

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DER PSYCHIATRISCHE NOTFALL

Die Zahl der Betroffenen in den stationären und vor allem ambulanten Notfallversorgungs- und Rettungsstellen nimmt ständig zu. Die Belastung steigt – auf allen Seiten. Die Ursachen sind bekannt: demographische Entwicklung (Lebenserwartung), Multimorbidität (Mehrfach-Erkrankung) und nicht zuletzt ein gestiegenes Anspruchs-Verhalten von Patient und Angehörigen. Das gilt auch für den psychiatrischen Notfall. Was muss man wissen? Dazu eine kurz gefasste Übersicht nach fachärztlicher Empfehlung durch die Experten der Notfallpsychiatrie.

Erwähnte Fachbegriffe:

Notfall – psychiatrischer Notfall – Definition eines medizinischen Notfalls – Definition eines psychiatrischen Notfalls – Akutpsychiatrie – Notfallpsychiatrie – absolute Notfall-Indikation – relative Notfall-Indikation – Häufigkeit psychiatrischer Notfälle – Ursachen psychiatrischer Notfälle – Beispiele notfallpsychiatrischer Störungen – Diagnose des psychiatrischen Notfalls – sie häufigsten psychiatrischen Notfall-Störungen – u. a. m.

Unter einem *Notfall* kann sich jeder etwas vorstellen – unangenehm berührt bis erschauernd, und in der Hoffnung, es möge ihn nie treffen. Meist versteht man darunter entsprechende Unfall-Folgen, überwiegend im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz. An einen Notfall „im Alltag“, vor allem zu Hause, wird eher selten gedacht, obgleich er dort zahlenmäßig überwiegen dürfte, insbesondere im höheren Lebensalter.

So beginnt ein längerer Beitrag über *Notfallpsychiatrie* in dieser Serie. Da das Thema bzw. die anfallenden Aufgaben aber immer komplexer werden, nach-

folgend ein ergänzender Beitrag zum Thema psychiatrische Notfälle, d. h. akute seelische Störungen. Um was handelt es sich?

Als psychiatrischen Notfall definiert die S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ der entsprechenden Institutionen (siehe Literaturhinweis am Ende dieses Beitrags) das akute Auftreten oder die Exazerbation (Verschlechterung) einer bestehenden seelischen Störung, die Leben und Gesundheit des Betroffenen und/oder seiner Umgebung unmittelbar gefährdet und sofortiger Diagnostik und/oder Therapie bedarf.

Experten gehen davon aus, dass deswegen jährlich etwa eine halbe Million Menschen vom Notarzt und ca. 1.500.000 in Notaufnahmen versorgt werden müssen. Damit liegen diese Notfall-Situationen mit fast 15 % auf etwa gleichem Niveau wie neurologische (11 bis 15 %) und traumatologische Notfälle (9 bis 14 %). Oder kurz: inzwischen an der Spitze.

Was versteht man unter einem psychiatrischen Notfall?

Als Erstes die Frage: Wie unterscheidet man einen medizinischen von einem psychiatrischen Notfall?

- Unter einem medizinischen Notfall generell versteht man einen akuten, lebensbedrohlichen Zustand, ausgelöst durch eine Störung der Vitalfunktionen (z. B. Herz-Kreislauf) oder durch die Gefahr plötzlich eintretender irreversibler (nicht mehr rückbildungsfähiger) Organschädigung.
- In der Psychiatrie muss die Definition des Notfalls erweitert werden. Hier darf schon von einem Notfall gesprochen werden, wenn „plötzlich und unerwartet eine wesentliche gesundheitliche Schädigung zu befürchten(!) ist, die unverzüglich in einer speziellen Behandlungs-Institution (z. B. Fachkrankenhaus) versorgt werden muss. In diesem Fall muss also noch keine unmittelbare Lebensgefahr drohen.

Unter Experten differenziert man dabei noch in Akut- und Notfallpsychiatrie. Die Grenze zwischen einem „Notfall“ und einem „Akutfall“ ist jedoch oft nicht allgemeingültig erkennbar, sondern hängt von jedem Einzelfall ab.

