



PRIVAT-NERVEN-KLINIK
PRIVAT-NERVEN-KLINIK | DR. MED. KURT FONTHEIM | KRANKENHAUS EHEIM | TAGESKLINIK | INSTITUTEAMBULANZ | PRIVAT-NERVEN-KLINIK | DR. MED. KURT FONTHEIM



Psychiatrische Notfälle

Das Projekt und wir

Prof. Dr. med. Frank-Gerald Pajonk

Felix Bischof, Peter Flüchter

PRIVAT-NERVEN-KLINIK
DR. MED. KURT FONTHEIM

LIEBENBURG

www.klinik-dr-fontheim.de

Was sind psychiatrische Notfälle?



Kurzfristiger, akuter psychiatrischer und oft auch somato-medizinischer Hilfe im Sinne der Notfallmedizin bedürfen in der Regel folgende drei Populationen:

- Personen mit akuten psychiatrischen Krankheitsbildern
- Chronisch psychisch Kranke mit hohem Rückfallrisiko unter psychosozialer Belastung
- Personen in akuten psychosozialen Krisensituationen im Gefolge von schwer belastenden, lebensverändernden Ereignissen, vorwiegend Verlustereignissen
- Somatisch Kranke mit sekundärer psychiatrischer Störung
- Hochbetagte Patienten mit organischen Psychosyndromen
- Binge-drinking bei Jugendlichen



Psychiatrischer Notfall

- unmittelbarer Handlungszwang zur Abwendung von ***Lebensgefahr oder von anderen schwerwiegenden Folgen***
- erfordert eine sofortige, an der akuten Symptomatik orientierte, gezielte Therapie, um eine Gefahr für die Gesundheit des Patienten und evtl. anderer Personen abzuwenden
- Zustand meist auf Boden einer psychiatrischen ***Erkrankung***



Psychosoziale Krise

- selten durch direkte vitale Bedrohung gekennzeichnet
- Im Vordergrund steht das Fehlen oder das **Zusammenbrechen individueller u./o. sozialer Bewältigungsstrategien** im Rahmen belastender Krankheits- bzw. Umgebungsbedingungen

Psychiatrie und Notfallmedizin - Notfallpsychiatrie



Psychiatrische Notfälle

- Einsatzursache in ca. 10-15% aller Notarzteinsätzen
- ca. 2,5 Mio. Notarzteinsätze in Deutschland
 - ca. 250.000–400.000 versorgte psychiatrische Notfallpatienten/Jahr
- darüber hinaus Einsätze mit psychiatrischen Aspekten, z.B. bei „schwierigen“ Patienten oder Angehörigen; die Häufigkeit liegt nach Einschätzung von Notärzten und Rettungsfachpersonal bei insgesamt ca. 30-40% aller im Notarzt- und Rettungsdienst versorgten Patienten

Psychiatrie und Notfallmedizin - Notfallpsychiatrie



Diagnostik

- exakte Diagnose meist nicht möglich
 - deshalb: Syndromdiagnose
- Syndrome sind meist bereits psychopathologisch und ohne Kenntnisse der Vorgeschichte zu erkennen
- immer an organische Differenzialdiagnosen denken !!!
(z.B. Hypoglykämie)

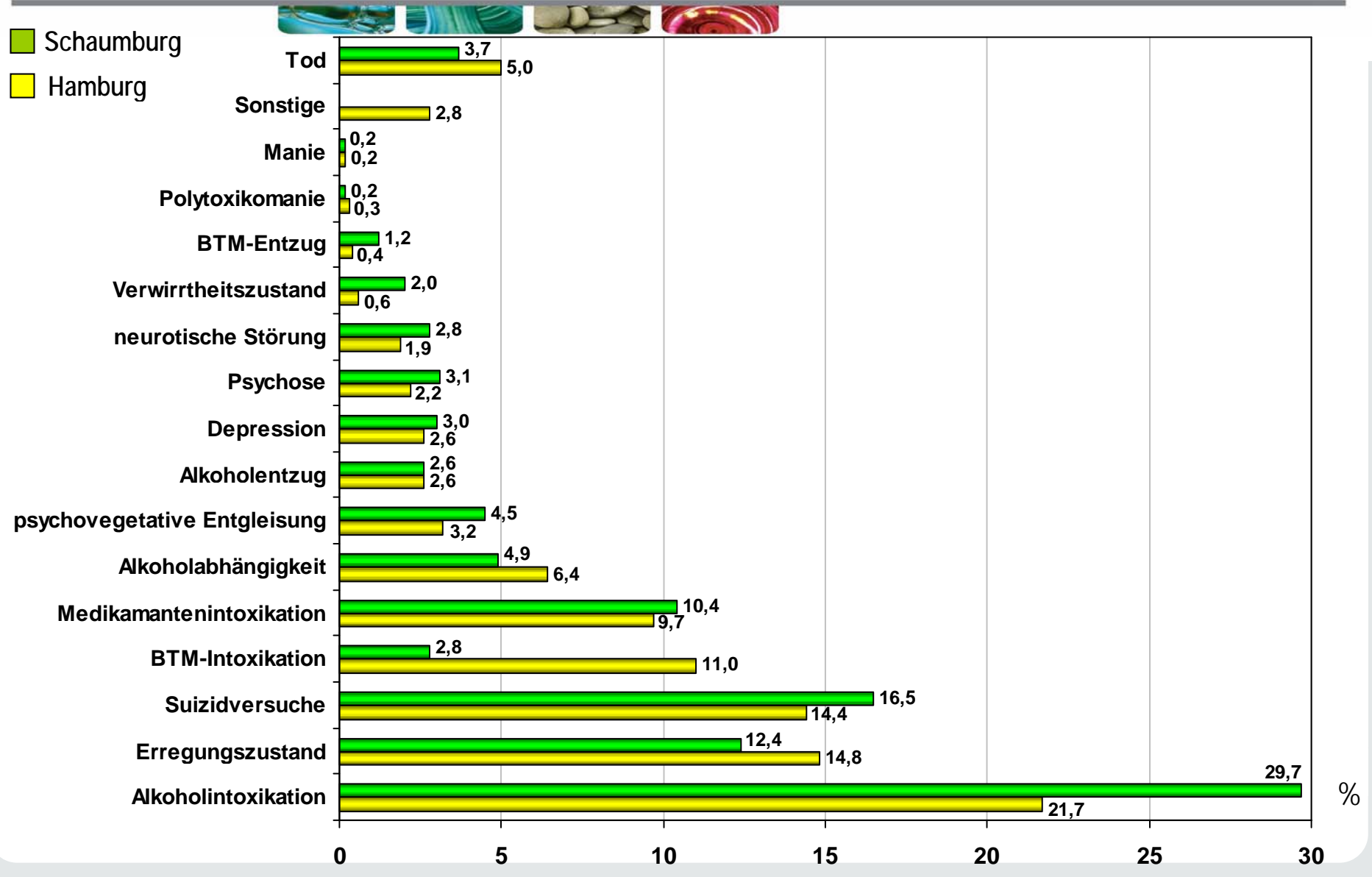
Psychiatrie und Notfallmedizin - Notfallpsychiatrie



