzinationen (optisch) bei Delir, Drogenintox., (olfaktorisch, gustatorisch) bei Epilepsie

Spezielle Notfallsituationen (Kühn,1998) und differentialdiagnostische Überlegungen (Brüne, 2000)

1. Stets organische Ursachen abgrenzen
2. Anxiolyse ohne Beeinflussung der Differentialdiagnostik
3. Benzodiazepinen als Notfallmedikation
4. Neuroleptika und Antidepressiva setzen verzögert ein
5. Cave: Kumulationseffekte bei älteren Patienten

Psychomotorische Unruhe abklären: (primär internistische,
neurologische Störungen)

Stupurös-mutistische Zustände abklären

Selbstverletzendes Verhalten abklären (Suizid)

Angstsyndrom

- Vorkommen: Herzinfarkt (Vernichtungsangst); Psychose (oft als Erregung verkannt), Lebenskrisen (Hyperventilationssymptom), Paniksyndrom, Generalisierte Angststörung (ständige Unruhe)
- Symptome: Engegefühl, Erstickungsangst (organisch), Kribbeln, Angst, verrückt zu werden, Angst von der Angst überwältigt zu werden, vegetativ (Schwitzen, Tachykardie, Kloßgefühl, Hyperventilation, Mundtrockenheit)
- Maßnahmen Beruhigendes Reden („talking down“),
Tavor expedit 2,5 oder 1 mg s.l.,
Diazepam 10 mg i.v.

Psychomotorische Erregung

- Vorkommen: reaktiv bei Angstanfällen, bei der Manie, bei Drogenintoxikationen, Delirante Zustände
- Symptome: Hin- und Herlaufen, verbale und nonverbale aggressive Entgleisung wie Randalieren und Drohgedärden
- Maßnahmen Beruhigendes Reden, auf Selbstschutz und Schutz Der Umstehenden achten, Sedierung, notfalls Fixierung.
Medikamente: Haloperidol 5 mg i.v., Diazepam 10mg i.v. , 10mg Psyquil oder 50mg Atosil bei Drogenentzug, ggfs. Tavor expedit 2,5 oder 1 mg s.l., Diazepam 10 mg i.v.

Verwirrtheit

Vorkommen:	Apoplex, Hypertensive Krise, Hypoglycämie, Medikamenten- Drogenintox., Dementielles Syndrom
Symptome:	Beeinträchtigung von Denken, Gedächtnis und Wahrnehmung , Orientierung
Maßnahmen	Klarheit, Beruhigung, somatische Ursachen ausschliessen, evtl. Klinikseinweisung

Delirante Syndrome

- Vorkommen: Alkohol- Drogenentzug, Medikamentenintox,
- Symptome: Fluktuierende Bewusstseinslage, Beeinträchtigung des Denkens, Desorientiertheit, Verwirrtheit, Halluzinationen (optische), Illusionäre Verkennung, psychomotorische Unruhe, vegetative Störungen,
- Maßnahmen Haldol 5mg zusammen mit Tavor i.v. oder s.l.

Suizidalität

Problem erkennen: Bei einem notfallmäßig behandelten Suizidversuch in der Vorgeschichte, ist die Gefahr eines vollendeten Versuches 10 x höher als in der Normalbevölkerung.
Bei Kinder und Jugendlichen ist Suizidalität die häufigste psychiatrische Notfallsituation

Einteilung:

- **Suizidgedanken**, noch kein Selbstmordversuch
- **Suizidversuch**, ohne wirklich sterben zu wollen (Parasuizidalität)
- **Suizidversuch**, um zu sterben (hochgradige S.)

Psychopathologisch: Imperative Stimmen („Springe aus dem Fenster!“), Paranoide Wahnideen, Denkstörungen, Depressiver, flacher Affekt, Hoffnungslosigkeit („Keine Alternative zum Suizid“), Verlusterlebnis.

