


Markieren Sie Begriffe im Text um weitere Informationen zu erhalten.


 Drucken

 Beobachten

 Offline nutzen

› Psychiatrische Notfälle

# Psychiatrische Notfälle

 Carina Armgart

## **39.1 Syndromorientierte Akutzustände**

39.1.1 Angstsyndrom

39.1.2 Psychomotorisches Erregungssyndrom (Aggressivität)

39.1.3 Verwirrtheitssyndrom (Desorientierung)

## **39.2 Hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS)**

39.2.1 Delirantes Syndrom

39.2.2 Demenzen

## **39.3 Depressionen**

## **39.4 Suizidalität**

## Notfallmeldung

Die Rettungsleitstelle wird von der besorgten Ehefrau des Patienten alarmiert. Ihr 75-jähriger Ehemann habe vor 2 Tagen das Krankenhaus nach einer Routine-Operation verlassen und irre nun ziellos in der gemeinsamen Wohnung umher, sei aufgebracht, schwitze stark und zittere. Bereits heute Morgen habe sie diese Symptome festgestellt, jetzt in den Abendstunden habe sich der Zustand massiv verschlimmert. Der Disponent entsendet einen RTW zum Unfallort.

## Befund am Notfallort

Der Patient wirkt somnolent und reagiert nur verzögert und wortarm auf die konkrete Ansprache durch das Rettungspersonal. Eine psychomotorische Erregung ist nicht festzustellen. Beim Versuch einer Erstbeurteilung steht er plötzlich vom Sofa auf und läuft durch das Wohnzimmer, dabei wischt er permanent mit der Hand über seinen Oberschenkel. Bei Nachfrage des Rettungspersonals erschrickt er und beschreibt die kleinen Spinnenlarven, die überall auf seinen Beinen entlanghuschen würden. Auf die Frage, ob er wisse wo er sei, kann er keine Antwort geben und stellt das Sprechen wieder ein. Als die Ehefrau versucht, ihn zu überzeugen sich wieder hinzusetzen, wird er wütend und beschimpft sie. Es zeigt sich, dass er sie für die häusliche Reinigungskraft hält.

## Leitsymptome

Bewusstseinsstörung, Desorientierung, Verwirrtheit, optische Halluzinationen, psychomotorische Erregung.

- Der psychiatrische Notfall ist durch eine akute, schwerwiegende Störung des Denkens, der Stimmung, des Verhaltens und der sozialen Beziehungen gekennzeichnet.
- Eine Alarmierung erfolgt in vielen Fällen gegen den Willen des Patienten, was eine erhöhte Aggressivität und Störung der Kommunikation zur Folge haben kann. Häufig besteht keine Krankheitseinsicht.
- Es existieren unterschiedliche psychopathologische Symptome, die bei verschiedenen Störungsbildern auftreten und nur syndromorientiert behandelt werden können.
- Auch eine Vielzahl somatischer Symptome kann begleitend erscheinen (Psychosomatik).

## 39.1 Syndromorientierte Akutzustände

- Das Angstsyndrom ist gekennzeichnet durch ein Gefühl der Macht- und Hilflosigkeit, korrelierende physiologische Symptome wie Brustenge, Atemnot oder Tachykardie sind häufig. Basismaßnahme ist ein beruhigendes Gesprächsangebot (Zuwendung). Die Erklärung der physiologischen Symptome in Zusammenhang mit Angst sowie Ablenkung oder Bewegung ist hilfreich.
- Der psychomotorische Erregungszustand ist ein Zustand innerer Unruhe, der nicht adäquat verarbeitet werden kann. Er kann mit Fremdaggression einhergehen. Eine Untersuchung ist in diesem Zustand selten möglich. Der Patient darf auf keinen Fall durch Äußerungen provoziert werden, da die Gewaltbereitschaft hierdurch erhöht werden kann.
- Das Verwirrtheitssyndrom ist durch eine zeitliche, örtliche, personelle oder situative Desorientierung gekennzeichnet, ohne dass eine organische Ursache vorhanden ist (Ausschlussverfahren).

## 39.2 Hirnorganisches Psychosyndrom

- Als hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS) werden psychopathologische Syndrome bezeichnet, die aufgrund einer krankhaften Veränderung des Gehirns auftreten. Diese kann durch eine direkte Schädigung oder durch systemische Erkrankungen bedingt sein.
- Trotz unterschiedlicher Ursachen sind die erkennbaren Symptome gleich.
- Akute Psychosyndrome kennzeichnen sich durch einen plötzlichen Beginn mit Abklingen der Symptomatik nach gewisser Zeit, wohingegen chronische Psychosyndrome einen schleichenden Beginn und progredienten Verlauf aufweisen.
- Die rasche Symptomfluktuation ist ein typisches Zeichen eines akuten HOPS.
- Das delirante Syndrom ist gekennzeichnet durch eine mit vegetativen, psychomotorischen Störungen, Halluzinationen einhergehende Verwirrtheit. Leitsymptom ist die Bewusstseinsstörung.
- Die begleitenden vegetativen Störungen der Herz- und Kreislauffunktion können eine vitale Bedrohung darstellen.
- Demenzen sind eine Form des chronischen HOPS und gehen mit der Abnahme von Gedächtnis, Urteilsvermögen, Sprachstörungen sowie Persönlichkeitsveränderungen einher. Eine Bewusstseinsstörung liegt nicht vor.
- Häufiger sind ältere Patienten betroffen, was einen Transport in eine gerontopsychiatrische Klinik notwendig macht.

### 39.3 Depressionen

- Depressionen äußern sich durch eine gedrückte bzw. gefühllose Stimmungslage, gehemmtes Denken und einen verminderten Antrieb. Neben psychischen kann eine Vielzahl somatischer Symptome auftreten.
- Bei depressiven Patienten liegt oftmals eine erhöhte Suizidalität vor.

### 39.4 Suizidalität

- Suizidalität bezeichnet alle Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben.

- Sie tritt bei vielen psychischen Erkrankungen als begleitendes Symptom auf, ist in ihrer Entstehung jedoch multifaktoriell bedingt.
- Jede Drohung und jeder Suizidversuch ist ernst zu nehmen und bedarf einer psychiatrischen Behandlung.

Psychiatrische Notfälle zeichnen sich durch akute und schwerwiegende Störungen des **Denkens**, **Verhaltens** und **Handelns** der **Stimmung**, oder der **sozialen Beziehungen** aus. Durch einen krankheitsbedingten **Realitätsverlust** und **mangelnde Krankheitseinsicht** kann es zu einer erhöhten **Selbst- oder Fremdgefährdung** kommen. Psychiatrische Notfälle imponieren im Wesentlichen als akute Erregungs- und psychomotorische Unruhezustände sowie als selbstschädigendes oder suizidales Verhalten. Häufig wird der Rettungsdienst gegen den Willen des Patienten alarmiert und seinerseits die Behandlung als unsinnig oder sogar als massiv bedrohlich empfunden. Daher ist mit einem erhöhten Aggressionspotenzial zu rechnen. Hierin unterscheidet sich der psychiatrische Notfall grundlegend vom klassischen Notfall anderer Fachdisziplinen. Die **mangelnde Einsichtsfähigkeit** und verschiedenste Symptomkomplexe können außerdem dazu führen, dass der Patient den Kontakt zum Rettungsdienst verweigert und eine adäquate Kommunikation erschwert wird. Dadurch entsteht die Schwierigkeit einer konkreten Anamnese bzw. psychopathologische Auffälligkeiten einordnen zu können.

