



Jahrgang 3, Ausgabe III, Dezember 2001

## Inhalt

Notdienstumstrukturierung in Bayern .....	Seite 3
Die Ziffer 5 nur mit Uhrzeitangabe .....	Seite 3
Honorare für den Arzt auf dem NAW oder NEF vor dem Schiedsamt .....	Seite 4
Kurzmeldungen .....	Seite 5
<b>Aus der Serie Fortbildung:</b>	
„Der psychiatrische Notfall und die psychische Krisen- Intervention im Ärztlichen Notfalldienst“ .....	Seite 8
Anzeigen .....	Seite 17
Impressum .....	Seite 18

# Aus der Serie Fortbildung:

## „Der psychiatrische Notfall und die psychische Krisen-Intervention im Ärztlichen Notfalldienst“

---

**Autor: Pierre E. Frevert**

---

"Schnell, schnell, kommen Sie, meinem Mann geht es nicht gut! Die ganze Brust tut ihm weh, er ist ganz schwindelig..."

Die "Katastrophe", der vermeintliche Herzinfarkt, der die Ärztin oder den Arzt in der Notdienstzentrale oder im Nachtnotdienst zu einem raschen Eingreifen bewegen soll, stellt sich in Wirklichkeit, wie so oft, nicht als medizinischer Notfall dar, sondern offenbart eine psychische und soziale Notlage einzelner Individuen oder ganzer Gruppen, die in ihrer Not einen Hilferuf an die gesellschaftlich bekannteste und am weitesten akzeptierte Institution schicken: den Ärztlichen Notdienst. Obwohl kein einheitliches Zahlenmaterial zu dem prozentualen Anteil der psychogenen Ursache der Mobilisierung des Ärztlichen Notdienstes vorliegt, dürfte es dem Forschungsstand der Fälle der Inanspruchnahme des Arztes in der Allgemeinpraxis wegen psychischer Leiden, die somatisch präsentiert werden, entsprechen. Im Ärztlichen Notfalldienst stellt sich neben dem überwiegenden Anteil an Beratungsleistungen, die die Kolleg(inn)en bezeichnender Weise nicht abrechnen dürfen, der akute psychische Notfall für den Nichtpsychiater als besondere Herausforderung dar, gilt es doch in knapper Zeit zu entscheiden, ob ein dem Notarzt oder der Notärztin völlig unbekannter Patient ernsthaft selbstgefährdet oder fremdgefährdend ist oder ob die psychische Erregung bei Angehörigen eines infaust Reanimierten zu eskalieren droht. Da die Literatur zu diesem Thema nach wie vor spärlich ist und das Medizinstudium der Diagnostik und Intervention bei psychischen Leiden bei weitem nicht die Bedeutung beimisst, die ihr später bei den Pati-

enten aus allen medizinischen Fachgebieten in der Praxis zukommt, ist es für Ärzt(inn)en, die im Notdienst als erste mit diesen Notfällen konfrontiert werden, nicht einfach, sich zu informieren. Ich möchte an meinen Vortrag, den ich am 19. April 2001 anlässlich der Fortbildungsveranstaltung des Berufsverbandes Ärztlicher Notdienst in der Kassenärztliche Vereinigung Hessen in Frankfurt gehalten habe, anknüpfen und soweit dies bei der Komplexität des Themas möglich ist, den im Ärztlichen Notfalldienst tätigen Kolleg(inn)en orientierende Informationen unter besonderer Berücksichtigung des Handling von Suizidalität im Notdienst zu vermitteln.

### Was ist ein Notfall?

Wer definiert den Notfall? Ist es der Patient selbst?