Häufigste Diagnosen:

1. Störungen durch Alkohol und Drogen (ca. 50%)
2. Suizidalität (ca. 25%)
3. Erregungszustände (ca. 20-25%)

Diagnostische Zuordnungen psychiatrischer Patienten im Notarztdienst





Leitthema

Notfall Rettungsmed 2008 · 11537-546
DOI 10.1007/s10049-008-1075-z
© Springer Medizin Verlag 2008

Redaktion
F.-G.B. Paionk, Liebenburg
B. Dirks, Ulm

P. Tonn¹ · S. Reuter¹ · N. Gerlach² · N. Dahmen³ · F.-G.B. Pajonk⁴

¹ INVF – Institut für nervenärztliche Versorgungsforschung, Hamburg

² Psychiatrische Universitätsklinik, Mainz

³ Psychiatrische Klinik, Katzenelnbogen, Psychiatrische Universitätsklinik, Mainz

⁴ Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim, Liebenburg

Psychiatrische Patienten in der Notaufnahme

- mindestens 7,7% psychiatrische Patienten
 - davon nur ca. 20% durch den Notarzt oder Rettungsdienst gebracht
- geringe psychiatrische Fachkompetenz
- keine standardisierten Diagnostikinstrumente
- keine Therapiestandards
- Ca. 31% Alkoholintoxikationen
- Über 50% wurden stationär aufgenommen (vor allem wegen Demenz und Suizidalität)
- Mittlere Behandlungsdauer in der ZNA 123±97 (Median: 95) Minuten

Kropp et al. 2006, te Wildt et al. 2006

Ziegenbein et al. 2006, Kropp et al., 2005



Psychiatrische Notfälle

- werden als belastend und zeitraubend empfunden, u.a. da Notärzte und Rettungsdienstmitarbeiter bei Diagnostik und Therapie solcher Störungen unsicher sind, die Ausbildung hierfür unzureichend ist und ausführliche Schulungen zeitlich und organisatorisch kaum möglich sind.

Pajonk, Biberthaler et al. 1998; Pajonk, Riemenschneider et al. 2001

- hoher Bedarf in Entwicklung und Angebot von Schulungsmaßnahmen im Sinne von Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Pajonk, Gärtner et al. 2004; Pajonk, Lubda et al. 2004

Psychiatrie und Notfallmedizin - Notfallpsychiatrie



Psychiatrische Notfalluntersuchung

- orientiert sich an Bewusstseinszustand, Affekt und Antrieb
- Checkliste zur Statuserhebung
 - Bewusstsein: klar - verändert
 - Motorik: (nicht) vorhanden
 - Suizidalität: (nicht) vorhanden
 - Fremdgefährdung: (nicht) vorhanden
 - Krankheitseinsicht: (nicht) vorhanden
 - Produktive Symptome: (nicht) vorhanden

Psychiatrie und Notfallmedizin - Notfallpsychiatrie



Grundprinzipien der Therapie

- Diagnose und Therapie sind vorrangig symptomorientiert
- Bei allen psychiatrischen Notfällen ist zu beachten:
 1. Abstand halten
 2. Geschützten Rahmen schaffen
 3. Echtheit, positive Wertschätzung und Transparenz vermitteln
 4. „Gemeinsame Basis“ herstellen
 5. Mögliche Kränkungserlebnisse ansprechen
 6. Fremdgefährdung und Suizidalität abklären
 7. Psychotische Symptome abklären
 8. Weitere Schritte besprechen

Das Projektteam



Prof. Dr. med. F.-G. B. Pajonk

- Ärztlicher Leiter der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim, Liebenburg
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Notfallmedizin, Geriatrie
- mehrjährige Tätigkeit als Notarzt

Das Projektteam



Peter Flüchter

- Assistenzarzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Rettungssanitäter
- Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim, Liebenburg

Das Projektteam



Felix Bischof

- ab 02/10 Assistenzarzt für Anästhesiologie
- Rettungsassistent
- UKSH-Campus Lübeck, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Arbeitsgruppe Psychiatrie und Notfallmedizin