Auch wenn in den meisten Fällen die körperlichen Vitalfunktionen des Patienten nicht lebensbedrohlich gefährdet sind (Ausnahme: hirnorganische psychische Störungen), tritt durch den engen Zusammenhang von Körper und Psyche eine Vielzahl somatischer Symptome auf, was im Gegensatz zu oben Genanntem die Alarmierung des Rettungsdienstes zur Folge hat.

## Merke

Psychiatrische Notfälle werden mit gleicher Professionalität behandelt wie somatische Notfälle, da sie ebenfalls **lebensbedrohliche (hirnorganische) Ursachen** oder **Folgen (Suizidalität)** haben können.

Bei psychiatrischen Notfallpatienten lassen sich **diagnoseunabhängige psychopathologische Symptome** ausmachen (Tab. 39.1), deren entsprechende Anamnese und Beurteilung jedoch nicht dem Rettungsdienst, sondern fachpsychiatrischem Personal obliegt. Grundsätzlich steht bei psychiatrischen Notfällen die Behandlung bzw. Reduktion spezifischer syndromorientierter Akutzustände im Vordergrund. Dennoch können Verhalten und sprachliche Äußerungen des Patienten die Behandlung erschweren und mitunter auch das Rettungsdienstpersonal verwirren.

## Übersicht psychopathologischer Symptome

Tab. 39.1

Symptom	Erläuterung
<b>Bewusstseinsstörungen</b>	Veränderung der Bewusstseinslage entweder <b>quantitativ</b> (Vigilanzminderung) oder <b>qualitativ</b> (Verwirrtheit von Denken und Handeln, Steigerung des Intensitätserlebens von z. B. äußeren Reizen, traumhafte Veränderung des Erlebens)
<b>Orientierungsstörungen</b>	fehlende Kenntnis über zeitliche, räumliche, situative oder personelle Gegebenheiten
<b>Konzentrationsstörungen</b>	Beeinträchtigung der Fähigkeit, sich auf durch die Sinne vermittelten Eindrücke zu konzentrieren
<b>Gedächtnisstörungen</b>	Verminderung der Befähigung, alte und neue Gedächtnisinhalte wiederzugeben bzw. sich an diese zu erinnern. Geminderte Merkfähigkeit
<b>Denkstörungen</b>	<b>Formal:</b> Störung des Denkablaufs (plötzliches Abreißen des Gedankens, ständiges Wiederholen eines bestimmten Gedankens, verstandene Fragen des Rettungsdienstes werden mit anderen Inhalten beantwortet, Wortneuschöpfungen) <b>Inhaltlich:</b> subjektiv feste Überzeugung von einer falschen Beurteilung eines bestehenden Sinnesreizes bzw. der Realität, die im Widerspruch zum Erleben anderer steht (Wahn)

<b>Wahrnehmungsstörungen</b>	falsche Verarbeitung eines Sinnesreizes oder Halluzinationen auf allen Sinnesebenen ohne jeglichen Außenreiz, die dennoch für real gehalten werden (Stimmen hören, Rettungswagen mit Stromstößen, Käfer unter der Haut, Schmecken von vergiftetem Wasser)
<b>Ich-Störungen</b>	Entfremdungserlebnisse des eigenen Ichs: Körper(-teile) werden als fremd erlebt, Umgebung erscheint räumlich verändert, eigene Gedanken werden durch andere Personen generiert, gesteuert oder können ohne Aussprache gehört werden
<b>Affektivitätsstörungen</b>	Störung des Gefühlslebens und der Stimmungslage: rascher Wechsel der Stimmung, Gefühllosigkeit, innere Unruhe, übertriebene Gefühlszustände, Insuffizienzgefühle, Depressivität, Störung der Vitalgefühle, Wehklagen, gleichzeitiges Erleben von widersprüchlichen Gefühlen
<b>Antriebsstörungen</b> <b>Psychomotorische Störungen</b>	verminderte oder gesteigerte Aktivitätsbereitschaft: mangelnde Energie, ausbleibende Motorik, Verstummen ( <b>Mutismus</b> ), motorische Bewegungslosigkeit/Starrezustand ( <b>Stupor</b> ), übermäßiger Rededrang ( <b>Logorrhö</b> ), motorische Unruhe, Umherlaufen, Schreien, abnorme Bewegungen, Angst, Auto- und Fremdaggressivität

Zur Entstehung psychiatrischer Erkrankungen existieren verschiedenste Erklärungsansätze, eine abschließende Begründung ist noch nicht gefunden. Bislang wird von einem multifaktoriellen Entstehen – bestehend aus genetischer Veranlagung, Stoffwechselstörungen und belastende Lebensbedingungen – ausgegangen. Psychiatrische Erkrankungen können in jedem Lebensalter und bei allen Menschen auftreten.

## Merke

**Wahnzustände** und **Halluzinationen** sind **nicht diskutierbar**, da sie von dem

Patienten als real empfunden werden. Eine Überzeugung vom Gegenteil gelingt im akuten Fall nicht und vermindert die Kooperations- und Behandlungsbereitschaft.

## 39.1 Syndromorientierte Akutzustände

Eine Behandlung psychiatrischer Notfallpatienten kann sich im Rettungsdienst lediglich an erkennbaren **Syndromen (Symptomenkomplexe)** ausrichten. Die definitive Diagnosestellung bleibt stets der Klinik vorbehalten. Mit entsprechenden Gesprächen kann jedoch bereits eine enorme Entlastung der Patienten erreicht werden. Eine **nicht abwertende oder denunzierende Grundhaltung** ist dabei zwingende Voraussetzung.

Psychiatrische Notfälle sind ebenso ernst zu nehmen wie andere Notfälle, erfordern jedoch ein hohes Maß an Feingefühl, Sozial- und Persönlichkeitskompetenz und Empathie. Zur Basisbehandlung zählt neben einer verlässlichen und vertrauensbildenden Beziehung ebenso das geduldige wie beruhigende Zureden. Techniken zur Krisenintervention sind hilfreich und stabilisieren den Patienten bis zum Eintreffen in die entsprechende Fachklinik. Obwohl in den meisten Fällen eine stationäre Behandlung zwingend notwendig ist, sind ein schneller Transport und/oder die Androhung einer Unterbringung abzuwägen.

### 39.1.1 Angstsyndrom

Angst- oder Panikgefühle sind **unspezifische Symptome**, die im Rahmen vieler Erkrankungen aus dem psychiatrischen oder somatischen Ursachenkreis auftreten. Obwohl **Angst** zunächst eine sinnvolle physiologische Alarmreaktion des Organismus (z. B. Herzinfarkt) ist, tritt sie im Rahmen verschiedener psychiatrischer Erkrankungen oder Lebenskrisen ohne somatisches Korrelat auf. Dennoch lähmt die pathologische Angst körperliche und geistige Funktionsweisen und wird zunächst **auf körperlicher Ebene wahrgenommen**. Sie kann plötzlich, überall und völlig grundlos auftreten. Häufiger betroffen sind weibliche Patienten. Das Angstsyndrom stellt für sich allein keine Einsatzindikation dar, ist jedoch aufgrund seiner zunächst physiologisch wahrgenommenen Auswirkungen Grund für die Alarmierung des Rettungsdienstes. Da bei der Notrufaufnahme am Telefon keine Differenzierung der Symptome gegenüber somatischen Erkrankungen möglich ist, muss im Zweifelsfall der Rettungsdienst zum Patienten entsandt und eine Einschätzung vor Ort vorgenommen werden.