Unabhängig davon, dass es hier Überschneidungen gibt und eine scharfe Trennung wohl nicht möglich ist, charakterisiert die *Notfallpsychiatrie* eher ein Gebiet, welches außerhalb der allgemeinen Klinikstruktur zum Tragen kommt, während die *Akutpsychiatrie* sich innerhalb derselben abspielt, d. h. wenn der Patient bereits in Kontakt mit einem Fachkrankenhaus gekommen ist.

- Nachfolgend einige Beispiele zu *psychiatrischen Notfällen* in der so genannten präklinischen Notfallmedizin, d. h. außerhalb eines (Fach-)Kranken-

hauses: Dabei unterscheidet man noch in absolute und relative Notfälle. Im Einzelnen:

- *Absolute Notfall-Indikation / Notarzt-Indikation*: erfolgter Suizidversuch, konkrete Suizidpläne oder -vorbereitungen, hochgradiger Erregungszustand, Aggressivität/Gewaltigkeit im Rahmen psychischer Erkrankungen, konkrete Fremdtötungs-Absichten im Rahmen einer seelischen Störung, schwere Intoxikation (Vergiftung) und Delir.
- Zu den *relativen Notfall-Indikationen/keine dringliche Notarzt-Indikation* zählt man Verwirrtheit, Entzugs-Syndrome ohne Delir, Suizidgedanken ohne konkrete Pläne, Angst und Panik sowie akute Belastungsreaktionen.
- Als *Notfall-Situationen* werden akute Krankheitszustände bezeichnet, bei denen keine Lebensbedrohung und keine erheblichen Organ-Funktionsstörungen bestehen. Dazu zählen beispielsweise krisenhafte Entwicklungen als Folge unerwarteter belastender Ereignisse. Als *Krise* definiert man einen Zustand, der nach Intensität (Ausprägung, Wirksamkeit mit entsprechenden Folgen), Art, Umfang und Dauer so beeinträchtigend ist, dass er die Belastungsfähigkeit und die individuell verfügbaren Bewältigungs-Strategien des Betroffenen übersteigt.

Was heißt das in einer entsprechenden Notfall-Situation? Hier fallen die Betroffenen durch Hilflosigkeit, z. T. erhebliche Verhaltensauffälligkeiten, psychopathologische Symptome (also seelische Krankheitszeichen), Beeinträchtigungen der psychosozialen (vor allem zwischenmenschlichen) Funktionsfähigkeit und durch erheblichen Leidensdruck auf. Ein solches Beispiel ist die akute Belastungsreaktion durch die Konfrontation mit dem plötzlichen Tod eines geliebten oder nahe stehenden Menschen oder die Erfahrung von so genannten Großschadens-Ereignissen oder Naturkatastrophen. Allerdings lässt sich eine deutlich erkennbare Grenze zwischen Krise und Notfall im Alltag oft nicht befriedigend ziehen.

Außerdem überraschen seelische Notfälle – und zwar im Gegensatz zu körperlich bedingten – häufig nicht unvorhersehbar und plötzlich. Beim psychiatrischen Notfall, vor allem bei nicht-organisch bedingten oder durch Vergiftung ausgelösten Störungen, lässt sich eher eine so genannte Prodromal-Symptomatik erkennen, sprich Krankheitszeichen im Sinne von Vorposten-Symptomen oder gar konkreten Warn-Hinweisen, vor allem wenn es plötzlich zu einer dramatischen Zuspitzung kommen könnte. Beispiele: Suizidgefahr oder Erregungszustände.

Und ein weiterer Aspekt macht das Erkennen und damit gezielte Handeln schwierig, nicht selten schwieriger als bei somatisch (körperlich) bedingten Notfällen: objektive oder messbare Erkenntnisse sind schwer zu erlangen. Hier geht es mehr um (meist sehr subjektive) Verhaltensauffälligkeiten, um

Störungen des psychosozialen Umfelds und einen spezifischen psychopathologischen Befund seelischer Auffälligkeiten.

Ein Problem, mit dem man übrigens im psychischen Bereich immer rechnen muss, ist selbst nach zwischenzeitlicher Stabilisierung die plötzlich(!) erneute Verschlechterung des seelischen Zustands, meist ohne Vorwarnung.