Das ist beispielsweise bei psychisch überlagerten somatischen Leiden, bei hypochondrischer Akzentuierung oder bei somatisch präsentierter depressiver Erkrankung der Fall. Oder sind es die anrufenden Angehörigen, die Umgebung des psychisch Kranken? DER Fall tritt eher ein, denn selten wird sich ein Patient, der psychotisch exazerbiert, von sich aus an den Notdienst wenden. In der Regel wird nur der Arzt vor Ort entscheiden können, ob es sich um einen Notfall handelt oder um eine Krise, die auch ohne ihn bewältigt werden könnte.

### Krise - Notfall

Um diese Unterscheidung treffen zu können, wird Krise hier definiert als die situative Belastungssituation, die der Betreffende in der Regel selbst bewältigen kann. Eine Unterstützung ist nicht erforderlich, aber hilfreich. Als Maßnahme genügt in der Regel eine Beratung. Eine Pathologische Krise ist zwar noch

kein Notfall, aber stellt eine Belastungssituation dar, in der die individuellen Bewältigungsstrategien zusammenbrechen. Eine Hilfe ist erforderlich, jedoch ohne unmittelbaren Zeitdruck. Die adäquate Maßnahme stellt die Einleitung einer Psychotherapie dar. Ein Notfall ist eine Belastungssituation, die mit einer Gefährdung von Leben und Gesundheit einhergeht. Sofortiges Handeln ist erforderlich. Die geeignete Maßnahme ist das rasche ärztliche 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).**

---

Es ist sinnvoll nach Dringlichkeitsstufen (Dubin, 1993) einen Absoluten, einen Relativen und Keinen Notfall zu unterscheiden.

Der *Absolute Notfall* erfordert schnelles ärztliches Handeln und Entscheiden. Er ist fast immer mit einer Klinikseinweisung verbunden.

#### **Absoluter Notfall:**

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

Dagegen wird beim *Relativen Notfall* der Arzt bzw. die Ärztin eine Klinikseinweisung nur in Ausnahmefällen vorsehen (etwa bei Volltrunkenheit eines Alleinstehenden zur Aspirationsvorbeugung) und die Möglichkeit nutzen, Angehörige in weitergehende Maßnahmen einzuweisen oder erwägen den Psychotherapeutischen Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (in Frankfurt) hinzuzuziehen.

#### **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

Wenn der bzw. die Notdiensttuende entscheidet, dass es sich um keinen Notfall handelt, dann kann er oder sie trotzdem den Psychotherapeutischen Notfalldienst einschalten, da für den Patienten zwar nicht zwingend sofortiges ärztliches Handeln erforderlich ist, aber der Ruf nach dem Notdienst eine psychische Krise verbergen kann, die ein psychotherapeutisch Sachkundiger am nächsten Tag einer adäquaten psychotherapeutischen Behandlung zuführen kann.

#### **Kein Notfall:**

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

---

**Merke: Ein Absoluter Notfall ist ein Medizinischer Notfall. Der/die erst-eintreffende Notdienstarzt/-ärztin trägt die Verantwortung und muss ärztlich handeln. Nur beim Relativen Notfall, der einen Aufschub zulässt, darf ein teilweise nichtärztlicher psychotherapeutischer Notdienst hinzugezogen werden.**

---

#### **Vorgehen beim psychiatrischen Notfall bzw. bei der Psychischen Krise**

Nach Schnyder (1993) betrifft der erste Schritt die **Situationsanalyse**. Liegt ein Notfall oder eine Krise bzw. liegt ein Absoluter oder ein Relativer Notfall vor? Worum geht es? Wie dringlich ist der Notfall? Ist eine Einweisung erforderlich? Muss die Polizei hinzugezogen werden? Bei der anschließenden **Kontaktaufnahme** mit dem Patienten ist