Körperlich: Magenspülung, chirurgische Versorgung, Giftzentrale, Labor

Einschätzung (Risikofaktoren und Bewertung)

Dubin, 1993. Wolfersdorf, 1993

Risiko erhöht:

- *Vorgeschichte:* Psychose mit Halluzinationen, Depression, Suchterkrankung, bereits Suizidversuch(e), Schwere Schmerzanamnese, chronische oder terminale Erkrankungen, Insomnie
- *Soziales Umfeld:* Soziale Isolierung, getrennt lebend, bei psychisch Kranken nach stationärer Entlassung, erhöhtes Lebensalter, psychosoziale Stressoren (Arbeitslosigkeit, Verwahrlosung, traumatischen Erlebnissen)
- *Vorpersönlichkeit:* Gestörte Impulskontrolle (Borderline, paranoide Persönlichkeitsstörung), Depression
- *Suizidales Verhalten:* Ankündigung des S., Abschiedsbrief, unterbrochener Suizidversuch, Wahl der Methode (Pulsader aufschneiden, Erhängen etc. risikobehafteter als nicht letale Tablettendosen; Ort: größeres Risiko, wenn Suizidand nicht gefunden werden soll.
- *Psychischer Befund* Affektiv-kognitive und situative Einengung, Ambivalenz, Unfähigkeit, sich ernsthaft von S. absichten zu distanzieren, Hoffnungslosigkeit, paranoid-halluzinatorisches Erleben

Vorgehen:

Dubin, 1993. Wolfersdorf, 1993

1. Sich Zeit nehmen! Für entspannte Atmosphäre sorgen
2. Wenn möglich Angehörige Freunde, Nachbarn einbeziehen.
3. Suizidgedanken offen erfragen, Suizidgedanken als Ausdruck massiver seelische Not verstehen und ernstnehmend vermitteln. Psychische Erkrankungen sind abzuklären.
4. Die Verantwortung für das rasche und besonnene Handeln liegt beim Arzt und ist nicht delegierbar. Konfliktstrategien für der/den Betreffenden mit ihr/ihm andiskutieren
5. Übertragung und Gegenübertragung: Der Arzt wird wütend und erkennt diese Wut als die Wut des Patienten gegen andere ohne gegen den Suizidanten feindselig zu werden.

Therapie: Lorazepam (Tavor) 2- 4mg alle 2 Std. , Atosil 25-50 mg, evtl. Klinikseinsweisung diskutieren (freiwillig, nach HFEG)

Krisenintervention bei suizidalen Krisen

1. Suizidales Verhalten als Alarmsignal akzeptieren
2. Subjektive Bedeutung des Alarmzeichens verstehen
3. Besprechung des gescheiterten Bewältigungsversuchs
4. Aufbau einer tragfähigen Beziehung
5. Wiederherstellen der wichtigsten Beziehungen
6. Gemeinsame Entwicklung alternativer Lösungen
7. Alternative Lösungen für künftige Krisen entwerfen
8. Kontaktangebote als Hilfe zur Selbsthilfe

Kriterien für die Klinikseinweisung:

- Patient ist psychotisch-wahnhaft oder (drogen)intoxikiert
- Alleinstehend ohne soziale Unterstützung, keine Einbindung
- Persistierende Suizidgedanken und keine Distanzierung trotz ärztlicher Intervention
- Zunehmend gefährlichere Suizidversuche

Kriterien für die Vermeidung der Klinikseinweisung:

- Suizidrisiko (Wiederholungsrisiko) als gering einzuschätzen
- Lösung der ursächlichen Krise
- Impulskontrolle und Einsichtsfähigkeit
- Emotional stützende rund um die Uhr präsente Angehörige und Freunde
- Bereitschaft, einen Psychiater oder ein Krisen/Therapiezentrum aufzusuchen
- Möglichkeit einen Termin für den darauffolgenden Tag zu vereinbaren

Rechtliche Aspekte

- Bei anhaltender Suizidgefahr ist eine uUnterbringung in eine geschlossene Psychiatrische Klinik erforderlich. Diese kann freiwillig erfolgen, wenn der Patient einsichtsfähig und einsichtig ist oder gegen seinen Willen, wenn eine erhebliche Selbst- und Fremdgefährdung fortbesteht. Der Arzt verständigt Krankenwagen und Polizei und schreibt ein formloses Attest. Die Polizei entscheidet unabhängig u. U. gegen den Arzt, ob eine Unterbringung nach § 10HFEG vorgenommen werden muß.

