



# +Umgang mit psychiatrischen Notfallpatienten

# Ziel des Vortrages



## + Praktische Erstversorgung vor Ort

### 1. Erkennen

Besteht ein psychiatrischer Notfall? (PN)

### 2. Einordnen

Um welche Art von PN handelt es sich, womit muss ich rechnen?

### 3. Erstversorgung vor Ort

Was ist vor Ort zu tun - was darf ich, was muss ich?

Wohin soll der Patient - und wohin nicht?

Wie organisiere ich den Transport - mit wem?

Wann ist eine Medikation indiziert - und wann nicht?



- + Psychiatrische Notfälle sind die **dritthäufigste Ursache** für Notarzteinsätze
- + In **42%** wird die richtige Diagnose gestellt - in **58%** nicht!
- + Ärzte und Rettungsdienst sind nach ihrer Selbsteinschätzung in diesem Bereich **schlecht ausgebildet.**

Dtsch. Ärzteblatt Jhg. 98, Heft 24; Pajonk et al. 2001



- + Jeder Mensch ist **einmalig**, deshalb ist auch jeder psychiatrische Notfall einmalig!!
- + Es kann deshalb nur darum gehen, **Prinzipien** zu vermitteln, um Komplexes überschaubar und Handeln möglich zu machen.



## Erregung

z.B. Rededrang, Schreien, Unruhe, Anspannung, Angst, Getriebenheit, Tobsucht, Aggression verbal und nonverbal. Eigen-und Fremdgefährdung möglich

## Verwirrtheit

Orientierungsstörungen zu Person, Ort, Zeit, Situation, Bewußtseinsstörungen, oft gekoppelt mit Erregung.

## Stupor/ Mutismus

Mutismus= auf Ansprache keine verbale Antwort oder nur wenige Worte; Stupor= Mutismus+ kaum oder keine motorische Reaktion, keine oder nicht adäquate Reaktion auf äußere Reize. Eigen-und Fremdgefährdung möglich

## Suizidalität

z.B. Todeswunsch, Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidimpulse, Selbstverletzung. Eigen-und selten auch Fremdgefährdung möglich (z.B. erweiterter Suizid)



## Erregung

z.B. bei Intoxikation, Manie, Schizophrenie, Angst, Belastung, Hypoglykämie, OPS, etc.

## Verwirrtheit

meist organisch z.B. bei organischem Psychosyndrom (OPS), Entzugsdelir, nach Krampfanfall, internistisch, neurologisch, etc

## Stupor/ Mutismus

z.B. bei neurologischen Erkrankungen (z.B. Ischämie), Schizophrenie, Depression, Trauma, Belastung, etc

## Suizidalität

bei jeder psychischen Erkrankung möglich



# Besonderheiten psychiatrischer Notfälle



- + Anamnese oft schwierig
- + Der zeitliche Aufwand ist oft hoch
- + Diagnose häufig nur auf Syndromebene möglich
- + Häufig keine Krankheitseinsicht
- + Ablehnung medizinisch-psychologischer Hilfe, inklusive einer körperlichen Untersuchung
- + Helfer können im Notfall mit verschlossenen, abweisenden oder auch aggressiven Verhalten konfrontiert werden

# Indikationen für einen Hausbesuch



## unumgänglich bei

- Psychotischen, nicht kooperationsfähigen Menschen
- Akut suizidalen Menschen
- Akuten Familienproblemen, v.a. wenn Säuglinge und Kleinkinder mit betroffen sind

## sinnvoll bei

- Menschen, die in einen schweren Beziehungskonflikt verstrickt sind
- unklaren Situationen oder wenn es um Kinder geht
- verwaorlosten Patienten

nach Rupp 2010



# Prinzipien der Notfallintervention



- + Zeit nehmen
- + Ziel anstreben: Gefahr eingrenzen und Chance erkennen
- + Aktiv intervenieren und Ablauf moderieren
- + Auftrag klären und benennen
- + Von Schlüsselsyndromen ausgehen
- + Aufgabe auf Lösbarkeit eingrenzen und Prioritäten setzen
- + Kommunikationskompetenz beachten
- + Vernetzen
- + Lösungsorientiert, regressionsvermindernd intervenieren
- + Alle sofort verfügbare Ressourcen einsetzen
- + Methodisch vorgehen
- + Die erlebte Interaktion evaluieren

nach Rupp 2010

# Eigenes Verhalten



- + Vorstellung der eigenen Person und Funktion
- + Geduld
- + Eigene Haltung nach Möglichkeit: Radikales Akzeptieren
- + Gegenüber aggressiven Patienten forsches Auftreten und Provokation vermeiden
- + Der eigenen Angst vertrauen, dann Abstand halten und nicht alleine mit dem Patienten bleiben
- + Auch verwirrten, desorientierten oder psychotischen Patienten das Vorgehen erklären
- + Bei Diskrepanz von Anamnese und Fremdanamnese zunächst von der gefährlicheren Variante ausgehen
- + Patienten nicht „austricksen“