Warum nehmen psychiatrische Notfälle zu?

Empirisch ausreichend abgesicherte Angaben zur Häufigkeit notfallpsychiatrischer Ereignisse gibt es bisher nicht. Eines aber wird immer deutlicher: Ob seelische Störungen tatsächlich häufiger geworden sind, bleibt umstritten. Dass Sie aber eher erkannt werden und damit behandelt und in die Statistik eingehen, bleibt unwidersprochen. Eine Reihe weiterer möglicher Ursachen aber ist ebenfalls nicht zu übersehen. Beispiele:

- In manchen Regionen selbst in Deutschland ist die Versorgungs-Situation eher unzureichend (z. B. schwindende Hausarzt-Dichte auf dem Land). So bleiben manche seelische Störungen lange unentdeckt und vor allem unbehandelt – bis sie plötzlich als psychiatrischer Notfall nicht mehr übersehen werden können. Und wenn dann eine fach-stationäre Behandlung möglich ist, dann drohen immer häufiger bürokratische Grenzen (z. B. die Verkürzung der stationären Behandlungsdauer, gerade im seelischen und psychosozialen Bereich verhängnisvoll).
- Im Weiteren muss auch der zwar allseits erwünschte, dann aber meist psychosozial und organisch nicht unproblematische Anstieg der Lebenserwartung bedacht werden, speziell was die damit verbundenen häufigeren gerontopsychiatrischen Notfall-Situationen betrifft, besonders in den unterversorgten Regionen.
- Und nicht zuletzt ein Phänomen, das an und für sich positiv beurteilt werden könnte: Gemeint sind die leidens-verniedrigenden und sogar lebensverlängernden Interventions-Möglichkeiten der Körper-Medizin, sprich Organ-Transplantationen, Schrittmacher, Stents usw., die zunehmend erfolgreiche Behandlung multimorbider Patienten mit mehreren Krankheiten etc., die ja auch nicht ohne jegliche Folgen zu haben sind. Letzteres erzwingt beispielsweise die Mehrfach-Gabe entsprechender Medikamente mit der alten Erkenntnis: keine Wirkung ohne Nebenwirkungen. Und dann auch noch häufig mehrfach aus verschiedenen Therapiegründen.

Alle diese segensreichen Möglichkeiten, und nicht nur die Arzneimittel mit ihren unerwünschten Begleit-Erscheinungen, können auch zu seelischen und damit psychosozialen Beeinträchtigungen führen, bis hin zu lebensbedrohlichen neuropsychiatrischen Störungen, wobei das Delir wohl am häufigsten

belastet (z. B. im Rahmen einer Operation und vor allem Narkose bei älteren Menschen).

- Nicht zu vergessen ist der z. T. exzessive Konsum von gehirn-aktiven und vor allem zentralnervös beeinträchtigenden Substanzen, wozu Rauschdrogen allgemein verurteilt, Alkohol nur sehr bedingt berücksichtigt und Medikamente zumeist gar nicht diskutiert werden. Eines aber ist sicher: die Zahl von entsprechenden Intoxikations-(Vergiftungs-)Notfällen nimmt ständig zu. Warum?
- Denn schließlich muss auch an eine gestiegene psychosoziale Belastung in unserer Zeit und Gesellschaft gedacht werden. Das sind nicht nur Stress-Situationen, das sind auch Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, Armut u. a., alles Aspekte, die in sozialer und damit oft seelischer Hinsicht (auch umkehrbar) zu großen, zu wachsenden Problemen führen.

Einige Beispiele notfallpsychiatrischer Störungen und Situationen

Nachfolgend nun eine kurz gefasste Übersicht nach allgemeinem Lehrbuchwissen sowie der S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“, was einige typische notfallpsychiatrisch bedeutsame Störungen anbelangt:

Dazu gehören als Erstes die Suizidgefahr sowie Erregungszustände, ferner das Delir, überhaupt Bewusstseinsstörungen und Verwirrtheit, aber auch Intoxikationen (Vergiftungen) und andere substanz-bedingte Folgen. Im Weiteren das paranoid-halluzinatorische Syndrom (Wahn und Sinnestäuschungen), die Manie (krankhafte Hochstimmung), ferner Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung) und Katatonie (seelisch-körperliche Blockierung oder Erregungszustände). Und schließlich Angststörungen, psychosoziale Krisen, Traumatisierungen, die Anorexie u. a. m.