es notwendig ruhig und zielorientiert vorzugehen und die Angehörigen einzubeziehen. Bei der **Problemanalyse** macht sich der Arzt /die Ärztin ein Bild darüber, was passiert ist und fragt, was zur Dekompensation führte. Hierzu wird kursorisch die Eigen- und die Fremdanamnese erhoben. Um zu entscheiden, welche intellektuellen und persönlichen Ressourcen der Patient bzw. seine Angehörigen haben, wird die **Coping- und Ressourcenanalyse** durchgeführt. Wenn die Betroffenen kaum in der Lage oder willens sind, trotz ärztlicher Intervention an der Lösung ihrer Krise mitzuwirken und wenig absprachefähig sind, kann gelegentlich ein Relativer Notfall zu einem Absoluten werden mit der entsprechenden Konsequenz einer Klinikseinweisung. Hiermit wäre die **Problem- und Zieldefinition** angesprochen. Welche vorläufige Diagnose und Differentialdiagnose wird gestellt? Ergibt sich hieraus nach ärztlicher Einschätzung der Situation eine Abfolge von geplanten Schritte (z.B. Einweisung, Polizei, eventuell die sofortige Medikamentengabe)? Wie ist dem Patienten und seinen Angehörigen das geplante Vorgehen zu vermitteln?

### **Kurze Anmerkungen zur psychopathologischen Untersuchung**

Für die Entscheidung, ob ein Patient aus ärztlicher Sicht der dringenden Intervention und Einweisung in eine psychiatrische Klinik bedarf, ist es notwendig, sich mit den Grundzügen der psychopathologischen Untersuchung (Rubin, 1993, Scharfetter, 1995) vertraut zu machen. Zu unterscheiden sind die äußerlichen Merkmale, die der Arzt passiv durch Sehen, Hören und Riechen wahrnimmt (prima vista) und die aktiv zu eruiierenden psychischen Merkmale.

- Zu den sog. **Äußeren Merkmalen** zählen Erscheinung (Kleidung, Körperpflege, Wohnungszustand, Verhalten beim Eintreffen des Arztes), die Motorik (fein- und grobschlägiger Tremor bei Angst oder beim Delir, Agitiertheit bei Manie oder Depression oder bei Angstattacken, Verlangsamung bei Katatonie oder Parkinson), die Mimik

und Gestik. Schließlich die Sprache (Spontanes Reden, Verlangsamung bei der Depression oder Rededrang bei der Manie, eine verwaschene Sprache bei Intoxikation, Aphasie beim Apoplex, Wortsalat und Wortwiederholungen bei der Demenz).

- Zu den **Psychischen Merkmalen** gehört die Orientierung mit den vier Qualitäten zur Zeit („Was für ein Datum/Wochentag/Jahr haben wir heute?“), zum Ort („Wo befinden Sie sich hier?“), zur Person („Wann sind Sie geboren? Wer ist die Dame neben Ihnen?“), zur Situation („Was meinen Sie, warum ich zu Ihnen gerufen worden bin?“). Die Cognition betrifft das Gedächtnis (dieses ist bei Demenz, Angst und Depression beeinträchtigt) und die Konzentration (beeinträchtigt bei Demenz und Psychose) sowie das Urteilsvermögen (beeinträchtigt bei Demenz, Psychose, Delir). Man unterscheidet Störungen des formalen und des inhaltlichen Denkens. Kennzeichnend für die formale Denkstörung ist die Umständlichkeit (Psychose, Zwangsstörung), das Vorbeireden, die gelockerten Assoziationen; unzusammenhängende Gedanken (Schizophrenie), Gedankenflucht (Manie). Zur inhaltlichen Denkstörung zählen die Wahnideen (unkorrigierbares Festhalten an eigener Vorstellung), die Verfolgungs-/Größenideen (Schizophrenie, Manie, Alkoholintoxikation), der Verarmungswahn (Depression), die Beziehungsideen (die Dinge werden als bedeutvolle Zeichen erlebt: Schizophrenie), die Zwangsgedanken, -handlungen (Realitätsbezug bei Zwangsstörungen vorhanden, nicht bei Schizophrenen). Zur psychopathologischen Untersuchung gehört die Abschätzung der 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?“ Die Affektivität wird erfasst. Der Affekt ist der kurzlebige Ausdruck einer Stimmung (zufrieden, traurig, furcht-