## Merke

Angstsyndrome erfordern den **Ausschluss** zahlreicher **somatischer Erkrankungen** (z. B. Herzinfarkt, akute Atemnot).

## Symptome

Angst ist ein Gefühl der Macht- und Hilflosigkeit einer Situation oder Person gegenüber und wird als erlebtes **Gefühl der Bedrohung** beschrieben. Der Patient befindet sich in einer Situation, von der er subjektiv überzeugt ist, dass er darin untergeht. Engegefühl in Brust oder Hals, das Gefühl des Ausgeliefertseins, allgemeine Unsicherheit, Benommenheit, Todesängste, Ohnmachtsgefühle und motorische Unruhe sind zu beobachten. Vegetative Störungen äußern sich in Blutdruckanstieg, Schwindel, retrosternalen oder abdominellen Schmerzen, Tachykardie, Atemnot, Schwitzen, Zittern, Parästhesien oder Mundtrockenheit.

## Therapie

Die wichtigste **Basismaßnahme** im Umgang mit einem Angstpatienten ist das **Gesprächsangebot**. Durch ein beruhigendes und ablenkendes Gespräch können Angstsymptome bereits reduziert werden. Für den Erfolg des Gesprächs ist aber nicht nur Zuwendung, sondern auch die Vermittlung von Ruhe und Sicherheit bedeutsam. Auch die Erklärung des physiologischen Zusammenhangs zwischen Angstgefühl und körperlicher Reaktion bzw. der zeitlichen Begrenzung dieses Zustands ist bereits angstlindernd, v. a. wenn die Symptomatik das erste Mal erlebt wird. Ebenso hilfreich ist **Bewegung**, da somit psychomotorische Erregungszustände abgebaut werden. Da präklinisch nur sehr schwer eine Differenzierung der Angstursachen möglich ist, müssen die Symptome, und damit die Angst des Patienten, ernst genommen werden. Notwendige technische Untersuchungen (z. B. EKG oder Pulsoxymetrie) müssen kurz erklärt werden. Die Begründung und Erklärung der technischen

Maßnahmen schafft Vertrauen und führt zu einer weiteren Beruhigung des Patienten.

Im Rahmen der **erweiterten Maßnahmen** benötigt der Angstpatient i. d. R. eine medikamentöse Therapie zur Angstbeseitigung (Anxiolyse). Sie darf nur durch einen Arzt durchgeführt werden. Zur schnellen Angstbeseitigung ist eine Benzodiazepin-Injektion (z. B. Valium<sup>®</sup>, Tavor<sup>®</sup>) Mittel der Wahl. Nach der Notfallbehandlung des Angstzustands ist eine weitere **diagnostische Klärung** durch einen **Psychiater** zu veranlassen, auch wenn der Patient durch die Wirkung der Anxiolyse beruhigt ist und sich keinen weiteren Maßnahmen mehr unterziehen möchte.

## Achtung

**Keine Gabe von Neuroleptika!**

## Schlagwort

### Angstsyndrom

#### Ursachen

- Plötzlich auftretende, unbegründete und anhaltende Angst vor Situationen, Gegenständen, Tätigkeiten oder Personen

#### Symptome

- Gefühl der Machtlosigkeit oder Hilflosigkeit
- Engegefühl in Brust oder Hals, Gefühl des Ausgeliefertseins, Unsicherheit, Benommenheit, Todesängste, Ohnmachtsgefühle, motorische Unruhe
- Vegetative Störungen

- Hypertonie, retrosternale und abdominale Schmerzen, Tachykardie, Atemnot, Schwitzen, Zittern, Parästhesien oder Mundtrockenheit

## Maßnahmen

### Monitoring

- AF, SpO<sub>2</sub>, Rekapillarierungszeit, Puls (peripher/zentral), RR, BZ, GCS, EKG, Temperatur

### Basismaßnahmen

- Beruhigendes Gespräch
- Psychoedukation über Angst und ihre Wirkung
- Hinweis auf zeitlich begrenztes Auftreten
- Ablenkung, Bewegung

### Erweiterte Maßnahmen

- i. v. Zugang und ggf. Laborblutentnahme

## Medikamente und Dosierungsempfehlungen

- Anxiolyse: z. B. 10 mg Valium<sup>®</sup> i. v. oder 0,5–1 mg Tavor<sup>®</sup> i. v., keine Neuroleptika

### 39.1.2 Psychomotorisches Erregungssyndrom (Aggressivität)

Psychische Vorgänge können sich auf den gesamten Bewegungsablauf eines Patienten auswirken. Innere **Anspannungszustände** äußern sich beispielsweise durch motorische Unruhe und reichen von ziellosen und ungerichteten Aktivitäten bis hin zur Tobsucht oder Aggressivität. Die Ursachen hierfür sind unterschiedlich und können in Konfliktsituationen, Angstreaktionen oder Drogen- bzw. Alkoholintoxikationen ihren Ursprung haben. Auch aus der konkreten Einsatzsituation heraus kann sich aggressives Verhalten entwickeln. So sind z. B. das

Überschreiten der Individualdistanz bei der Untersuchung, Überforderung und Ungewissheit, Einschränkung von Bewegungsfreiheit und Autonomie mögliche aggressionsauslösende Ereignisse.

## Achtung

Auch das **Verhalten oder Auftreten** des Rettungsdienstes selbst kann als Ursache für aggressives Verhalten infrage kommen. Der Patient darf auf keinen Fall durch Äußerungen oder Handlungen seitens des Rettungsdienstes provoziert werden.

## Symptome

Das Erscheinungsbild des Patienten ist durch laute, drohende Sprache und motorische Unruhe (Hin- und Herlaufen, Zittern, geballte Fäuste) gekennzeichnet. Er ist teilweise verbal und/oder körperlich aggressiv und richtet Attacken gegen Gegenstände oder Personen. In dieser Situation besteht die Gefahr gewalttätiger Handlungen gegen sich selbst (**Selbstgefährdung**) oder andere (**Fremdgefährdung**). Erste Hinweise für Gewaltbereitschaft sind z. B. Drohgebärden oder das Treten gegen Türen und Möbel.

Eine **Untersuchung** des Patienten ist in diesem Zustand **unmöglich**. Eine Eigenanamnese des Patienten wird nicht zu erheben sein. Er ist i. d. R. unkooperativ, krankheitsuneinsichtig, nicht behandlungsbereit und kann jederzeit auf Reizeinflüsse (z. B. unerwünschte Personen) ohne Vorwarnung reagieren.

## Merke

Die **Gewaltbereitschaft** des Patienten kann durch Wahnvorstellungen, die enthemmende Wirkung von Alkohol oder drogenbedingte Verkennung der Umwelt erhöht sein.

Daher muss sich das Vorgehen des Rettungsdienstes bis zum Eintreffen des Notarztes auf die Beobachtung von Verhalten und Äußerungen des Patienten beschränken. Hierbei ist vermehrt auf Eigenschutz zu achten. Ansprüche an eigene Fähigkeiten oder eine Beantwortung auftretender Gewalt mit Gewalt sind zu vermeiden. Auch **verbleibt kein Helfer allein** beim Patienten.

## Therapie

Der Umgang mit psychomotorisch auffälligen Patienten erfordert **Geduld** und **Besonnenheit**. Gleichwohl ist ein **klares und entschiedenes Vorgehen** mit dem Ziel der Behandlung erforderlich. Durch Gesprächsangebote muss der Patient von der Notwendigkeit der Maßnahmen überzeugt werden, was viel Zeit erfordert, aber im Vergleich zu einem drängenden oder forschenden Verhalten mehr Erfolg für einen gütlichen Ausgang verspricht. Ist dem Patienten der Sinn der zu ergreifenden Maßnahmen (z. B. EKG, i. v. Zugang) verständlich, lässt er oftmals nach einer gewissen Zeit Maßnahmen zu.