Neben diesen individuellen Erkrankungen und ihrem notfall-psychiatrischen Risiko spielt aber auch die Versorgung „kollektiver Schadens-Ereignisse“ eine Rolle. Hierzu zählt man so genannte Großschadens-Ereignisse (z. B. „Massenpanik“ bei Großveranstaltungen), ferner Katastrophen (z. B. schwere Stürme, Brände oder Erdbeben mit Zusammenbruch der Kommunikations-Einrichtungen) und schließlich die nachvollziehbar Entsetzen verbreitenden Amokläufe (z. B. in Schulen oder Behörden).

Kurz: Notfall-psychiatrisch relevante Störungsbilder und Situationen sind ein breites Feld der Beunruhigung, und zwar nicht nur für die Betroffenen, auch für ihr Umfeld. Einzelheiten zu den verschiedenen Krankheitsbildern und ihren psychosozialen Konsequenzen siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Wie diagnostiziert man bei einem psychiatrischen Notfall?

Bei der Diagnose eines psychiatrischen Notfalls muss geklärt werden:

- die vitale (Lebens-)Gefährdung
- eine mögliche Eigengefährdung oder Fremdgefährdung
- die Frage einer stationären oder wenigsten ambulanten Behandlung, und zwar nicht nur aufgrund seelischer, sondern auch möglicherweise körperlicher Ursachen

Das zwingt zu einem fundierten psychopathologischen Befund (Psychopathologie = Psychiatrische Krankheitslehre – siehe die spezifischen Kapitel in dieser Serie) und einer vollständigen körperlichen und neurologischen Untersuchung. Und dies mit entsprechenden Labor-Befunden und ggf. apparativer Unterstützung (z. B. EEG, CT usf.).

Nun kann zwar schon durch eine gründliche Anamnese (Erhebung der Vorgeschichte) und körperliche Untersuchung ein Großteil der Beschwerden-Ursachen richtig zugeordnet werden. Dies betrifft aber vor allem die Ambulanz und Klinik-Aufnahme, während in einer Notfall-Situation andere, und zwar durchgehend erschwerende Bedingungen herrschen. So können die Angaben des Betroffenen selber und sogar von seinen engeren Bezugspersonen nicht nur spärlich und unzutreffend, sondern kaum nutzbar, ja irreführend sein. Und dies in einem Fachbereich, der auf Vorgeschichte und äußerliche Aspekte einschließlich konkreter Hinweise durch das Umfeld entscheidend angewiesen ist.

Weshalb aber eine körperliche Untersuchung bei offenbar seelischem Leidensbild? Dies schon deshalb, weil nicht wenige Notfälle zwar als primär seelisch bedingt imponieren, bei näherer Untersuchung aber eine organische Ursache haben. Das kann in einer klinischen Notaufnahme fast zwei Drittel aller Gründe sein. Beispiel: schwerer Erregungszustand bei Hypoglykämie (Unterzuckerung). Umgekehrt kann aber auch eine seelische Ursache zu lebensbedrohlichen Störungen auf organ-medizinischer Ebene führen. Beispiel: perniziöse Katatonie oder malignes neuroleptisches Syndrom (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beispiele in dieser Serie).

Nachfolgend deshalb eine kurze Übersicht, was in einer entsprechenden Notfall-Situation zur *körperlichen Abklärung psychisch kranker Menschen* notwendig, zumindest aber hilfreich ist (in Fachbegriffen):

Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung und Temperatur, EKG, kleines Blutbild, Elektrolyte, Leber- und Nierenfunktions-Parameter, C-reaktives Protein, Blutzucker, Gerinnungs-Parameter sowie bei entsprechenden Hinweisen bzw. Verdachtsmomenten eine kraniale Bildgebung, ein EEG und eine Thorax-Röntgenaufnahme.

Welches sind die häufigsten psychiatrischen Einzel-Diagnosen?

Was sind nun die häufigsten psychiatrischen Einzel-Diagnosen im Rahmen eines psychiatrischen Notfalls?