sam, zornig). Flacher A. (Parkinson), labiler A. (Demenz, Manie). Störungen der Wahrnehmung erlauben eine Unterscheidung von neurotischer und psychotischer Genese bzw. exprimieren eine sonstige organische Ursache. Illusionäre Verken- nung (Drogen, Angststörung), akustische Halluzinationen bei Schizophrenie und Alkoholpsychose, optische Halluzinationen bei Delir, Drogenintoxikation., olfaktorische und gustatorische Halluzinationen bei Epilepsie.

Mit der psychopathologischen Diagnostik lassen sich spezielle Notfallsituationen (Kühn,1998) definieren und differentialdiagnostische Überlegungen (Brüne, 2000) anstellen. Diese betreffen die organischen Ursachen einer psychischen oder psychiatrischen Ursache, die stets abzugrenzen sind. Hieraus ergeben sich folgende Therapieempfehlungen: Bei psychischer Erregung wird eine Anxiolyse erforderlich sein, die möglichst die Differentialdiagnostik nicht beeinflussen sollte. Benzodiazepine haben sich als Notfallmedikation bewährt, wobei einer oralen, sublingualen Gabe von Lorazepam (Tavor 1 oder 2,5 mg) zur Anxiolyse der Vorzug gegeben werden sollte. Neuroleptika und Antidepressiva setzen verzögert ein und werden von Haloperidol und Levomepromazin u.ä. abgesehen nicht im Notfalldienst eingesetzt. (siehe auch Anhang). Bei älteren Patienten sind Kumulationseffekte zu beachten. Es ist abzuklären, ob die psychomotorische Unruhe primär internistische oder neurologische Ursachen hat. Stupurös-mutistische Zustände sind wegen der nicht ungefährlichen Katatonie ebenso ernst zu nehmen wie jegliches selbstverletzendes Verhalten, das auf latente oder (sub)akute Suizidalität hinweisen kann.

### **Typische Psychische Notfallsituationen im Ärztlichen Notfalldienst**

Der Arzt im Notfalldienst wird nicht mit Krankheitsentitäten, sondern mit Syndromen konfrontiert, die er diagnostisch Krankheitsbildern einordnet und, was entscheidend ist, durch die er Handlungsprioritäten definiert.

Da psychische Syndrome sich sowohl als Leitsymptome somatischer Krankheiten als auch als solcher mit rein psychischer Provenienz äußern können, möchte ich einige wichtige Syndrome unter differentialdiagnostischen und handlungsweisenden Aspekten kursorisch vorstellen.

### **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, der Manie, den Drogenintoxikationen, deliranten Zuständen

#### **Symptome:**

Hin- und Herlaufen, verbale und nonverbale aggressive Entgleisung wie Randalieren und Drohgebärden

#### **Maßnahmen:**

Beruhigendes Reden, auf Selbstschutz und Schutz der Umstehenden achten, Sedierung, notfalls Fixierung. Medikamente: Haloperidol 5 mg i.v., Diazepam 10 mg i.v. , 10 mg Psyquil oder 50 mg Atosil bei Drogenentzug, ggfs. Tavor expedit 2,5 oder 1 mg s.l., Diazepam 10 mg i.v.

### **Verwirrtheit**

#### **Vorkommen:**

Apoplex, Hypertensive Krise, Hypoglykämie, Medikamenten- Drogenintoxikation, Dementielles Syndrom

**Symptome:**

Beeinträchtigung von Denken, Gedächtnis und Wahrnehmung, Orientierung

**Maßnahmen:**

Klarheit, Beruhigung, somatische Ursachen ausschließen, evtl. Klinikseinweisung

**Delirante Syndrome****Vorkommen:**

Alkohol- Drogenentzug, Medikamentenintoxikation

**Symptome:**

Fluktuierende Bewusstseinslage, Beeinträchtigung des Denkens, Desorientiertheit, Verwirrtheit, Halluzinationen (optische), Illusionäre Verknennung, psychomotorische Unruhe, vegetative Störungen

**Maßnahmen:**

Haldol 5 mg zusammen mit Tavor i.v. oder s.l.