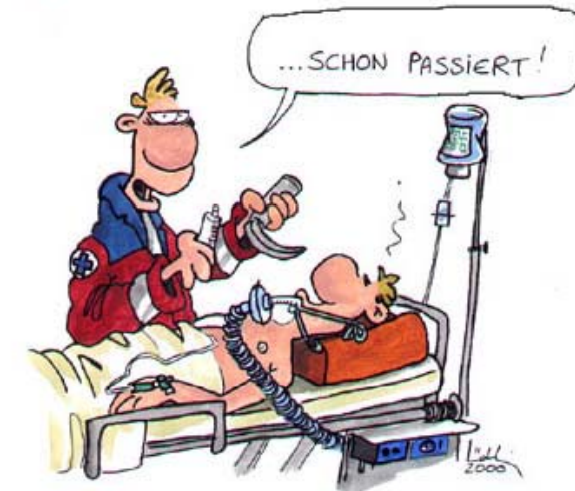


- Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim, Liebenburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums des Saarlandes
- Untersuchung zur Prävalenz psychiatrischer Notfälle (Pajonk, Bartels et al. 2001; Pajonk, Grünberg et al. 2001; Pajonk, Bartels et al. 2002; Pajonk, Schmitt et al. 2004)
- deren Bewertung durch Notärzte und Rettungsdienstmitarbeiter (Pajonk, Biberthaler et al. 1998; Pajonk, Gärtner et al. 2004; Pajonk, Lubda et al. 2004)
- Pharmakologischen Krisenintervention und Therapie (Pajonk et al. 2003, 2005).
- Entwicklung einer Systematik der psychologischen Krisenintervention für Notärzte und Rettungsfachpersonal (Pajonk, D'Amelio et al, 2005, 2006, 2008, 2009)

Arbeitsgruppe Psychiatrie und Notfallmedizin



- Nun sollen die theoretischen Grundlagen einer solchen Krisenintervention durch praktisches Training an lebensnahen Situationen erarbeitet und vertieft werden.





PRIVAT-NERVEN-KLINIK
PRIVAT-NERVEN-KLINIK | DR. MED. KURT FONTHEIM | KRANKENHAUS EHEIM | TAGESKLINIK | INSTITUTE/AMBULANZ | PRIVAT-NERVEN-KLINIK | DR. MED. KURT FONTHEIM



Psychiatrische Notfälle

Alkoholintoxikation

Prof. Dr. med. Frank-Gerald Pajonk

Felix Bischof, Peter Flüchter

PRIVAT-NERVEN-KLINIK
DR. MED. KURT FONTHEIM

LIEBENBURG

www.klinik-dr-fontheim.de

Alkoholintoxikation

Definition



- Die **Alkoholintoxikation (Alkoholvergiftung, C2-Abusus)** ist der übermäßige Konsum von Ethylalkohol (Ethanol), der das Bewusstsein und andere Körperfunktionen schwer beeinträchtigt
- Die konsumierte Menge kann je nach individueller Toleranzlage sehr unterschiedlich sein
- Alkoholintoxikationen können im Extremfall zum Tod durch Atemstillstand und/oder Kreislaufversagen führen.
- Abzugrenzen sind Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit

Alkoholintoxikation Epidemiologie



- ca. 50% der psychiatrischen Notfälle, die vom Notarzt versorgt werden, geschehen unter Beteiligung von Alkohol und Drogen
- ca. 30% aller psychiatrischen Notfälle machen akute Intoxikationen aus
 - ländlicher Bereich v.a. Alkoholintoxikation
 - Großstädte ca. ein Drittel aller Intoxikationen fallen unter das Betäubungsmittelgesetz
- Der Anteil alkoholbedingter Todesfälle an allen Todesfällen der Altersgruppe zwischen 35 und 65 Jahren beträgt bei Männern 35% und bei Frauen 13%
- 25% aller Suizide werden unter Einfluss oder Zuhilfenahme von Alkohol verübt



Alkoholintoxikation

Stadien



Stadien der Alkoholintoxikation:

- Stadium der Exzitation: 1-2 Promille Blutalkoholkonzentration
- Stadium der Hypnose: 2-2,5 Promille Blutalkoholkonzentration
- Stadium der Narkose: 2,5-4 Promille Blutalkoholkonzentration
- Stadium der Asphyxie: > 4 Promille Blutalkoholkonzentration

CAVE: Stadien und BAK sind keine feststehende Größe, da sie sich abhängig von der letzten Alkoholaufnahme noch nach oben verändern können

Alkoholintoxikation

Symptome



- **Verhaltensstörungen:** Kontrollverlust, Enthemmung
- **Neurologische Störungen:** Koordinationsstörungen, Artikulationsstörungen, Gedächtnislücken ("Filmriss", "blackout"), Ausfall der Schutzreflexe
- **Bewusstseinsstörungen:** Somnolenz, Stupor, Koma
- **Atemdepression**
- **Unterkühlung**
- Einnässen/Einkoten

Alkoholintoxikation

Diagnostik



- **Beobachtung:** z.B. um Paresen herauszufinden
- körperliche **Untersuchung:** Verletzungen, Frakturen, Stichwunden oder Hämatome, Flüssigkeitsstatus (Hautturgor)
- Erhebung der **Vitalparameter:** Blutdruck, Pupillenreaktion, Atemfunktion, Temperatur und Blutzucker
- **differentialdiagnostisch muss an Hypoglykämie gedacht werden**

Alkoholintoxikation

Gefahren



- Unterschätzung des Vorliegens und des Ausmaßes einer Intoxikation
- Symptome lassen keine Rückschlüsse auf die **Art und Menge eines konsumierten Suchtmittels** zu
- Letzter Zeitpunkt der C2-Aufnahme? CAVE: **Wirkmaximum**, verzögerte Resorption
- **Aspirationsgefahr** ab Stadium 2



Alkoholintoxikation Gefahren



- Stadien 1 und 2: extreme Reizbarkeit und **Aggressivität** möglich
- **Stürze** wegen der schweren Koordinations- und Gangstörungen
- Einschlafen, im Freien je nach Wetterlage **Auskühlung** bis zum Tod