An erster Stelle Alkohol-Intoxikationen (bis zu 4 von 10 Einsätzen), Erregungszustände (rund jeder Zehnte bis fast zwei Drittel) und Suizidgefahr (mehr als jeder Zehnte bis Vierte – je nach Untersuchung).

Bei etwa jedem Zweiten der psychiatrischen Notfall-Patienten finden sich Diagnosen aus dem Bereich psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, worunter Alkohol, aber auch Rauschdrogen und Medikamente fallen. Bei etwa jedem Vierten liegt Suizidalität vor, was noch eine zusätzliche konkrete nosologische Diagnose erfordert (z. B. Depressionen).

Wie sehen nun die *Notärzte und ihr Team* selber psychiatrische Einsätze? Sie werden in jedem 5. bis 3. Fall als schwer bis bedrohlich beurteilt, was sie mitunter belastender macht als traumatologische Notfälle durch äußere Einwirkungen.

In etwa jedem 5. Fall müssen sogar Zwangsmaßnahmen zum Einsatz kommen. Und nicht selten sind selbst psychosoziale Belastungs-Situationen zu ertragen, nämlich Armut, Arbeitslosigkeit, familiäre Zerrüttung, Vereinsamung, Verelendung und Verwahrlosung. Hier fließt meist kein Blut, aber das Elend ist mit Händen zu greifen. Mit anderen Worten: Der Notarzt- und Rettungsdienst hat es oft mit mehrschichtigen Aufgabe-Problemen zu tun, die auf ihre Weise und manchmal länger belasten, als so manche blutige Unfalls-Szene. Kein Wunder, dass sich der eine oder andere bisweilen überfordert fühlt. Denn im Gegensatz zu somatisch (körperlich) bedingten Notfällen, für die bei den wichtigsten Krankheiten so genannte evidenz-basierte Behandlungs-Leitlinien vorliegen, bietet die psychiatrische Notfall-Behandlung bisher keine differenziertere und fortlaufend angepasste Handlungs-Hinweise, die über die allgemeinen Therapie-Prinzipien hinausgehen.

Und wie steht es mit den *Notaufnahmen in Allgemein-Krankenhäusern*, in denen pro Jahr mehr als 10 Millionen Fälle behandelt werden? Hier ist eigentlich seit jeher bekannt, dass ein Großteil der versorgten Patienten mit körperlichen Problemen gleichzeitig oder gar ausschließlich „psychische Probleme“ hat. Nach der internationalen Literatur weisen etwa 15% der in Notaufnahmen versorgten Patienten seelische Störungen auf. Setzt man zur Diagnose standardisierte Testverfahren ein, dann sind es sogar mehr als die Hälfte, die zumindest eine entsprechende Verdachtsdiagnose nahelegen.

An erster Stelle stehen dabei Depressionen und Angststörungen. Sie können auch als so genannte Co-Morbidität auftreten, d. h. wenn ein Leiden zum anderen kommt. In solchen Fällen wird die seelische Störung noch seltener erkannt. Das liegt aber auch daran, dass ein ebenfalls nur sehr geringer Prozentsatz mit ausdrücklich psychiatrisch(-neurologischen) Symptomen zur Untersuchung kommt.

Interessant eine Erfahrung, die die besondere Belastung der Notaufnahme in einem *Allgemeinkrankenhaus* noch unterstreicht: Sie pflegt nämlich in etwa der Hälfte der Fälle generell die erste Anlaufstelle wegen einer psychischen(!) Störung zu sein, also ob primär fachlich zuständig oder nicht. Etwa ein Drittel stellt sich sogar wiederholt wegen psychischer Störung in den Notaufnahmen von Allgemeinkrankenhäusern vor. Das weist auf zweierlei hin: Zum einen, dass die Erwartungen psychisch Kranker an die Versorgung in Notaufnahmen unrealistisch sind; zum anderen, dass man sich offenbar lieber oder eher an ein Allgemein-Krankenhaus wendet als an eine psychiatrische Klinik, die ja ebenfalls in der Regel eine Ambulanz und mit dem Aufnahme-Arzt eine jederzeit verfügbare Ansprechstelle hat. Auch dort wächst übrigens die Zahl der Notaufnahmen kontinuierlich, wobei etwa zwei Drittel stationär aufgenommen werden, nicht zuletzt in eine so genannte geschützte Station. Das geschieht allerdings nicht immer freiwillig, denn zumindest zeitweise muss etwa jeder 5. Patient mit einem richterlichen Beschluss untergebracht werden.