**Suizidalität**

Kaum ein anderes Problem dürfte die Ärztin und den Arzt im Ärztlichen Notfalldienst vor solche schwierige Entscheidungen stellen, wie das der Suizidalität. Zum einen wird Suizidalität von den Betroffenen oft nicht offen ausgesprochen, sondern muss erst vom Arzt einfühlend erfragt werden. Aber selbst wenn Selbstmordabsichten geäußert werden, muss die Klinikseinweisung mühselig im Einzelfall geprüft werden. Zwischen ernstzunehmender Suizidalität wie sie bei Psychosen und schweren Depressionen regelmäßig anzutreffen ist und der neurotischen Manipulation sind die Grenzen fließend. Wer nicht über eine ausreichende psychiatrische Aus- und Vorbildung verfügt, sollte im Zweifel immer eine Einweisung anstreben.

**Im Zweifelsfall ist bei Verdacht auf bestehende Suizidalität die Einweisung in die psychiatrische Klinik anzustreben.**

Die Eigen- und Fremdanamnese kann wegweisend sein. Bei einem notfallmäßig behandelten Suizidversuch in der Vorgeschichte, ist die Gefahr eines vollendeten Versuches 10x höher als in der Normalbevölkerung. Bei Kinder und Jugendlichen ist Suizidalität die

häufigste psychiatrische Notfallsituation.

Um den Grad der *Suizidalität* eines Patienten, einzuschätzen, ist es hilfreich eine **Einteilung** vorzunehmen. *Kein* oder ein *Relativer Notfall* besteht, wenn der Patient **Suizidgedanken** angibt oder auf Nachfrage bestätigt, jedoch noch keinen Selbsttötungsversuch unternommen hat und keine konkrete Suizidabsichten hat (genau nachfragen!). Da Suizidgedanken sich letztendlich zu einem echten Selbsttötungswunsch verdichten können, sind sie ernst zu nehmen. Eine Empfehlung, psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen und der Verweis auf entsprechende Rufnummern kann oft schon entlastend wirken. Noch ernster wird es, wenn ein **Suizidversuch** unternommen wird oder wurde, ohne wirklich sterben zu wollen (*Parasuizidalität*). Auch wenn man von drei Tabletten Aspirin nicht sterben kann, können es morgen schon drei Röhrchen Schlaftabletten sein! Der massive Hilferuf kann je nach Primärpersönlichkeit und dem Vorliegen einer originären psychiatrischen Krankheit in einen vollendeten Suizid münden. *Parasuizidalität* stellt einen Relativen Notfall dar (und wäre ein typischer Fall für den Psychotherapeutischen Notfalldienst in Frankfurt, da eine möglichst bald eingeleitete Psychotherapie für neurotisch Kranke in einer Psychischen Krise eine adäquate Behandlung darstellt). Bei einem **Suizidversuch**, um zu sterben (hochgradige Suizidalität) handelt es sich um einen *Absoluten Notfall*, der eine Klinikseinweisung erfordert.

Für den Notarzt/Notärztin vor Ort ist ein einfaches psychopathologisches Screening, wie es oben schematisch dargestellt wurde, zur Klärung der Frage, ob Suizidalität im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung auftritt, hilfreich. Hört der/die Betroffene Imperative Stimmen (z.B. eine Stimme einer nicht vorhandenen Person, die *unumstößliche Befehle* aussendet wie „Springe aus dem Fenster!“)? Leidet er/sie unter paranoiden Wahnideen? Liegen Denkstörungen vor? Imponiert ein depressiver, flacher Affekt, der zur ausgedrückten Hoffnungslosigkeit passt („Keine Alternative zum Suizid“)? Wird ein Verlust-

erlebnis berichtet, das tiefste Verzweiflung auslöst?

