

Sind psychiatrische Notfälle im Notarztdienst wirklich relevant?

PD Dr. Frank-Gerald Pajonk, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

Psychiatrischer Notfall - Definition:

- akutes Auftreten oder Exazerbation einer bestehenden psychiatrischen Störung
- mit unmittelbarer Gefährdung für Leben und Gesundheit des Betroffenen und/oder seiner Umgebung

Notarztindikation:

- *absolute*: hochgradiger Erregungszustand, Aggressivität, Gewalttätigkeit, erfolgter Suizidversuch, Suizidpläne (konkrete), konkrete Fremdtötungsabsichten, schwere Intoxikationen, Delir
- *relative*: Verwirrtheit, Entzugssyndrom ohne Delir, Suizidgedanken, Angst, Panik, akute Belastungsreaktion

Häufigste psychiatrische Notfälle:

- *Inzidenz im Notarztdienst*: 10-15%, über die letzten Jahre zunehmend, damit dritt- bzw. zweithäufigste Einsatzursache (Anm. AKN: Die für die angegebenen Zahlen zu Grunde liegende Zuordnung der Notfälle wurde kontrovers diskutiert)
- 70% NACA I-III, 30% NACA IV-VII; in rund 1/3 d. F. GCS <9
- Einsatzort: 50% private Wohnungen, 30% im Freien
- am häufigsten männliche Patienten zwischen 18-39 Jahre, grundsätzlich aber beide Geschlechter in allen Altersgruppen
- *Diagnosen*: Alkoholintoxikation, Verwirrtheit und Delir, psychomotorische Erregungszustände, Suizidalität, autistisch-stuporöse Zustände, paranoid-halluzinatorische Syndrome, maniforme und depressive Syndrome, akute Angstzustände, Intoxikationen, selten: penizöse Katatonie und malignes neuroleptisches Syndrom

Zugrunde liegende Ursachen:

- akute psychiatrische Krankheitsbilder, Dekompensation bei chronisch psychisch Kranken, akute psychosoziale Krisensituationen (z.B. Lebenskrisen, Verlustereignissen), somatische Erkrankungen mit sekundärer psychiatrischer Störung

Leitsymptome:

- *Störungen des Bewusstseins*: Koma, Sopor, Somnolenz, Delir, Verwirrungszustände, Dämmerungszustände
- *Störungen des Antriebs*: Erregungszustände, Autismus, Stupor, Negativismus
- *Störungen der Stimmung*: Manie, Depression

Risikofaktoren für psychiatrische Erkrankungen:

- *Alter < 30 Jahren*: psychosoziale Krise (z.B. situative Belastung, Verlusterlebnis, Kränkung)
- *Alter > 30 Jahren*: Depression, Alkoholabhängigkeit/-missbrauch, Schizophrenie, Borderline-Typ

Therapeutische Optionen:

- Management der Vitalfunktionen, pharmakologische und nichtpharmakologische Interventionen (Massnahmen der Basiskrisenintervention, s.u.)
- Differenzierter Einsatz von Benzodiazepinen u. Antipsychotika (*Übersicht: Anaesthesist 2003;52:577-585, Anm. M.B.*)
- Die prähospitalen Behandlung von psychiatrischen Notfällen ist bislang unzureichend, kann aber durch Schulungen verbessert werden. Entsprechende Schulungsprogramme befinden sich in Vorbereitung.

Suizidalität:

- 26% aller psychiatrischen Notfälle im NA-Dienst, zunehmend hohe Suizidversuchsrate bei jungen männlichen Patienten
- Suizidversuch als Warnhinweis, hohe Rezidivrate mit hoher Erfolgsrate bei nicht richtiger Behandlung
- Notarzt und Rettungsdienstpersonal stellen die Weichen für eine erfolgreiche weitere psychiatrisch gestützte Versorgung
- Einschätzung der Suizidalität durch klares An- und Aussprechen der Problematik

Basiskrisenintervention:

- Vorstellung, Beruhigung, Erklärung, respektvoller Körperkontakt, persönliche Beschäftigung, Kuschtier
- Vorsicht mit unbedachten Äußerungen, Verzicht auf Floskeln, kulturelle und religiöse Besonderheiten beachten
- nach Möglichkeit Einbezug der Angehörigen
- bei Todesereignissen: Möglichkeit geben Abschied zu nehmen
- Nachsorge einleiten (s. soziale Dienste)

Soziale Dienste:

- Sozialpsychiatrische Dienst, niedergelassene Psychotherapeuten, Telefonseelsorge, AIDS-, Drogen-, Obdachlosen-Hilfe, Frauenhäuser, Gesellschaft zur Erforschung des plötzlichen Säuglingstodes, Jugendamt, Schuldnerberatung, Selbsthilfegruppen

Rechtliche Situation:

- Es ist Aufgabe der Notfallmedizin Leben zu erhalten, Schmerzen zu beseitigen und zusätzliche Schädigungen zu verhindern.
- Die Entscheidung über Beginn, Dauer und Verzicht einer Therapie ist rein medizinisch.
- Es besteht keine Wahlfreiheit.
- Der Arzt ist verpflichtet zu helfen, andernfalls macht er sich der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) bzw. der Körperverletzung durch Unterlassung (§ 223 in Verbd. Mit § 13 StGB) schuldig.
- Behandlung und stationäre Einweisung gegen den Willen des Patienten sind rechtlich dadurch gerechtfertigt, dass die Mehrzahl der Suizidenten den suizidalen Akt in einem Zustand krankhafter Einschränkung der freien Willensbildung begeht.
- Gesetzliche Grundlagen divergieren in Abhängigkeit des Bundeslandes.
- Ein diagnostisches und therapeutisches Vorgehen (inkl. Transport) auch gegen den Willen des Patienten ist möglich, und zwar im Sinne der Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 677 BGB) bzw. ist straffrei im Rahmen des Rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB), wenn akute Gefahr für Leib und Leben für sich oder andere bzw. hierfür (unmittelbare bevorstehende) „Gefahr im Verzug“ besteht (Psych KG).