Zu den häufigsten Diagnosen gehören dabei psychotische Störungen. Mit anderen Worten: Ein nicht geringer Teil psychiatrischer Notfall-Patienten leidet an Schizophrenie, was dann auch zu entsprechenden Zwangsbehandlungen und Fixierungen führen kann. Aus diesem Grund noch einmal ein kurzer Exkurs zum Thema:

Psychiatrische Notfälle – kurz gefasste Übersicht

Intoxikation (Vergiftungen), Suizidalität und Erregungszustände sind die häufigsten psychiatrischen Notfälle. Nicht zu unterschätzen sind aber auch Angststörungen, paranoid-halluzinatorische Syndrome, vor allem mit katatonen und stuporösen Zustandsbildern und die körperlichen Ursachen seelischer Störungen. Im Einzelnen:

- In 4 von 10 Fällen finden sich im deutschsprachigen Bereich unter notfallmäßigen Bedingungen so genannte **akute Intoxikationen** oder ein **akuter Rauschzustand**. Das typische Krankheitsbild umfasst Beeinträchtigungen von Bewusstsein, Kognition (z. B. Erkennen, Denken, Vorstellen, Erinnern, Urteilen etc. kurz: geistige Leistungsfähigkeit), ferner Affekt (Gemütszustand), Verhalten und entsprechende Reaktionen, nicht zuletzt erregter bis aggressiver Art.

Nach Auslöser und Art der Vergiftung (z. B. Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente oder unklare Misch-Intoxikationen) drohen auch medizinische Komplikationen wie Traumata (Unfallfolgen), Aspiration (Ansaugen von Flüssigkeit oder festen Substanzen in das Luftleiter- und Lungensystem), Delir (Bewusstseinsstrübung, Aufmerksamkeits-, Orientierungs- und Wahrnehmungsstörungen etc.), Koma (tiefe Bewusstlosigkeit), Krampfanfälle oder mehr oder weniger diffuse Bilder einer so genannten Enzephalopathie (Funktionsstörungen des Gehirns im weitesten Sinne).

Häufig handelt es sich um die erwähnten Misch-Intoxikationen durch mehrere Substanzen mit Vergiftungsrisiko, was das Erkennen und rasche Behandeln besonders schwierig macht. Außerdem muss auf individuelle Aspekte und den Vergiftungsverlauf geachtet werden. So entwickeln Konsumenten mit regelmäßigen Ge- bzw. Missbrauch eine Toleranz (veränderte Stoffwechsellage durch zunehmende Gewöhnung an den Suchtstoff), was dann bei zwischenzeitlichen Abstinenzphasen, in denen der Konsum zurückgeht oder gestoppt wird, zu Entzugs-Symptomen führen kann, die das Bild noch mehr komplizieren. Am schwierigsten exakt zu unterscheiden sind aber die unterschiedlichen Substanzen und ihrer Wirkung bzw. Interaktionen (Wechselwirkung untereinander). Für manche Stoffe kennt man die Folgen noch gar nicht genau genug, am allerwenigsten mit den verwirrenden Substanz-Effekten untereinander. Deshalb ist eine individuelle Beurteilung (und entsprechende Erfahrung durch die Therapeuten) unerlässlich und kann nicht – wie bei anderen Substanzen – allein durch die Konzentration im Blut oder Urin exakt genug abgeschätzt werden.

- **Alkohol-Intoxikationen** sind mit einem besonderen Risiko so genannter impulsiver (spontan-unüberlegter) und ungewollter Suizid-Versuche behaftet. Die Selbstmord-Häufigkeit bei Suchtkranken liegt generell ca. 22-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung, bei Alkohol-Abhängigen sogar um das 60 bis 120-Fache. Etwa jeder 10. Alkoholkranke soll durch eigene Hand sterben.