Auch die **Anwesenheit einer Bezugsperson** kann zur **Verschärfung der Situation** führen, wenn sich die Aggressivität des Patienten gerade gegen diese richtet. Ist das der Fall, sollten Angehörige im Rahmen des Erstkontakts mit dem Patienten aufgefordert werden, den Raum zu verlassen. Hierdurch ergibt sich die Gelegenheit, wichtige Informationen (z. B. Drogeneinfluss, Streit oder bekannte psychiatrische Erkrankung) ohne Wissen des Patienten zu erfahren (**Fremdanamnese**). Sollte der Patient randalieren oder bewaffnet sein, darf das Rettungsfachpersonal keinen Versuch unternehmen, sich dem Patienten zu nähern. Befindet es sich bereits im Raum, wird dieser umgehend mit ständigem Blickkontakt zu dem Patienten verlassen.

## Praxistipp

**Keinesfalls** wird der Raum **mit dem Rücken zum Patienten** verlassen.

Nach dem Eintreffen weiterer Hilfe (z. B. Polizei, Notarzt) trifft der Notarzt in **Absprache mit der Polizei** die Entscheidung, ob der Patient durch Gespräche beruhigt werden kann oder eine körperliche Fixierung mit medikamentöser Sedierung notwendig ist. Unter Bezug auf einen rechtfertigenden Notstand kann diese Maßnahme erfolgen. Besteht die Entscheidung zur Durchführung der **körperlichen Fixierung**, muss das Vorgehen im Voraus abgesprochen werden. Idealerweise arbeiten **sechs Helfer** zusammen. Ein Helfer (z. B. Notarzt) bereitet die Injektion vor, während die übrigen fünf jeweils eine Extremität und den Kopf festhalten. Nach einer kurzen Ablenkung des Patienten wird dieser überwältigt und mit Lederriemen (z. B. Gürtel) sicher fixiert. Anschließend wird durch den Notarzt eine intravenöse Injektion zur Beruhigung verabreicht. Als Medikamente stehen **Benzodiazepine** (z. B. Dormicum<sup>®</sup>) oder **Neuroleptika** (z. B. Atosil<sup>®</sup> oder Haldol<sup>®</sup>) zur Verfügung. Auf keinen Fall sollten Barbiturate oder Opiate zum Einsatz kommen, da diese aggressives Verhalten verstärken können.

Im Anschluss an die Sedierung ist der Patient in der stabilen Seitenlage zu lagern (Aspirationsschutz). Die Vitalfunktionen sind über ein Monitoring (EKG, Pulsoxymetrie) laufend zu kontrollieren. Daraufhin ist der Patient nach **Maßgabe des Unterbringungsgesetzes** des jeweiligen Bundeslandes für psychisch Kranke in eine psychiatrische Einrichtung einzuweisen.

## Schlagwort

# Psychomotorisches Erregungssyndrom (Aggressivität)

## Ursachen

- Konfliktsituation, Angstreaktion
- Drogen-, Alkoholintoxikationen, Wahn, Halluzinationen
- Einsatzbedingte Gegebenheiten (z. B. Überschreiten der Individualdistanz)

## Symptome

- Erregungszustand, Misstrauen

- Verbale oder körperliche Attacken auf Gegenstände oder Personen
- Störungen der Orientierung, des Denkens, der Wahrnehmung

## Maßnahmen

### **Monitoring**

- AF, SpO<sub>2</sub>, Rekapillarierungszeit, Puls (peripher/zentral), RR, BZ, GCS, EKG, Temperatur

### **Basismaßnahmen und Lagerung**

- Beruhigendes Gespräch
- Vertrauensaufbau
- Konstante und aufmerksame Beobachtung des Patienten (überschießende und überraschende Aggressionsdurchbrüche sind auch nach medikamentöser Sedierung möglich)

### **Erweiterte Maßnahmen**

- i. v. Zugang und ggf. Laborblutentnahme

## Medikamente und Dosierungsempfehlungen

### **• Psychomotorischer Erregungszustand (mit gerichteter Aggression/Gewalt)**

- Rapid Tranquilization, d. h. vorzugsweise Haloperidol (Haldol<sup>®</sup>), aber auch Benzodiazepine (Dormicum<sup>®</sup>), als Wiederholungsdosis bis zu 3-mal innerhalb kurzer Zeit (30–60 Min.)

### **• Psychomotorischer Erregungszustand (ohne Aggression)**

- Sedierung bei reaktivem Erregungszustand: z. B. Konfliktreaktion: 10 mg Valium<sup>®</sup>

i. v. oder 50 mg Atosil®

- Sedierung bei endogen bedingtem Erregungszustand: z. B. Psychosen: 5 mg Haldol® i. v.
- Sedierung bei exogen bedingtem Erregungszustand: z. B. Drogenintoxikationen: 10 mg Psyquil® oder 50 mg Atosil®

### 39.1.3 Verwirrtheitssyndrom (Desorientierung)

Verwirrheitszustände sind durch **Orientierungs-** und **Bewusstseinsstörungen** gekennzeichnet. Die Orientierungsstörungen können sowohl somatische als auch psychische Ursachen haben:

- **Somatische Orientierungsstörungen** treten insbesondere bei Patienten durch zerebrale (z. B. Apoplex), vaskuläre (z. B. Hypertension) oder metabolische (z. B. Hypoglykämie) Auslöser auf. Sie können aufgrund der organischen Ursachen zielgerichtet behandelt werden und müssen bei der Untersuchung des psychiatrischen Notfallpatienten immer als Ursache ausgeschlossen werden.
- Die **psychische Orientierungsstörung** ist dagegen durch eine zeitliche, örtliche, personelle oder situative Desorientierung gekennzeichnet, ohne dass eine organische Ursache vorliegt.

#### Achtung

Die Unkenntnis des genauen Kalenderdatums ist kein konkretes Indiz für eine Orientierungsstörung. Wichtig ist das **Wissen um den Wochentag.**

Symptome



Die Patienten sind wach und ansprechbar, eine pathologische Veränderung zeigt sich jedoch in Form von **qualitativen Bewusstseins-, Aufmerksamkeits-, Denk- oder Gedächtnisstörungen**. Die Verwirrtheit des Patienten kann als unzusammenhängendes und verworrenes Denken beobachtet werden, auch **Wahnvorstellungen** oder **Halluzinationen** können vorkommen. Sinnzusammenhänge können nicht mehr erfasst und ausgedrückt werden. Die Desorientierung des Patienten beschreibt die gestörte Wahrnehmung und Verarbeitung der Umwelt. Gerade ältere Patienten sind z. B. nach einem Umgebungswechsel (Umzug ins Altersheim) nicht in der Lage, die neue Situation angemessen zu verarbeiten.

## Merke

Das Leitsymptom der Verwirrtheit ist die **Störung der kognitiven Funktionen** wie Gedächtnis, Denken, Wahrnehmung und Aufmerksamkeit.

## Praxistipp

Um eine Bloßstellung und Insuffizienzgefühle des verwirrten Patienten bei der Überprüfung der Desorientierung zu vermeiden, sollte man die **Fragen** um das Wissen nach persönlichen Gegebenheiten, Tag, Ort und Situation **behutsam** in die Gesamtanamnese miteinfließen lassen.