# Hinweise auf somatische Ursachen



- + Psychische Symptomatik meist **unspezifisch** (Verwirrung, Erregung)
- + Bewusstseinsstörung
- + Akute Orientierungsstörung
- + Fieber (Ausnahme katatone Schizophrenie)
- + Kopfschmerz
- + Vegetative Befunde (Ausnahme Panikattacke)
- + Neurologische Seitendifferenz

(Cave! „seitengleiche Hirnschädigung“ kann trotzdem die Ursache für eine organische Psychose sein)

# Wann und wohin einweisen?



## + Gefährdung?

1. Besteht aufgrund einer **somatischen Erkrankung**, die sich auch in psychischen Symptomen äußert, eine Gefährdung für die Gesundheit?

Begründeter Verdacht >> Einweisung **Medizin/Neurologie**

2. Besteht aufgrund einer **psychischen Erkrankung** - bei fehlendem Hinweis auf eine somatische Erkrankung - eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung?

Begründeter Verdacht >> Einweisung zuerst in die **Psychiatrie**

**Bewusstseinsstörungen** und **akut auftretende Orientierungsstörungen** sind nicht primär psychiatrisch sondern **somatisch** verursacht

Einweisung zunächst in die Medizin/Neurologie

# Zwangseinweisungen




- + Patienten **müssen** gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden, wenn sie:
  1. sich und/oder andere **unmittelbar gefährden** und
  2. die Gefährdung durch eine **psychiatrische Störung** ausgelöst wurde und
  3. Die **Behandlung** oder Einweisung **ablehnen**

# Zwangseinweisungen



- + PsychKHG bei **unmittelbarer** Selbst- und/oder Fremdgefährdung durch dafür bestellte **Ärzte (in psychiatrischen Kliniken)** unter Mithilfe der Polizei
- + Zivilrecht (**BGB § 1906**) bei **unmittelbarer Selbstgefährdung** und/oder zum Zwecke der **Heilbehandlung** durch einen **Betreuer**, auch mit Unterstützung der Polizei



## Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) Informationen für die örtlichen Ordnungsbehörden und die Polizeibehörden über das PsychKHG vom 4. Mai 2017

Am **01. August 2017** trat das Gesetz zur Regelung des Rechts, der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten, PsychKHG **in** Kraft.

Gleichzeitig tritt das hessische Freiheitsentziehungsgesetz, HFEG **außer** Kraft.

Die bisher in § 10 HFEG getroffene Befugnis der örtlichen Ordnungsbehörden und der Polizeibehörden zur sofortigen Ingewahrsamnahme unterzubringender Personen wird dann durch die in

- **§ 32 Abs. 4, HSOG** (Hessisches Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung)

geregelter **vorläufige Ingewahrsamnahme** und die in

- **§ 17 Abs. 1 PsychKHG** geregelte **sofortige vorläufige Unterbringung** ersetzt.

## § 32 HSOG – Gewahrsam



- (1) Die Polizeibehörden können eine Person in Gewahrsam nehmen, wenn dies
- 1. zum Schutz der Person gegen eine Gefahr für Leib oder Leben erforderlich ist, insbesondere weil die Person sich erkennbar in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand oder sonst in hilfloser Lage befindet,
  - 2. unerlässlich ist, um die unmittelbar bevorstehende Begehung oder Fortsetzung einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit mit erheblicher Bedeutung für die Allgemeinheit zu verhindern,
  - 3. unerlässlich ist, um Maßnahmen nach § 31 durchzusetzen, oder
  - 4. unerlässlich ist, um private Rechte zu schützen und eine Festnahme und Vorführung der Person nach den §§ 229, 230 Abs. 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches ohne polizeiliches Einschreiten zulässig wäre.
- (2) Die Polizeibehörden können Minderjährige, die sich der Obhut der Sorgeberechtigten entzogen haben, in Gewahrsam nehmen, um sie den Sorgeberechtigten oder dem Jugendamt zuzuführen.
- (3) Die Polizeibehörden können eine Person, die aus dem Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregel der Besserung und Sicherung entwichen ist oder sich sonst ohne Erlaubnis außerhalb der Justizvollzugsanstalt aufhält, in Gewahrsam nehmen und in die Anstalt zurückbringen.