Das leitet zum zweithäufigsten Notfall-Problem aus psychiatrischer Sicht über: Gemeint ist eine

- drohende **Suizidgefahr**. Sie ist für Deutschland für mehr als jeden 4. akut psychiatrischen Notfall verantwortlich.

Im Schnitt haben sich in den vergangenen zehn Jahren jährlich etwa 10.000 Menschen das Leben genommen – dreimal so viel Tote wie im Straßenverkehr. Dabei muss man davon ausgehen, dass die Zahl erfolgloser Versuche noch etwa 10- bis 15-mal höher liegt.

Suizidalität geht vor allem auf so genannte bipolare Störungen (also manisch-depressive) Erkrankungen zurück. Zwei Drittel aller Suizide sind Depressionen. Danach kommt Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol, Rauschdro-

gen und Medikamenten, gefolgt von bestimmten Persönlichkeitsstörungen und schizophrenen Psychosen.

Suizidal besonders bedroht ist eine Gruppe, auf die man wohl nicht gleich kommen würde: Gemeint sind Männer im Allgemeinen sowie verstärkt im höheren Lebensalter. In den letzten Jahren musste man auch einen deutlichen Anstieg der unter 15- bis 35- Jährigen registrieren. Mit Überraschungen ist stets zu rechnen. Leider registriert man allseits das Problem oft erst nach Bekanntwerden solch trauriger Erkenntnisse.

Mit einem verstärkten Risiko zu rechnen ist bei schon vorbestehenden Suizidversuchen (wohl wichtigster Risikofaktor), ferner bei seelischen Erkrankungen (s. o.), chronischen Schmerzen und langanhaltenden Schlafstörungen. Neben dem erwähnten Alter und Geschlecht auch die psychosozialen Aspekte Vereinsamung und Isolierung. Nicht zu unterschätzen und besonders schockierend sind die suizidalen Risiken bei Kindern und Jugendlichen aus „brocken home“-Situationen (zerrüttete Familienverhältnisse). Schließlich bestürzend und offenbar zunehmend die suizidale Gefährdung von Personen in medizinischen und vor allem helfenden Berufen.

Ist es schon schwierig eine ja meist heimlich wachsende Suizidgefahr rechtzeitig zu erkennen, gezielt zu mildern und vor allem zu verhindern, verstärkt noch ein weiteres Phänomen das drohende Selbstmord-Risiko. Denn die Suizidalität bereitet sogar in der medizinischen Versorgung erhebliche Probleme. Laut internationaler Studien sollen etwa 8 von 10 Menschen mit konkreten Selbstmord-Plänen in der Notaufnahme nicht als akut gefährdet erkannt werden. Das sollte man allerdings nicht als Vorwurf interpretieren, denn wer einmal mit den Zuständen in einer Notaufnahme konfrontiert war, besonders in der schier unvorstellbar wachsenden Inanspruchnahme der letzten Zeit, der kann verstehen, dass in solchen mitunter tumultartigen Belastungssituationen kaum Zeit für differenziertere psychologische Erkenntnisse und damit gezielte bzw. eben auch aufwendige Untersuchungs-Strategien bleibt.

- An dritter Stelle psychiatrischer Notfall-Statistik stehen die **Erregungszustände**. Sie machen im deutschen Notarztdienst rund 15 bis 25 % aus.

Hier handelt es sich vor allem um innere Unruhe und Anspannung sowie eine ängstlich-misstrauische Grundstimmung, was sich dann auch auf die so genannte Psychomotorik auswirkt. Wie teilen die Experten eine solche Erregungs-Störung von der kaum erkennbaren inneren Unruhe bis zu unkontrollierten aggressiven Durchbrüche ein?

Die erste, so genannte Prodromal-(Vorläufer-)Phase äußert sich durch innere und schließlich äußerlich erkennbare Anspannung, wachsendes Misstrauen, vermeidenden Blickkontakt und eine ungewöhnliche Zurückhaltung auf gezielte

Fragen. Manchmal zeichnet sich schon jetzt eine mehr oder weniger drohende Haltung ab.

In der zweiten Phase kommen zur inzwischen auch äußerlich spürbaren Unruhe erste unnötig laute, ja aggressive Äußerungen, während auf gezielte Ansprache mit keiner adäquaten (d. h. sinnvollen und nachvollziehbaren) Reaktion mehr zu rechnen ist.