Alkoholintoxikation

Differentialdiagnosen



- **Hypoglykämie!!!**
- **endokrin:** Coma diabeticum/hepaticum/uraemicum, Myxödem-Koma (Hypothyreose), thyreotoxische Krise, Addison-Krise
- **entzündlich:** Meningitis oder Encephalitis
- **Herz-Kreislauf:** hypertensive Krise, Schock
- **exogen:** Intoxikationen durch Drogen, Medikamente, Lösungsmittel und Schadstoffe, Unterkühlung, Exsikkose
- **Zentralnervensystem:** Akutes neurologisches Defizit (früher Apoplex/TIA), Schädelhirntrauma, cerebralen Blutungen, Multiple Sklerose, Hirntumor

Alkoholintoxikation

Maßnahmen und Therapie



- Stabile Seitenlagerung, Sicherung der Atemwege (ggf. Intubation, Oxygenierung)
- Absaugbereitschaft - Gefahr des Erbrechens und der Aspiration. (Häufig haben die Patienten bereits vor Eintreffen des Rettungsdienstes aspiriert)
- Wärmeerhalt: Decken, Aufwärmung des RTW, gewärmte Infusionslösung
- Therapie somatischer Probleme: z.B. Hypoglykämie, Hypovolämie
- entscheidend im Patientenumgang ist es, sich nicht provozieren zu lassen, sondern sachlich zu bleiben
- der agitierte intoxikierte Patient muss durch klares, freundliches Auftreten von therapeutischer Maßnahmen überzeugt werden

Alkoholintoxikation

Maßnahmen und Therapie



- Im Stadium der Exzitation Versuch einer Beruhigung („talk down“)
- im Stadium 1 und 2 kann eine Klinikeinweisung unterbleiben, es sollte aber eine weitere Überwachung durch die Angehörigen erfolgen (**CAVE**: letzte Alkoholaufnahme)
- Benzodiazepine mit Vorsicht einsetzen, Risiko einer Atemdepression
- hochpotente Antipsychotika wie z.B. 5-10 mg Haloperidol i.v. sind günstiger im Hinblick auf die geringere Atemdepression bzw. psychotische Symptomatik
- Auf eine medikamentösen Behandlung muss die Krankenhauseinweisung folgen
- bei unkooperativen oder selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten, ist der Notarzt berechtigt und verpflichtet, den Patienten auch gegen seinen Willen einzuweisen



PRIVAT-NERVEN-KLINIK
PRIVAT-NERVEN-KLINIK | DR. MED. KURT FONTHEIM | KRANKENHAUS EHEIM | TAGESKLINIK | INBESTIMMENSIBULANZ | PRIVAT-NERVEN-KLINIK | DR. MED. KURT FONTHEIM



Psychiatrische Notfälle

Erregungszustand

Prof. Dr. med. Frank-Gerald Pajonk

Felix Bischof, Peter Flüchter

PRIVAT-NERVEN-KLINIK
DR. MED. KURT FONTHEIM

LIEBENBURG

www.klinik-dr-fontheim.de

Erregungszustand



Häufigkeit

Psychiatrische Patienten weisen im Notarzteinsatz in bis zu 25% der Einsätze Erregungszustände auf, meist männliche Patienten

Definition

Erregung bezeichnet in der Medizin einen Zustand gesteigerter Funktionen auf geistig-seelischer oder auch motorischer Ebene

Erregungszustand



aus Tacuinum Sanitatis:
mittelalterlicher Bilderkodizes
auf Grundlage ist das Werk
Taqwim es-sihha aus dem 11.
Jahrhundert des nestorianisch-
christlichen Arztes Ibn Botlan.