## Therapie

Die **Basismaßnahmen** bestehen in verbaler Zuwendung, Kontrolle der Vitalfunktionen und der zeitgerechten Untersuchung auf somatische Ursachen (z. B. Blutzuckertest, Blutdruckmessung). Können somatische Ursachen ausgeschlossen werden und hält der Verwirrheitszustand an, muss der Patient einem **Facharzt für Psychiatrie** vorgestellt werden. Ist andererseits die Verwirrtheit

des Patienten vom Rettungsdienstpersonal nicht klar einer psychiatrischen Erkrankung zuzuordnen, sollte der Patient in das nächstgelegene Krankenhaus transportiert werden. Dort kann der weitere **Ausschluss organischer Ursachen** fortgeführt werden. Eine medikamentöse Therapie mit Neuroleptika am Notfallort sollte durch den Notarzt sehr genau abgewogen werden, da im Falle einer Kumulierung mit bereits eingenommenen Psychopharmaka die Neuroleptika zu einer Verstärkung der Desorientierung führen können.

## Schlagwort

# Verwirrtheitssyndrom (Desorientierung)

## Ursachen

- Zerebrale Störungen (z. B. Apoplex)
- Vaskuläre Störungen (z. B. Hypertonie)
- Metabolische Störungen (z. B. Hypoglykämie)
- Psychische Störung ohne organische Ursache

## Symptome

- Orientierungslosigkeit
- Sprachstörungen
- Verworrenes Denken
- Gedächtnisverlust, Gedächtnislücken
- Umtriebigkeit, Fahrigkeit

## Maßnahmen

## Monitoring

- AF, SpO<sub>2</sub>, Rekapillarierungszeit, Puls (peripher/zentral), RR, BZ, GCS, EKG, Temperatur

### **Basismaßnahmen und Lagerung**

- Beruhigendes Gespräch
- Vertrauensaufbau
- Untersuchung auf somatische Ursachen (z. B. Blutzucker-, Blutdruckmessung)

### **Erweiterte Maßnahmen**

- i. v. Zugang und ggf. Laborblutentnahme
- Können somatische Ursachen ausgeschlossen werden und hält der Verwirrheitszustand an, muss der Patient einem Facharzt für Psychiatrie vorgestellt werden.

### **Medikamente und Dosierungsempfehlungen**

- Symptomatische medikamentöse Therapie nur der somatischen Ursache (z. B. Glukose oder antihypertensive Therapie)

## **39.2 Hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS)**

Psychiatrischen Erkrankungen können in einigen Fällen auf klare organische Ursachen zurückgeführt werden. Als hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS) werden

**psychopathologische Syndrome** bezeichnet, die **aufgrund einer krankhaften**

**Veränderung** des Gehirns auftreten. Diese können primär durch eine direkte Schädigung des Gehirns oder sekundär durch systemische Erkrankungen bedingt sein, die sich auf das Gehirn auswirken (Kap. 33.10). In allen Fällen liegt eine zerebrale Schädigung (z. B. Strukturveränderung, Funktionsstörung) vor, die sich in den für psychische Prozesse zuständigen Bereichen Denken, Bewusstsein, Emotion, Verhalten lokalisiert. Trotz unterschiedlicher körperlicher Ursachen zeigen sich gleiche Symptome. Es kann ein progredienter oder akuter Verlauf beobachtet werden, der Aufschlüsse über die Ursache der Schädigung gibt. Somit kann das HOPS auch in „akute“ oder

„chronische“ Syndrome unterteilt werden:

- **Akute Psychosyndrome** zeichnen sich durch einen plötzlichen Beginn aus und klingen nach einer gewissen Zeit wieder ab. Im Vordergrund sind meist Unruhe und Angst bei dem Patienten vorzufinden. Charakteristisch sind fluktuierende Störungen der Gedanken (verlangsamt, verwirrt), Wahrnehmung (visuelle Halluzinationen), Psychomotorik (Unruhe, Nesteln) und Affektivität (Furcht, Angst), die nach Beseitigung der Ursache verschwinden.
- Demgegenüber haben **chronische Psychosyndrome** einen schleichenden Beginn und einen fortschreitenden, meist irreversiblen Verlauf. Klassische Syndrome, die dem HOPS zugeordnet werden, sind Demenzen, das Delir oder die Amnesie.

### 39.2.1 Delirantes Syndrom

Das delirante Syndrom bezeichnet ein **akutes organisches Psychosyndrom** aufgrund einer **akuten körperlichen Erkrankung**, dessen Leitsymptom die Bewusstseinsstörung (Bewusstseinsintrübung, Vigilanzminderung) ist. Es ist gekennzeichnet durch eine mit vegetativen Störungen, optischen Halluzinationen einhergehende Verwirrtheit. Ein delirantes Syndrom kann durch unterschiedliche Ursachen ausgelöst werden:

- Metabolische Störungen (z. B. Elektrolytstörungen, Hyper- und Hypoglykämie, Enzephalopathie, Hyperthyreose)
- Zirkulationsstörungen (z. B. Hypoxie, intrazerebrale Blutungen)
- Infektionen (z. B. Harnwegsinfekt, Sepsis, Meningitis)
- Trauma (SHT)
- Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabusus (Intoxikationen oder abrupter Entzug)
- Gleichzeitige Einnahme verschiedener Psychopharmaka (z. B. trizyklische Antidepressiva, Neuroleptika)
- Unkontrollierte Medikamenteneinnahme (z. B. Digitalis, Antihistaminika, Sympathomimetika)

#### Symptome

Das **auslösende Ereignis** führt anfangs zu vegetativen Störungen (z. B. Tremor, Übelkeit) und Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen) mit der Gefahr der zunehmenden vegetativen

Entgleisung. Die Gedanken des Patienten sind verwirrt und widersprüchlich, das Kurzzeitgedächtnis gestört. Die **Wahrnehmungsstörungen** in Form von oftmals optischen Halluzinationen (oft kleine sich bewegende Objekte) führen zu einer spezifischen motorischen Aktivität in Form von Nesteln oder „Fäden ziehen“ bzw. Unruhe. Die Psychomotorik ist verändert und äußert sich in einem Mangel oder Überschuss an Aktivität, verlängerter Reaktionszeit sowie einem vermehrten oder verminderten Rededrang. Delirante Patienten sind häufig desorientiert, sehr schreckhaft, reizbar, euphorisch oder apathisch und suggestibel. Klassisch lässt sich außerdem ein **veränderter „Schlaf-wach-Rhythmus“** feststellen, der mit Schlaflosigkeit, Tagesbenommenheit sowie Alpträumen einhergeht. Die Symptome des Delirs verschlimmern sich meist in den Abend- und Nachtstunden.

Die begleitenden **vegetativen Störungen** betreffen Herz- und Kreislauffunktion (Tachykardie, Hypertonie), die Temperaturregulation (Hyperthermie), den Wasser-Elektrolyt-Haushalt (Schwitzen, Entgleisung des Natrium-Kalium-Haushalts) und die zerebrale Krampfbereitschaft. Sie können in eine akute Lebensgefährdung einmünden.

## Merke

Das delirante Syndrom ist eine die **Vitalfunktionen bedrohende Erkrankung.**

## Praxistipp

Häufig äußern Patienten aus Angst vor einer Klinikeinweisung gegenüber dem Rettungspersonal, dass sie einen Entzug von psychotropen Substanzen zu Hause durchführen werden. Gerade hier ist eine **stationäre Aufnahme und Überwachung** umso wichtiger, da ein Delir lebensbedrohliche Folge sein kann.