## § 32 HSOG – Gewahrsam



### als Abs. 4 wird angefügt:

+(4) Die örtlichen Ordnungsbehörden und die Polizeibehörden können eine Person, für die die Voraussetzungen für eine sofortige vorläufige Unterbringung nach § 17 Abs. 1 Satz 1 des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes vom 4. Mai 2017 vorliegen, vorläufig **in Gewahrsam nehmen und in ein psychiatrisches Krankenhaus** nach § 10 Abs. 1 bis 3 des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes **oder im Falle einer somatischen Behandlungsbedürftigkeit vorübergehend in ein Allgemeinkrankenhaus** bringen; § 17 Abs. 1 Satz 2 des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und § 33 Abs. 1 Satz 2 gelten entsprechend. Sie können eine Person, die nach § 9 Abs. 1 oder § 17 Abs. 1 des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes untergebracht ist und sich ohne Erlaubnis außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses aufhält, dorthin zurückbringen.

# Erregungszustand



- + psychomotorische Unruhe, Agitiertheit, häufig Fremd- und Autoaggression, Anspannung, Angst, Misstrauen, oft Wahn und Halluzinationen.
- + Jüngere: HW auf eine (beginnende) Schizophrenie mit oder ohne Substanzmissbrauch, Kokainpsychose
- + Ältere: eher organische Störungen ausschließen

# Was muss ich tun?



- + Wenn Sie der Meinung sind, eine Person stelle eine unmittelbare Gefahr für sich und/oder andere Menschen dar aufgrund einer psychischen Erkrankung, dann bitten sie die Polizei gemäß § 32 HSOG, Abs. 4 die Person in dem dafür zuständigen psychiatrischen Krankenhaus vorzustellen.

# Erregungszustand - Sofortmaßnahmen



- + sicheres Auftreten und beruhigender Zuspruch
- + Klärung der Ursache/des Auslösers
- + ständige Überwachung
- + (bei unbekannter Ätiologie Haloperidol und/oder Diazepam/Lorazepam)
- + **CAVE!** Erregungszustände können kurzfristig abklingen und so ein trügerisches Bild entstehen lassen

# Verwirrtheit



- + **Bewusstseinsstörung** mit Desorientierung  
verwirrtem Denken
- + häufig organische Grunderkrankung, z. B.
- + **internistisch** >> D.m.; Herzinsuffizienz; Myokard-infarkt; Hyperthyreose, Hepatopathie, Fieber...
- + **neurologisch** >> M. Parkinson; Epilepsie; Hirninsult mit Aphasie
- + **dementielle** >> höheres Alter; Gedächtnisminderung; Wesensänderung; Alkoholabusus
- + Trauma oder akute Intoxikation
- + Wichtige DD wegen akuter Therapie:
- + Hypo- Hyperglykämie; kardiopulmonale Insuffizienz; Intoxikation

**CAVE!** Vor ‚Motten‘ und ‚Flöhen‘

# Suizidalität



- + Ca. **10000** Menschen versterben in Deutschland jährlich durch einen Suizid
- + **98%** sind beim Suizid psychisch oder körperlich krank:

Depression	40-60%
Alkoholabhängk.	20%
Schizophrenie	10%
- + Risiko steigt mit zunehmendem **Alter**
- + Männer > Frau (2-3:1)
- + **Prädiktoren:**  
psychische Erkrankung; Stadt; neue Bundesländer;  
allein lebend; verwitwet, geschieden, getrennt  
lebend

# Suizidalität - Fragen



- + Immer nach Suizidalität fragen!!!
- + Haben Sie in letzter Zeit Gedanken an den Tod, wollten sterben, tot sein, ihre Ruhe haben?
- + Haben Sie in letzter Zeit auch daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?
- + Haben sich die Gedanken auch aufgedrängt?
- + Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie sich das Leben nehmen wollen?
- + Haben Sie Vorbereitungen getroffen?
- + Haben Sie einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen?

# Suizidalität - Sofortmaßnahmen



- + Ernst nehmen
- + Zeit und Geduld
- + Gespräch und Hilfsangebote
- + Überprüfung der Funktion der Suizidalität
- + Wenn möglich Bündnis herstellen (Antisuizidpakt)
- + evtl: Benzodiazepine (**CAVE!** Intoxikation)
- + im Zweifel mit Hilfe der Polizei Vorstellung in einer psychiatrischen Klinik



# Notfallmedikamente



- + Tranquillizer mit **kurzer** Halbwertszeit  
**Lorazepam**
- + Mildes Antipsychotikum > **Chlorprothixen**
- + Stark wirksames Antipsychotikum  
**Haloperidol**
- + Antiparkinsonmittel > **Biperiden**
- + Eine Schachtel **Zigaretten**



# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