Gewalt im Notarzt- und Rettungsdienst



Keine gesicherten Zahlen, der Anteil wird aber sehr niedrig sein

Gewalt gegen Ärzte



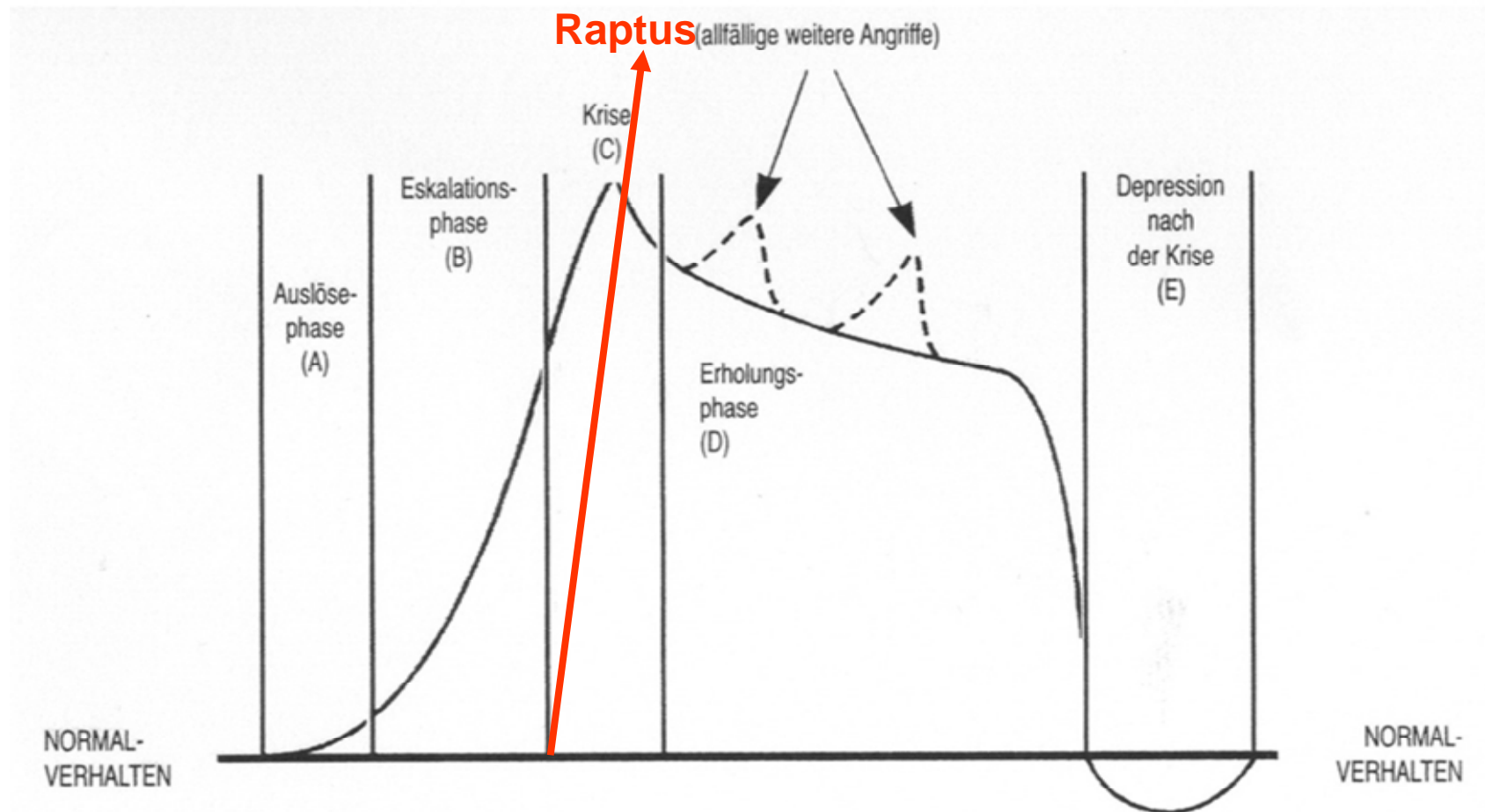
- Bis zu 11% der Ärzte werden durch aggressives Verhalten verletzt.
- Unter den Medizineren sind Psychiater in fast der Hälfte aller Gewaltverbrechen die Opfer.
- Die höchste Wahrscheinlichkeit, am Arbeitsplatz getötet zu werden, haben Taxifahrer, Verkäufer an Nachtschaltern, Polizisten und Psychiater.
- In soziodemographischen Problemgebieten ist das Risiko, Opfer einer Gewalttat zu werden, erhöht.
- In den USA sind vor allem Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, Opfer von Gewalt.
- Aggressivität und Gewalt ist bei psychisch Kranken besonders häufig
 - 31% Jahresprävalenz von Gewalthandlungen bei geistig Retardierten
 - 18% Jahresprävalenz von Gewalthandlungen bei Komorbidität von psychiatrischer Erkrankung und Drogenabhängigkeit
 - 40% der Psychiater berichten über persönliche Gewalterfahrungen im Dienst

Erregungszustand **Symptome**



- Antriebssteigerung - ausgeprägte Gespanntheit - motorische Unruhe
- aggressive Äußerungen und Handlungen, bis zu Kontrollverlust und affektive Enthemmung, die mit gewalttätigem Verhalten bis hin zur ziellosen Zerstörungswut einhergehen können
- Üblicherweise zeigen sich Prodromi, z.B. in Form innerer oder äußerer erkennbarer Unruhe und Gespanntheit im Ausdrucksverhalten
- möglich ist aber auch ein **raptusartiges Auftreten ohne wahrnehmbare Vorboten**

Die 5 Angriffsphasen



Erregungszustand

Ursachen



organisch

- **Schädel-Hirn-Trauma:** Sturzereignis, neurologische Herdsymptome, Verletzungen
- **postiktaler Dämmerungszustand:** Bewusstseins- und Wahrnehmungsstörungen und Desorientiertheit
- **Infektionen, immunsuppressive Erkrankungen, Enzephalitis:** Zephalgien, Fieber, Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, Herdsymptome
- **Hirntumore:** Persönlichkeitsveränderungen mit akuten Verhaltensauffälligkeiten, Cephalgien, Schwindel, Übelkeit, delirante Symptome
- **Hyperthyreose:** Exophthalmus, Tachykardie, Struma, Gewichtsverlust, Schwitzen, Insomnien, psychomotorische Unruhe
- **Hyperventilation:** Pfötchenstellung, akrenbetonte Parästhesien

Erregungszustand

Ursachen



psychiatrisch

- Intoxikationen und Entzugssyndrome (Drogen, Alkohol)
- schizophrene Psychosen, Affektive Störungen (Manie und agitierte Depression)
- psychogene Reaktionen im Rahmen von
 - akuten Belastungsstörungen,
 - Anpassungsstörungen,
 - posttraumatischen Belastungsstörungen,
 - somatoforme Störungen,
 - Persönlichkeitsstörungen,
 - Impulskontrollstörungen
- akute und chronische hirnorganische Psychosyndrome
 - Demenzen
 - Delir

Erregungszustand **Ursachen**



psychiatrisch

- **Manie:** gehobene bis gereizte Stimmungslage, gesteigerter Antrieb, sprunghafter oder ideenflüchtiger formaler Gedankengang, Logorrhoe, vermindertes Schlafbedürfnis, fehlende Krankheitseinsicht, Megalomanie sowie eingeschränkte Kritik- und Urteilsfähigkeit
- **Persönlichkeitsstörungen:** unkooperatives, provozierendes Verhalten; hartnäckige, kalkulierte wirkende Uneinsichtigkeit ()
- **agitierte Depression:** Vorliegen von Interessenverlust, gedrückter Stimmungslage, Antriebsminderung, innere Unruhe, vermindertes Selbstwertgefühl und Suizidalität

Anzeichen für eine erhöhte Fremdgefährdung



- Herrscht eine angespannte, bedrückte bis feindselige „Stimmung“ am Einsatzort?
- Sind Einrichtungsgegenstände in erreichbarer Nähe, die sich als Waffe eignen?
- Sind Zeichen von abgelaufener Gewalt erkennbar (z. B. beschädigte oder umgeworfene Einrichtungsgegenstände, „Durcheinander“ in der Wohnung?)
- Halten sich verängstigte oder sogar verletzte Personen am Einsatzort auf?
- Halten sich intoxikierte bzw. in ihrem Bewusstsein eingeschränkte Personen am Einsatzort auf?
- Wie (aggressiv) reagieren die Beteiligten auf eine direkte Ansprache?
Wie kooperativ verhalten sich die Beteiligten?