Therapie

Die **Basismaßnahmen** zielen auf die Sicherung und Überwachung der Vitalfunktionen Atmung, Bewusstsein und Kreislauf. Die Durchführung eines EKG-Monitorings neben der Pulsoxymetrie, die Blutzuckerkontrolle und die kontinuierliche Blutdruckmessung sind obligat. Eine bestehende Hyperthermie des Patienten muss durch physikalische Maßnahmen (z. B. feuchte, kalte Tücher) vermindert werden.

Die **erweiterten Maßnahmen** zielen nach der Anlage eines venösen Zugangs auf die **medikamentöse Therapie**. Während ein leichtes Entzugssyndrom (Prädelir) i. d. R. keine spezielle Medikamentengabe erfordert, ist im Falle eines ausgeprägten deliranten Zustands eine medikamentöse Ruhigstellung des Patienten notwendig. Das Medikament der Wahl ist Haloperidol (z. B. Haldol®). Haldol® führt zu einer Verringerung der motorischen Unruhe und der psychotischen Symptome. Die Gabe von Clomethiazol (Distraneurin®) sollte der klinischen Behandlung vorbehalten bleiben. Jeder delirante Patient muss in eine Klinik eingewiesen werden.

## Schlagwort

# Delirantes Syndrom

## Ursachen

- Metabolische Störungen
- Zirkulationsstörungen
- Infektionen
- Schädel-Hirn-Trauma
- Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabusus (Intoxikationen oder abrupter Entzug)

## Symptome

- Zittern (Tremor)
- Tachykardie
- Übelkeit, Erbrechen

- Krämpfe
- Hyperthermie
- Desorientierung
- Psychomotorische Unruhe
- (Optische) Halluzinationen
- Gestörter Schlaf-wach-Rhythmus mit Symptomverschlimmerung in Abendstunden

## Maßnahmen

### **Monitoring**

- AF, SpO<sub>2</sub>, Rekapillarisierungszeit, Puls (peripher/zentral), RR, BZ, GCS, EKG, Temperatur

### **Basismaßnahmen und Lagerung**

- O<sub>2</sub>-Gabe über Maske oder Nasensonde 8–10 l/Min.
- Oberkörperhochlagerung (30–70° Drehpunkt Hüfte)
- Überprüfung und Sicherung der Vitalfunktionen
- Blutzuckerkontrolle
- Bei Hyperthermie physikalische Maßnahmen (z. B. feuchte, kalte Tücher)

### **Erweiterte Maßnahmen**

- i. v. Zugang und ggf. Laborblutentnahme
- In jedem Fall Klinikeinweisung

## Medikamente und Dosierungsempfehlungen

- Psychomotorische Dämpfung (z. B. 5–10 mg Haldol<sup>®</sup> i. v.)
- Distraneuringabe nur in der Klinik

## 39.2.2 Demenzen

Demenzen zählen zu den **chronisch-organischen Psychosyndromen**. Auch wenn Demenzen ebenfalls bei jüngeren Patienten auftreten können, sind am häufigsten ältere Patienten betroffen. Generell kann eine Zunahme psychiatrischer Notfälle im Alter gesehen werden, was z. T. durch den demografischen Wandel begründet ist.

Demenzen kann eine **Vielzahl organischer Ursachen** zugrunde liegen (z. B. Hirntraumen, Infektionen, Intoxikationen, Vitamin-Mangel-Zustände, Hypoglykämie, Leberinsuffizienz etc.) (Kap. 33.10).

### Merke

Die **Alzheimer-Demenz** ist eine bestimmte Form der Demenz. Die Ursache liegt in einer degenerativen Erkrankung des Gehirns. Sie ist die am häufigsten vorkommende Demenzform im Alter (ca. 60 %).

### Symptome

Charakteristisch ist das Auftreten **dreier Symptomkomplexe**:

- Zum einen liegen Gedächtnisstörungen vor, die sich vorerst auf die Lernfähigkeit neuer Inhalte und die Reproduktion von Erinnerungen auswirken. Auch zeitliche und räumliche Orientierungsschwierigkeiten sind möglich. Folge dieser **kognitiven Störungen** ist außerdem die Störung des abstrakten Denkens (Problemlösefähigkeit, Störung des Erkennens und Erklären von Zusammenhängen), wodurch auch die Kritik- und Urteilsfähigkeit eingeschränkt sein kann. Demzufolge sind ebenfalls paranoide Einbildungen oder Wahn möglich (z. B. Rettungsdienst hat die Geldbörse gestohlen, die im Flur lag).
- Als zweiter Komplex liegen **neuropsychologische Störungen (Werkzeugstörungen)** vor bzw. die **Beeinträchtigung von Kulturtechniken** (Lesen, Schreiben, Rechnen). Sowohl



Sprachverständnis als auch das Sprachvermögen können beeinträchtigt sein (z. B. Wortfindungsstörungen). In fortgeschrittenem Stadium erkennen Patienten Gegenstände und Personen nicht mehr oder sind nicht mehr in der Lage, komplexe Handlungsabläufe durchzuführen.

- Als dritter Symptomkomplex besteht eine **Veränderung der Persönlichkeit** mit einhergehender Änderung der Affektivität (z. B. depressive Symptome) sowie möglichen Defizite der Impulskontrolle (z. B. Aggression). Charakteristisch ist ein bestimmtes Vermeidungsverhalten, das die kognitiven Defizite zu verstecken versucht (z. B. Witze darüber machen, dass Fragen nicht beantwortet werden können). In Abgrenzung zum Delir treten die ähnlich anmutenden Symptome über einen längeren Zeitraum auf, eine Bewusstseinsstörung liegt nicht vor.

In den meisten Fällen erfolgt die Alarmierung des Rettungsdienstes nicht aufgrund der demenziellen Symptome, sondern aufgrund eines **akut medizinischen Notfalls** (z. B. Hypertonie, Herzbeschwerden, Schlaganfall etc.).

## Therapie

Die Behandlung und Anamnese des Patienten kann jedoch durch eine bestehende Demenz erschwert werden. Hier zählt neben der medizinischen Versorgung besonders ein sehr **empfindsamer Umgang** mit dem Patienten sowie seinen Angehörigen. Eine genaue Beschreibung der durchgeführten Maßnahmen sowie orientierungsgebende Informationen sind zu empfehlen, v. a. wenn der Patient bereits sehr desorientiert ist. **Das Unterlassen von Verleumdung** („Wir machen jetzt einen kleinen Ausflug, junger Mann“) ist obligat. Sollten als Alarmierungsgrund die Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur bzw. aggressive oder wahnhaftige Symptome im Vordergrund stehen, muss der Patienten in eine psychiatrische Klinik mit gerontopsychiatrischer Abteilung transportiert werden.

## 39.3 Depressionen

Depressionen zählen zu den affektiven Störungen und gehören zu den am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen. Vermehrt betroffen sind weibliche Patienten, wobei das durchschnittliche Ersterkrankungsalter bei beiden Geschlechtern zwischen 30 und 45 Jahren

liegt. Als Leitsymptome sind eine gedrückte Stimmung, gehemmtes Denken und ein verminderter Antrieb auszumachen. Zu den psychischen Symptomen kann auch eine Vielzahl somatischer auftreten, deren Korrelat den Patienten meist nicht bewusst ist. Depressionen können **einmalig (depressive Episode)** oder in **rezidivierenden Phasen** (> zwei depressive Episoden) auftreten. Auch können wechselhafte Stimmungsbilder vorkommen und die Patienten nach Abklingen einer depressiven Phase eine **manische Episode** (Phase mit übertrieben gehobener Stimmung) bekommen, was dem Krankheitsbild einer **bipolar-affektiven Störung** entspricht. Patienten mit Depressionen weisen zudem ein erhöhtes Risiko für verschiedene somatische Erkrankungen (z. B. KHK, Diabetes, COPD, Arthritis) auf.