Bei akutem Suizidversuch kann der erstversorgende Arzt manchmal keine psychiatrische Anamnese erheben, weil die körperlichen Notmaßnahmen wie die ärztlich begleitete Notfalleinweisung, die Magenspülung, die chirurgische Versorgung, die Verständigung der Giftzentrale usw. Vorrang haben. Die psychiatrische Diagnostik sollte in diesem Fall aber von der Klinik zwecks adäquater Nachbehandlung nachgeholt werden sobald die körperliche Gefährdung nicht mehr besteht.

### **Einschätzung der Risikofaktoren und ihre Bewertung**

Die Einschätzung des Suizidrisikos eines Patienten im Ärztlichen Notfalldienst lässt sich erfassen, wenn pathologische und Umweltfaktoren anamnestisch systematisch erfragt und bewertet werden (Dubin, 1993. Wolfersdorf, 1993).

Das **Suizidrisiko** ist erhöht, wenn folgende Eigen- und fremdanamnestische Befunde erhoben werden:

- *In der Vorgeschichte:*

Psychose mit Halluzinationen, Depression, Suchterkrankung, bereits Suizidversuch(e), Schwere Schmerzanamnese, chronische oder terminale Erkrankungen, Insomnie

- *Im Sozialen Umfeld:*

Soziale Isolierung, getrennt lebend, bei psychisch Kranken nach stationärer Entlassung, erhöhtes Lebensalter, psychosoziale Stressoren (Arbeitslosigkeit, Verwahrlosung, traumatische Erlebnisse)

- *In der Persönlichkeit:*

Gestörte Impulskontrolle (Borderline, paranoide Persönlichkeitsstörung), Depression

- *Bei Suizidalem Verhalten mit erhöhter Selbsttötungstendenz:*

Diese liegt vor bei Ankündigung des Suizids in Form eines Abschiedsbriefes oder bei einem misslungenem bzw. unterbrochenem

Suizidversuch. Das Risiko lässt sich auch an der Wahl der Methode abschätzen. Sich die Pulsader aufschneiden oder sich Erhängen etc. ist risikobehafteter als das Einnehmen einer nicht letalen Tablettendosis. Auch die Wahl des Ortes gibt Aufschluss über den Grad des Selbsttötungsrisikos. Wenn der Suizidant es darauf anlegt, nicht gefunden zu werden (z. B. im Wald) ist das Suizidrisiko hochgradig.

- *Bei Psychischem Befund mit folgenden Merkmalen:*

Affektiv-kognitive und situative Einengung, Ambivalenz, Unfähigkeit, sich ernsthaft von Suizidabsichten zu distanzieren, Hoffnungslosigkeit, paranoid-halluzinatorisches Erleben

### **Vorgehen bei Verdacht auf Suizidalität**

Für ein zielorientiertes Handeln bei Suizidalität empfiehlt es sich, folgende Regeln zu beachten (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. Dieser bespricht mit der/den Betroffenen das weitere notwendige Vorgehen und gegebenenfalls weiter reichende Konfliktstrategien.
5. Aufgrund seiner eigenen Wut, die der Arzt im Umgang mit dem suizidalen Patienten empfindet, versteht er diese als die Wut des Patienten gegen sich selbst oder andere. So wird er besonnen handeln ohne gegen den Suizidanten feindselig zu werden (Wissen um Übertragung und Gegenübertragung).