Erregungszustand Verhaltensgrundsätze



- **als erstes prüfen, ob ein erhöhtes Risiko für ein gewalttätiges Verhalten des Patienten vorliegt (Eigen- und Fremdgefährdung)**
- Ruhe und „einen kühlen Kopf“ bewahren
- nicht auf Provokationen einlassen
- keine Versprechungen machen
- sicheres und entschlossenes Auftreten und Handeln
- Situation und Patienten beruhigen, sprechen lassen und wertschätzend zuhören, ernst nehmen und ermutigen über Kränkungen zu sprechen, Besprechen auslösender Situationen
- Erklären des weiteren Vorgehens

Erregungszustand **Diagnostik**



- generell sollte bei psychiatrischen Erkrankungen eine internistisch-neurologische körperliche Diagnostik stattfinden!!!

besonderes Augenmerk

- Äußeres Erscheinungsbild (Einstichstellen, Kleidung, Verletzungen)
- Vegetative Elementarfunktionen (Puls, Atmung, Temperatur, Tremor, Hyperhidrosis, Hautfarbe und –turgor, Pupillen)
- Fremdanamnese (frühere Episoden, Familienanamnese, Vorbehandlung)
- Vorliegen von Denkstörungen, Halluzinationen, Ich-Störungen, katatonen Symptomen (z.B. bei Schizophrenie)
- aktuelle Psychopathologie (erhöhte Spannung, Erregung und/oder Angst, motorische Hyperaktivität, Suizidalität)
- Hinweise auf Gewalttätigkeit

Erregungszustand

Maßnahmen und Therapie



- Patienten über die Folgen von aggressiven Handlungen aufmerksam machen und ggf. Polizei hinzuziehen
- auf die geltende Rechtsgrundlage bei Selbst- und Fremdgefährdung (Psych-KG) verweisen
- ausreichende „Manpower“ bei Zwangsmaßnahmen
- Diazepam 5-10 mg i.v. CAVE: Intoxikationen, ggf. Intubationsbereitschaft
- bei Intoxikationen Haloperidol 5-10 mg i.v. oder i.m.
- Patienten aus dem Drogenmilieu oder mit bestehenden psychiatrischen Erkrankung benötigen z.T. viel höhere Dosierungen
- Eine Therapie mit Psychopharmaka sollte darum in der Regel nach der Wirkung dosiert werden



PRIVAT-NERVEN-KLINIK
PRIVAT-NERVEN-KLINIK | DR. MED. KURT FONTHEIM | KRANKENHAUS EHEIM | TAGELIENIK | INSTITUTE AMISULANZ | PRIVAT-NERVEN-KLINIK | DR. MED. KURT FONTHEIM



Psychiatrische Notfälle

Katatonie

Prof. Dr. med. Frank-Gerald Pajonk

Felix Bischof, Peter Flüchter

PRIVAT-NERVEN-KLINIK
DR. MED. KURT FONTHEIM

LIEBENBURG

www.klinik-dr-fontheim.de

Katatones Syndrom



Definition

- Psychiatrisches Krankheitsbild, das durch Störungen der Willkürmotorik gekennzeichnet ist
- Katatonie äußert sich in unnatürlichen, stark verkrampften Haltungen des ganzen Körpers oder Regungslosigkeit

Ursachen

- vor allem bei katatoner Schizophrenie und bei schwerer Depression, aber auch bei unterschiedlichen neurologischen Gehirnerkrankungen, Stoffwechselstörungen, Einwirkung von Alkohol und anderen Drogen, Drogenentzug

Katalepsie



Verlag von Julius Springer Berlin N.

Hellogr. Meisenbach, Riffarth & Co. Berlin.

TAFEL 32

Katatones Syndrom

Symptome



- **Motorische Hemmung bis Stupor:** Bewegungsstarre, Reaktionslosigkeit bei erhaltenem Bewußtsein und Wahrnehmung
- **Parakinesien:** eckige, disharmonische Willkürbewegungen
- **Stereotypien:** repetitive Bewegungen (hyperkinetisch), z.B. Grimassieren
- **Nachahmungsautomatie:** Echopraxie, Echolalie
- **Negativismus:** Widerstand gegenüber allen Aufforderungen oder Versuchen, sich zu bewegen
- **Mutismus:** beharrliches Schweigen
- **Katalepsie:** Beibehaltung der Körperstellung nach passiver Bewegung
- **Flexibilitas cerea:** wächserner Widerstand der Muskulatur bei passiver Bewegung, **Rigidität**, Haltungsverharren
- **Katatone Erregung:** starke psychomotorische Erregung mit Hyperkinesien und stereotypen Bewegungsabläufen (Schreien, Gestikulieren, Um-sich-schlagen, Aggressivität)

Katatones Syndrom

Diagnostik



- Anamnese (psychiatrisch **und** somatisch)
- Vitalparameter, Bewusstseinslage, BZ
- körperliche Untersuchung
- Allergien, Unverträglichkeiten, Medikamente, Drogen

- Aufgrund der vielfältigen möglichen Ursachen ist zur breiten neurologischen, internistischen und psychiatrischen Diagnostik eine Krankenhauseinweisung dringend erforderlich

Katatones Syndrom

Maßnahmen und Therapie



CAVE

wie beim Stupor mehr **Expressionsstörung** als Rezeptionsstörung, daher dem Patienten alle Maßnahmen erläutern, Vorsicht mit unbedachten Äußerungen