## Merke

**Antidepressiva** wirken sich sowohl auf die Stimmung als auch auf den Antrieb aus. Ihre Wirkung setzt nach ca. 4–6 Wochen ein. Zunächst wird der Antrieb gesteigert, die Stimmung erst zeitlich versetzt gehoben. In dieser Phase kann ein erhöhtes Suizidrisiko auftreten. Auch können bestimmte Antidepressiva (z. B. Sertralin<sup>®</sup>) Suizidalität auslösen.

Bis zu 80 % der depressiven Patienten haben **Suizidgedanken**, daher muss in der Anamnese konkret nach solchen gefragt werden.

## Symptome

Der Patient ist in seinem Antrieb massiv gehemmt, interessen- und initiativlos und hat Entscheidungsschwierigkeiten. Angst und innere Unruhe können begleitend auftreten. Das Gefühl von innerer Leere (Gefühl der Gefühllosigkeit), Hilf- und Hoffnungslosigkeit sind charakteristisch. Häufig kommt es zu vermehrtem Grübeln, auch Wahnsymptome (Verarmungs-, Versündigungswahn) können vorhanden sein. Denkstörungen (gehemmtes Denken) und Konzentrationsstörungen kommen ebenfalls vor. Die Vitalität ist vermindert, die Patienten fühlen sich erschöpft. Häufig sind außerdem Schlafstörungen, einhergehend mit nächtlichem Gedankenkreisen und morgendlichem Früherwachen. Das Selbstwertgefühl ist erheblich

gemindert, eine negativ-pessimistische Sichtweise die eigene Zukunft betreffend feststellbar.

Neben **psychischen** kann eine Vielzahl **psychosomatischer Symptome** auftreten, was die Alarmierung des Rettungsdienstes zur Folge haben kann:

- Kopfschmerzen, Schwindel, Tinnitus
- Atembeschwerden und Atemnot, Engegefühl, Schluckbeschwerden
- Herzbeschwerden (Druck, Stechen oder Brennen, Herzjagen, Herzstolpern, Herzrhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck)
- Rückenschmerzen (v. a. bei weiblichen Patienten)
- Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit, Sodbrennen, Verstopfung, Diarrhö, krampf- und druckartiger Schmerz, Appetitlosigkeit mit massivem Gewichtsverlust in kurzer Zeit)
- Unterleibsbeschwerden (Zyklusstörungen, Krampf- und Druckschmerz im kleinen Becken, Reizblase, Libido- und Potenzstörungen)

## Therapie

Die **Basismaßnahmen** zielen auf die Abklärung der psychosomatischen Symptome in Hinblick auf den Ausschluss organischer Ursachen sowie auf die Kontrolle der Vitalfunktionen. Der präklinische Ausschluss körperlicher Erkrankungen ist jedoch in den meisten Fällen schwierig. In der (Fremd-)Anamnese und durch das Auftreten sowie die Art der Kommunikation des Patienten wird eine depressive Symptomatik jedoch oftmals deutlich. Hier ist ein empathisches Gespräch indiziert sowie ein klinischer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik meist notwendig. Suizidgedanken und -absichten sind immer abzuklären. Bei dem kleinsten Hinweis auf Selbstgefährdung ist ein Patient sofort in eine psychiatrische Klinik zu bringen.

Die **erweiterten Maßnahmen** zielen nach der Anlage eines venösen Zugangs auf die medikamentöse Therapie. Zur Reduktion psychomotorischer Unruhezustände empfiehlt sich Haloperidol (z. B. Haldol<sup>®</sup>). Als weitere Medikamente stehen Benzodiazepine (z. B. Valium<sup>®</sup>) zur Verfügung.

# Depressionen

## Ursachen

- Genetische Prädisposition
- Dysbalance der Neurotransmittersysteme
- Persönlichkeitsfaktoren
- Belastende Lebensereignisse, Krisen
- Entwicklungsfaktoren, Erziehung
- Soziale Isolation
- Aktuelle oder chronische körperliche Erkrankungen
- Depressionsauslösende Medikamente
- Physikalische Einwirkungen (Lichtentzug)

## Symptome

- Verminderter Antrieb
- Affektverflachung
- Negativ-pessimistische Zukunftsvisionen
- Denkhemmung
- Gestörter Schlafrhythmus mit morgendlichem Früherwachen, Albträumen, nächtlichem Grübeln
- Wahnsymptomatik
- Suizidalität
- Selbstzweifel
- Unterschiedliche Vitalstörungen

## Maßnahmen

### **Monitoring**

- AF, SpO<sub>2</sub>, Rekapillarierungszeit, Puls (peripher/zentral), RR, BZ, GCS, EKG,

Temperatur

## **Basismaßnahmen und Lagerung**

- Überprüfung und Sicherung der Vitalfunktionen

## **Erweiterte Maßnahmen**

- i. v. Zugang und ggf. Laborblutentnahme
- Im Falle von Suizidgedanken und -absichten in jedem Fall Klinikeinweisung

## Medikamente und Dosierungsempfehlungen

- Psychomotorische Dämpfung (z. B. 5–10 mg Haldol<sup>®</sup> i. v., 5 mg Valium<sup>®</sup> i. v.)

## 39.4 Suizidalität

Suizidgedanken und Suizidhandlungen werden unter dem wertneutralen Überbegriff Suizidalität zusammengefasst:

- **Suizidgedanken** sind dabei alle gedanklichen Vorgänge, in denen sich der Patient mit seinem selbst herbeigeführten Tod auseinandersetzt. Dabei kann es sich um flüchtige Gedanken oder die konkrete Planung des Suizids handeln. Auch wenn auf Suizidgedanken nicht zwingend ein Suizidversuch erfolgt, ist das Risiko erhöht.
- Unter dem Begriff **Suizidhandlungen** werden sowohl **Suizidversuche** als auch der **vollendete Suizid** verstanden. Suizidalität ist keine Erkrankung, sondern wird als Symptom oder Folge einer psychischen Erkrankung gesehen. Ob der Suizid als eine freie Entscheidung sowie als Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende (**Bilanzsuizid**) gesehen werden kann, ist umstritten.

In Deutschland kommt es jährlich zu etwa 10 000 Suiziden. Da in vielen Fällen die suizidale Absicht im Todesfall nicht ermittelt werden kann und viele Suizidmethoden nicht als solche erkannt werden (z. B. Unterlassen der Einnahme lebenswichtiger Medikamente), kann von einer

Dunkelziffer von ca. 30 % ausgegangen werden. Auf einen Suizid kommen schätzungsweise zehn Suizidversuche. Hierbei kommt es bei jüngeren (15–30 Jahre), weiblichen Patienten häufiger zu Suizidversuchen, bei männlichen zu vollendeten Suiziden. Vor allem im höheren Lebensalter (> 60 Jahre) wird ein Anstieg der Suizidrate verzeichnet, obwohl auch Suizide bei Kindern möglich sind.