## Die Krisenintervention bei suizidalen Krisen

lässt sich wie folgt zusammenfassen:

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

### Es gelten folgende Kriterien für die Klinikseinweisung:

- Der Patient ist psychotisch-wahnhaft oder (drogen)intoxikiert
- Er ist alleinstehend ohne soziale Unterstützung oder Einbindung
- Es persistieren Suizidgedanken bei fehlender Distanzierung trotz ärztlicher Intervention
- Die wiederholten Suizidversuche werden zunehmend gefährlicher

### Umgekehrt gelten folgende Kriterien zur Vermeidung der Klinikseinweisung:

- Das Suizidrisiko (Wiederholungsrisiko) ist als gering einzuschätzen
- Es ist eine Lösung der ursächlichen Krise in Sicht
- Die Impulskontrolle und Einsichtsfähigkeit sind ausreichend
- Es gibt emotional stützende, rund um die Uhr präsente Angehörige und Freunde
- Der Patient ist bereit, einen Psychiater o-

der einen erfahrenen Psychotherapeuten aufzusuchen

- Es besteht die Möglichkeit, einen Termin für den darauffolgenden Tag zu vereinbaren

Beim Umgang mit Patienten in suizidalen Krisen sollte die Ärztin/der Arzt im Notfalldienst mit den **rechtlichen Aspekten** vertraut sein (für Detailauskunft sei auf die Lehrbücher der Psychiatrie verwiesen). Bei anhaltender Suizidgefahr ist eine Unterbringung 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 vom Arzt (u. U. auch gegen dessen Empfehlung!), ob eine Unterbringung nach § 10HFEG vorgenommen werden muss.

Anmerkungen zum Schluss: Je dramatischer ein psychischer Ausnahmezustand ist, je mehr er zum psychiatrischen **Notfall** wird, um so eher wird auch ein psychiatrisch wenig versierter Arzt das einzig Richtige tun, in der Regel die sofortige Einweisung veranlassen. Je subtiler sich dagegen eine psychische **Krise** darstellt, um so eher ist eine große klinische Erfahrung in Diagnostik und Therapie erforderlich, um den Patienten einer adäquaten Therapie zuzuführen. Diese Fälle sind aber keine Notfälle im Sinne des Ärztlichen Notfalldienstes, die keinen Aufschub erdulden. Dazwischen gibt es eine unbestimmbare Grauzone, in der schwer abzuschätzen ist, ob ein Notfall vorliegt oder sich entwickeln kann oder ob eine psychische Krise nach Weggang des Notfallarztes dekomensieren kann. Am Beispiel der Suizidalen Krise sollte hier versucht werden, ärztliche Kolleginnen und Kollegen im Ärztlichen Notdienst Kriterien zu nennen, an Hand derer sie Entscheidungen in unübersichtlichen, psychischen Ausnahmesituationen ein wenig rationaler zu treffen können.

# 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-Expedit®	Tab 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=1ml (3x20/40mg)	Schlafstörung Verwirrung Psychomot. ↑ (Gerontopsych.)	Sedierung↑ Blutbildstörung
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↑ Blutbildstörung
Triflupromazin	Psyquil®	10/20mg Amp 10/25mg Drg 70mg Supp.(20mg im/5-20mg iv, 10.30mg p.o.	Antiemetikum	Psychoseverstärkung Anaphylaxie

## Anhang 2

1. Psychosozialer Krisendienst  
Tel: 069-611375 Mo -Fr 17-22.00 Uhr  
Sa/so/Feiertags 14-19.00 Uhr
2. Psychosozialer Bereitschaftsdienst des Stadtgesundheitsamtes  
069-21245100  
Mo-Do 8.30-15.00 Uhr  
Fr 8.30-15.00 Uhr
3. Stadtgesundheitsamt- Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Mo/Di/Fr 10.00-12.00 Uhr  
Tel: 069-212-38179  
Do 16.00-18.00 Uhr
4. Sozialpsychiatrischer Dienst des Stadtgesundheitsamtes  
Team Nord: 069-951158-31,-32,-34,-40  
Team Ost: 069-4699804-11,-12,-13  
Team Süd: 069-663706-11,-12,-13  
Team West: 069-300357-11,-12,-13

## 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.