- bei überwiegendem **Negativismus**, Mutismus und stabilen Vitalparametern: scoop and run
- bei **Bewegungsanomalien**: Behandlung mit Lorazepam per os, i.m. oder i.v. bis 5mg
- bei **Erregung, Agitiertheit, Gewalttätigkeit**: Lorazepam bis 5mg, Diazepam bis 20mg, Haloperidol bis 10mg



PRIVAT-NERVEN-KLINIK
PRIVAT-NERVEN-KLINIK | DR. MED. KURT FONTHEIM | KRANKENHAUS EHEIM | TAGESKLINIK | INSTITUTEAMBULANZ | PRIVAT-NERVEN-KLINIK | DR. MED. KURT FONTHEIM



Psychiatrische Notfälle

Suizidalität

Prof. Dr. med. Frank-Gerald Pajonk

Felix Bischof, Peter Flüchter

PRIVAT-NERVEN-KLINIK
DR. MED. KURT FONTHEIM

LIEBENBURG

www.klinik-dr-fontheim.de

Suizidalität



- psychischer Zustand, in dem Gedanken, Phantasien, Impulse und Handlungen anhaltend, wiederholt oder in bestimmten krisenhaften Zuspitzungen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod herbeizuführen
- Suizidgedanken ohne den Wunsch nach Selbsttötung und drängenden Suizidgedanken mit konkreten Absichten und Plänen bis hin zu Vorbereitungen eines Suizids
- Suizidalität ist keine Krankheit, sondern Symptom eines zugrundeliegenden Problems
- der Patient erlebt sich meist als innerlich zerrissen und steht seinem Wunsch zu sterben oft ambivalent gegenüber
- der Suizid erscheint dieser Personengruppe als der einzige Ausweg.
- akute Suizidalität ist eine Indikation zu Diagnostik, Therapie und Transport auch gegen den Willen des Patienten (z.B. in eine psychiatrische Klinik)

Suizidalität



- **Suizid** = absichtliche Selbsttötung.
- **Suizidversuch** = Selbsttötung kann beabsichtigt sein oder „nur“ Ausdruck des Wunsches nach Ruhe
- **Parasuizid** = Impuls, sich zu verletzen ohne Tötungsabsicht
- **Suizidideen** = Nachdenken über Tod, Todeswünsche bis Pläne.
- **Erweiterter Suizid** = Tötung der eigenen und fremder Personen.

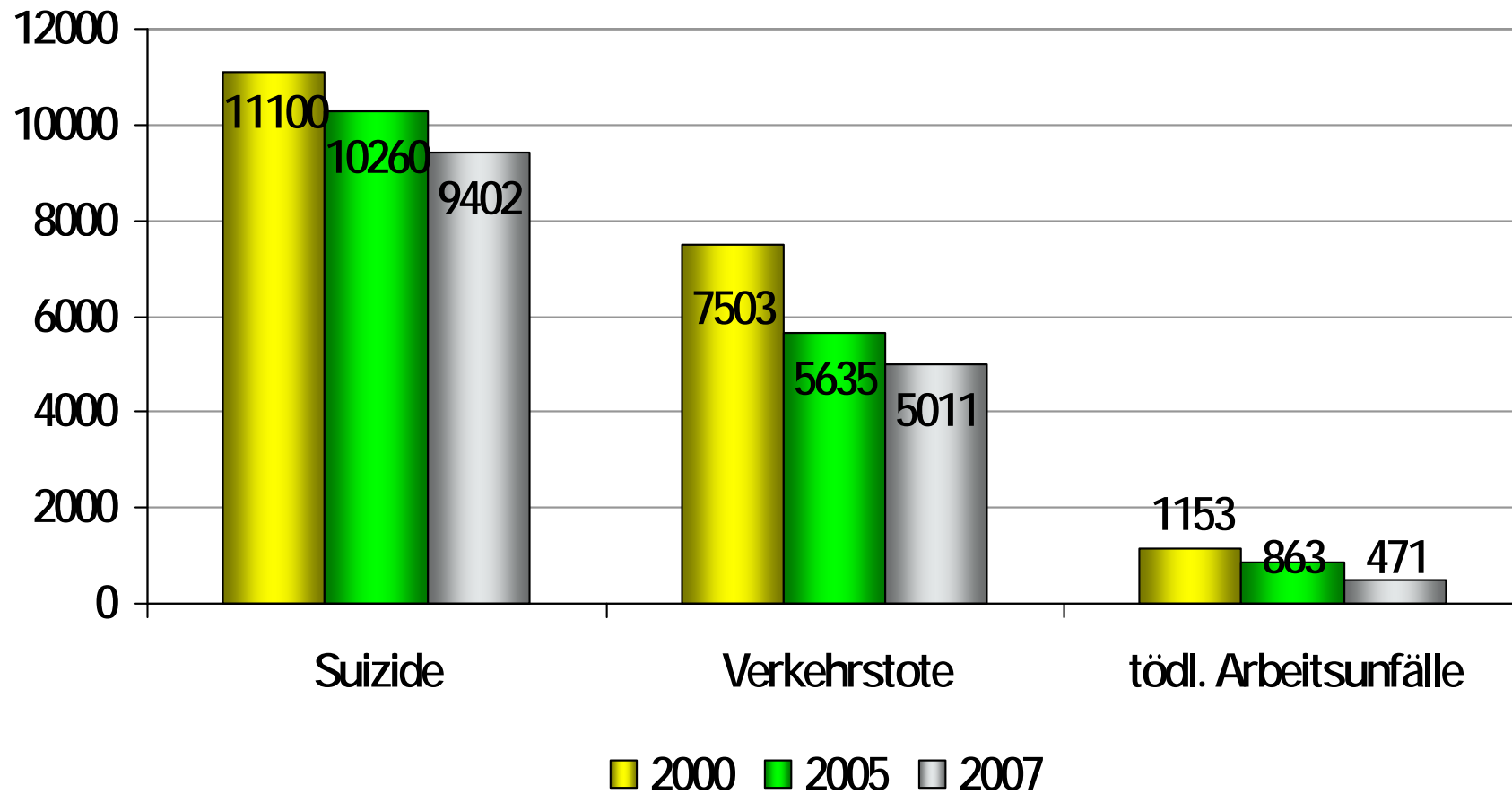
- Suizide können raptusartig auftreten (v.a. bei Schizophrenien, melancholische Depression), in der Regel aber findet sich eine suizidale Entwicklung