Auch wenn Suizidalität bei allen Menschen gleichsam auftreten kann, wird sie durch unterschiedlichste Faktoren begünstigt und ist in ihrer Entstehung multifaktoriell. Häufig steht sie im Zusammenhang mit **psychischen Erkrankungen** (v. a. Depressionen, Suchterkrankungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung) und **psychosozialen Krisen**. Auch entwickelt sie sich in einem kontinuierlichen Verlauf, bei dem sich der Patient zunehmend nicht mehr von Suizidgedanken und konkreten Suizidabsichten und -plänen distanzieren kann und unter zunehmendem Handlungsdruck leidet. Die Beweggründe und Auslösesituationen sind dabei ebenso individuell wie der Patient selbst und von strukturellen Bedingungen und dem Erleben des Versagens eigener Bewältigungsmöglichkeiten abhängig.

Das **Suizidrisiko** eines Patienten abzuschätzen, gehört zu einer der schwierigsten und verantwortungsvollsten Aufgaben im Rettungsdienst. Aus rechtlichen Gründen obliegt die medizinische Einschätzung dem Notarzt, der jedoch ohne psychiatrische Vorerfahrung damit überfordert sein kann. Von daher ist bei jedem Verdacht auf Suizidalität die Untersuchung durch psychiatrisches Fachpersonal zwingend indiziert – notfalls auch gegen den Willen des Patienten.

## Merke

Jede Suiziddrohung und jeder Suizidversuch ist **ernst zu nehmen**. Die Wahl der jeweiligen Suizidmethode (z. B. Tablettenintoxikation) entscheidet außerdem nicht zwangsläufig über die Ernsthaftigkeit der Suizidabsicht.

## Therapie

Jedem suizidalen Patient sollte in sehr empathischer Weise begegnet werden – unabhängig

davon, ob seine gegenwärtige Situation nachvollzogen werden kann, die eigene Tagesform oder Überforderung mit der Situation das Gespräch möglicherweise beeinträchtigt. Ein erstes Gespräch als **Basismaßnahme** hat grundsätzlich die psychische Stabilisierung und Entlastung zum Ziel. Generell ist eine Suiziddrohung oder eine bereits ausgeführte Handlung als ein letzter Appell an eine menschliche Beziehung zu verstehen. Auch wenn die Authentizität des Rettungsdienstpersonals im Gespräch als oberste Instanz gesehen werden muss, ist die Vermeidung einiger Verhaltensweisen für eine adäquate Behandlung elementar. Die **Kooperation mit dem Patienten** ist zwingend notwendig, um möglichst günstige Bedingungen für die Einwilligung einer Krankenhauseinweisung zu schaffen. So sollte der Patient in all seinen Belangen ernst genommen werden, Ungeduld, vorschnelle Ratschläge und Trost, Verurteilungen, Belehrungen, Verallgemeinerungen oder das Herunterspielen der Situation sind zu vermeiden. Vielmehr empfiehlt es sich, den Patienten ernsthaft nach seiner Situation zu fragen und nicht problembehaftete Lebensbereiche zu finden bzw. im Gespräch den Blickwinkel auf vorhandene Ressourcen, die den Patienten bislang am Leben gehalten haben, zu lenken.

## Praxistipp

**Transparentes Handeln** („Ich komme nun ein bisschen näher zu Ihnen“) ist im Falle einer drohenden Suizidhandlung für das Rettungsdienstpersonal von großer Bedeutung. Der Patient sollte stets das Gefühl haben, dass er Herr der Lage ist.

Die **erweiterten Maßnahmen** richten sich auf die medikamentöse Entlastung durch Benzodiazepine (z. B. 2,5–5 mg Diazepam<sup>®</sup> i. v.) bzw. 5–10 mg Haldol<sup>®</sup> i. v. sowie das Hinzuziehen sozialer Bezugspersonen oder ausgebildeter Fachkräfte (z. B. Notfallseelsorge, KIT-Team etc.) als Unterstützung bei der Gesprächsführung.

Grundsätzlich muss klar sein, dass trotz aller Bemühungen des Rettungsdienstpersonals die Möglichkeit des anschließenden Suizids besteht, für den jedoch der Patient die alleinige Entscheidungsverantwortung trägt.

## Wiederholungsfragen

1. Wodurch zeichnet sich der psychiatrische Notfall aus (Kap. 39)?
2. Was versteht man unter psychopathologischen Symptomen (Kap. 39)?
3. Welche Maßnahmen sind beim Angstsyndrom hilfreich (Kap. 39.1.1)?
4. Worin besteht die Gefahr eines psychomotorischen Erregungszustands (Kap. 39.1.2)?
5. Wieso kann ein delirantes Syndrom für einen Patienten lebensbedrohlich sein (Kap. 39.2.1)?
6. Was versteht man unter einer Demenz (Kap. 39.2.2)?
7. Welche Symptome sind bei einer Depression zu erkennen (Kap. 39.3)?
8. Was sollte beim Umgang mit suizidalen Patienten beachtet werden (Kap. 39.4)?

## Auflösung des Fallbeispiels

### Verdachtsdiagnose

Delirantes Syndrom.

### Erstmaßnahmen

Da der Patient leicht aggressiv auf die Ehefrau reagiert und diese nicht erkennt, wird sie zunächst gebeten, in der Küche zu warten. Nach Eintreffen des nachalarmierten Notarztes wird durch einen Rettungsdienstmitarbeiter die Fremdanamnese des Patienten erhoben. Beim Patienten erfolgt nach beruhigendem Zureden zunächst die Erstbeurteilung nach dem ABCDE-Schema. Hierbei gibt es keinerlei Auffälligkeiten. Aufgrund der noch immer anhaltenden psychomotorischen Erregung und immer wiederkehrenden Halluzination werden nach Anlage eines venösen Zugangs zunächst 5




mg Haldol® durch den Notarzt verabreicht. Nach erstem Abklingen der Symptome wird der Patient in eine Klinik zur weiteren Untersuchung gebracht.


## Diagnose

Akutes organisches Psychosyndrom.

## Weiterführende Literatur

### **Althaus and Hegerl, 2004**

 D. Althaus

 U. Hegerl

Ursachen, Diagnose und Behandlung von Suizidalität

Nervenarzt , Auflage 75, 2004, Seite 1123 - 1134

### **Arold, 2004**

 V. Arold

Das Problem der Diagnostik psychischer Störungen in der Primärversorgung

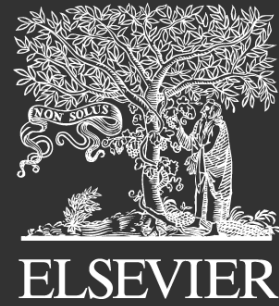
V. Arold A. Diefenbacher Psychiatrie in der klinischen Medizin 2004, Steinkopf

Darmstadt

### **Payk, 2002**

 T.R. Payk

Pathopsychologie. Vom Symptom zur Diagnose 2002, Springer Berlin/Wien



# Medizinwelten

[Abrechnung](#)

[Akupunktur](#)

[Allgemeinmedizin](#)

[Chirurgie](#)

[Gynäkologie](#)

[Heilpraktiker](#)

[Homöopathie](#)

[Innere Medizin](#)

[Klinikleitfaden](#)

[Naturheilverfahren](#)

[Onkologie](#)

[Osteopathie](#)

[Psychiatrie](#)

[Psychosomatik](#)

[Psychotherapie](#)

[Pädiatrie](#)

[Rettungsdienst](#)

[Sprachtherapie](#)

# Rechtliches

[Impressum](#)

[Datenschutz](#)

[User Guide](#)

[Elsevier AGB](#)

# Links

[Customer Service](#)

[Elsevier Portal](#)

[Elsevier Webshop](#)