Anhang 1

Psychopharmaka für die Psychiatrische Notfallversorgung

Modifiziert nach Kasper, 1993

Präparat	Handelsname	Dosierung	Wirkung	U.W.
Haloperidol	Haldol®	1 Amp à 5 mg 20 Tr=2mg=1ml	Antipsychotisch sedierend	EPS↑ Krampfschwelle↓
Levomepromazin	Neurocil®	1 Amp à 25mg Tbl à 25mg	Sedierend Schlafanstoßend mild antipsychot.	Sedierung↑ Hypotension kardiale NW EPS Krampfschwelle↓
Diazepam	Valium®	Amp à 10mg im/iv Tbl à 5/ 10mg	Sedativum	Sedierung↑ Ataxie Entzugseffekte↑ Atemdepression!
Lorazepam	Tavor- Expedi®	Tabs à 1/ 2,5 mg 1 Amp à 2mg iv/im	Anxiolytikum	s. Diazepam
Biperiden	Akineton®	Amp à 5mg iv Tbl à 2mg	Antiparkinsonm.	Delir Anticholinerg Glaukom Harnverhalten
Clomethiazol	Distraneurin®	Tbl. à 500mg	Delirbehandlung	s. Diazepam Hypotension Suchtentwicklung
Pipamperon	Dipiperon®	Tbl. à 40mg Saft :4mg=1 ml (3x20/40mg)	Schlafstörung Verwirrung Psychomot.↑ (Gerontopsych.)	Sedierung↑ Blutbildstör.
Melperon	Eunerpan®	Tbl. à 10/25/50/100mg Lösung :5ml=25mg Amp à 50mg iv (20-75 bis 200mg oder 40ml Saft)	Schlafstörung Verwirrung Psychomot.↑ (Gerontopsych)	Sedierung↑ Blutbildstör.
Triflupromazin	Psyquil®	10/20mg Amp 10/25mg Drg 70mg Supp. (20mg im/5-20mg iv, 10.30mg p.o.	Antiemetikum	Psychoseverstärk. Anaphylaxie

Anhang 2

Literaturangaben:

- Dr. Martin Brüne, Prof. Dr. med. R. Payk, Leitlinien Zur psychiatrischen Notfallversorgung. Persönlicher Zugang entscheidend. In: *Neurotransmitter, Heft 12/2000, S. 52 – 56.*
- William Dubin, Kenneth J. Weiss. Handbuch der Notfallpsychiatrie. Deutsch von Isabella Heuser, Huber, Bern, 1993
- S. Kasper: Psychiatrische Notfallsituationen. In: H.- J. Möller, Therapie psychiatrischer Erkrankungen, Enke-Verlag, Stuttgart, 1993:
- Jürgen Luxem: Psychiatrische Notfälle. In: Kühn, Luxem, Runggaldier: Rettungsdienst, Urban und Fischer, München, 1998
- Klaus Nouvertné: Was müssen MitarbeiterInnen mitbringen und welche Hilfe brauchen sie? In: Günther Wienberg (Hg.) Bevor es zu spät ist- Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie
- Ulrich Schnyder und Jean-Daniel Sauvant: Krisenintervention in der Psychiatrie, Verlag Huber, Bern, 1993
- M. Wolfersdorf: Therapie der Suizidalität. In: H.- J. Möller, Therapie psychiatrischer Erkrankungen, Enke-Verlag, Stuttgart, 1993:

Wenn Sie Fragen zum Thema Psychiatrischer Notfall und
Psychische Krisenintervention im Ärztlichen Notdienst haben,
schreiben Sie an:

Email: PierreFrevert@t-online.de
oder
Fax: 069-95524971