Das **präsuizidale Syndrom** ist gekennzeichnet durch:

- zunehmende Einengung von Verhalten, Affekt, zwischenmenschliche Beziehungen
- Aggressionsstau und Wendung der Aggression gegen das eigene Ich
- Selbstmordphantasien, -pläne und -impulse
- 80% der Menschen, die einen Suizidversuch begangen haben, haben ihn vorher angekündigt
- etwa 30-40% der Suizidopfer hatten einen SV in der Vorgeschichte

Relevanz von Suiziden in der Akutmedizin 2000 bis 2007



Statistisches Bundesamt

Suizidalität

Epidemiologie - Suizide



- pro Jahr 10.000 - 11.000 vollendete Suizide (σ : ♀ = 3 : 1)
- Suizidraten steigen mit zunehmendem Alter, höher in der Stadt, bei Alleinlebenden, Verwitweten, Geschiedenen und getrennt Lebenden
- im Frühling und Sommer häufen sich Suizide
- Jugendliche und junge Erwachsene: Suizide nach Unfällen die häufigste Todesursache
Kinder (< 12 a) 1,5/100.000, Jugendliche (< 20 a) 18/100.000
- ca. 98% der Suizidenten sind psychisch oder körperlich krank:
 - Schwere Depression ca. 20%,
 - Alkoholabhängigkeit ca. 12%,
 - Schizophrenie ca. 10%
- bei Suiziden überwiegen „harte“ Methoden wie Erhängen, Erschießen

Suizidalität

Epidemiologie - Suizidversuche



- Suizidversuche sind bis zu 40fach häufiger als Suizide (Schätzungen bei hoher Dunkelziffer)
- häufiger bei Frauen (3:1), in jüngeren Jahren
- bei Suizidversuchen überwiegen „weiche“ Methoden, wie Vergiftungen, „Schneiden“ aber auch Kfz-Unfälle (geschätzt werden ca. 1000 Unfälle /Jahr, in suizidaler Absicht)
- 25% aller Suizide werden unter Einfluss oder Zuhilfenahme von Alkohol verübt



Prädiktoren für suizidales Verhalten

- Vorangegangener SV
- Vorangegangene psychiatrische Behandlung
- Suchterkrankung
- Persönlichkeitsstörung

Kriterien für akute Suizidalität

- Krisensituation
- Suizidversuch oder –tendenz in letzten 2 Wochen
- Psychopathologisch:
 - Hoffnungslosigkeit, beängstigende Wahninhalte, Schuld- und Versagensgefühle
- Unmöglichkeit eine tragbare Beziehung aufzubauen

Suizidalität

Ursachen



- Krisen der Adoleszenz (Identitätskrisen, ...)
- Biographische Risiken
- Psychische Erkrankungen, Dissozialität, Drogenabusus, Angststörungen,
- **Auslöser**
 - Oft gering, z. B. Verbote, Leistungsversagen, Partnerschaftskonflikte
 - Klima von Angst und Panik
 - Komorbide Störungen

Suizidalität

Verlauf



- 12-35% der Patienten mit einem Suizidversuch (SV) begehen in den ersten 2 Jahre erneut einen SV
- 20-50% der vollendeten Suizide haben schon vorher einen SV unternommen
- Die Mehrheit der Patienten nach einem SV leiden im Verlauf gehäuft an Depressionen, Problemen am Arbeitsplatz und Partnerschaft, sozialer Isolation oder Vereinsamung

Suizidalität

Verhaltensgrundsätze



- **als erstes prüfen, ob ein erhöhtes Risiko für ein gewalttätiges Verhalten des Patienten vorliegt (Eigen- und Fremdgefährdung)**
- keine Versprechungen machen
- sicheres und entschlossenes Auftreten und Handeln
- Situation und Patienten beruhigen, sprechen lassen und wertschätzend zuhören, ernst nehmen und ermutigen über Kränkungen zu sprechen, Besprechen auslösender Situationen
- Erklären des weiteren Vorgehens

Suizidalität

Diagnostik



- Frage nach Suizidimpulsen, -plänen, Hoffnungslosigkeit oder Todessehnsucht, sowie ggf. Dynamik der Suizidalität
- Frühere Suizidabsichten oder –versuche
- Suizide oder SV in der Familie
- Bewältigungsstrategien, sozialer „background“, Religiosität
- Psychiatrische Erkrankungen
- Psychopathologischer Befund
- Somatische Erkrankungen
(v.a. Schmerzsyndrome, maligne Erkrankungen)

Suizidalität

Maßnahmen und Therapie



- Somatische Therapie bei Suizidversuch
- Krisenintervention → bereits die Frage nach evtl. Suizidabsichten entlastet den Patienten
- geltende Rechtsgrundlage bei Selbst- und Fremdgefährdung (Psych-KG)
- ggf. Psychopharmakotherapie

Suizidalität

Fehler im Umgang



- Nichtansprechen auf/von Suizidgedanken
- Hinweis auf Zeitmangel
- Belehrungen
- Bagatellisierung geäußerter Belastungen
- Nichterkennen von Dissimulation, Bagatellisierung von Suizidalität
- Diskussion der suizidalen Problematik mit Angehörigen ohne Einbeziehung des Patienten
- Unverbindliche Therapieempfehlungen