In der dritten Phase, der so genannten motorischen (Bewegungs-)Aggression, kommt es zur mehr oder weniger plötzlichen Zerstörung von Gegenständen, wenn nicht gar Bedrohung der Anwesenden bzw. schließlich gezielten körperlichen Attacken.

Die vierte Phase, der so genannte Erregungs-Sturm, besteht aus einer Gewalttätigkeit, in der ggf. ungeahnte Kräfte frei werden, die weit über das normale Maß hinausgehen, was man dem Betreffendem oder menschlich Möglichem ganz allgemein zumuten könnte. Solche Erregungszustände können aber auch abrupt und ohne warnende Vorzeichen auftreten. Auch muss sich eine solche Situation nicht nur auf das Umfeld (Fremdgefährdung) auswirken, sondern kann sich auf den Betreffenden selber richten (überraschende Selbstgefährdung mit ggf. erheblicher Verletzungsgefahr).

Meist liegen auch äußerlich erkennbare, so genannte vegetative Symptome vor. Beispiele: Schweißausbrüche und – falls diagnostizierbar – erhöhter Blutdruck und Puls. Das Schmerzempfinden sinkt dagegen. Das alles kann zusammen mit der verminderten Impuls-, d. h. Selbstkontrolle, Wahrnehmung und Aufmerksamkeit und einer ungewöhnlichen Kräfte-Entfaltung zur „Ruhigstellung“ einen schwer bewältigbaren „Kontrahenten“ abgeben kann.

Wie kommt es dazu? Das Ursachen-Spektrum solcher Erregungszustände ist weit gespannt. Es reicht von nicht wenigen psychiatrischen Erkrankungen über Vergiftungszustände bis hin zu körperlichen Leiden. Beispiele: Aus neurologischer Sicht Tumore, Enzephalitis (Hirnentzündung), Epilepsien, Schädel-Hirn-Traumafolgen etc. Bei internistischen Leiden die Hyperthyreose (Überfunktion der Schilddrüse), Blutzucker-Entgleisungen, akutes Koronar-Syndrom (Herzkranzgefäße). Medikamentös vor allem so genannte anticholinerg wirksame Psychopharmaka, aber auch Kortikosteroide, Antibiotika oder Antihypertensiva (Blutdruckmittel) usw.

Schon aus dieser Sicht kann man verstehen, wie schwierig Erregungsstörungen, vom unverständlichen Misstrauen bis zur dramatischen Eskalation, allein von der möglichen Ursache her zu verstehen sind. D. h. die Anamnese (Vorgeschichte) stößt erst einmal auf Ratlosigkeit, was vor allem das Notfall-Personal in seinen diagnostischen und schließlich therapeutischen Möglichkeiten erheblich einschränkt.

Was kann im Weiteren zu einem psychiatrischen Notfall führen?

Neben diesen Erkrankungs-Feldern gilt es jedoch noch andere Störungen zu bedenken, nicht zuletzt im Notdienst. Dabei unterscheidet man insbesondere quantitative (Beeinträchtigung der Wachheit) und qualitative Bewusstseinsstörungen (ein „irgendwie verändertes Bewusstsein“ wie Verwirrtheit oder Delir). Auch hier sind die differential-diagnostischen Möglichkeiten (was könnte es sonst noch sein?) erst einmal begrenzt, vor allem in einer notfallmäßigen Abklärungs-Situation.

- Nicht selten, wahrscheinlich zunehmend, sind so genannten **Angst-Syndrome** als zwingenden Grund, das Notfallsystem in Anspruch zu nehmen, auch wenn keine direkte Lebensgefahr droht (wenigstens aus Sicht des Umfelds). Das betrifft vor allem die Panikattacken, d. h. überfallartige Angstzustände, wie sie in letzter Zeit häufiger zu werden scheinen, zumindest aber öfter beklagt werden und dann auch in Notfall-Ambulanzen vorsprechen. Aus rein psychiatrischer Sicht ist das nebenbei durchaus gut behandelbar, sowohl akut (Beruhigungsmittel), als auch mittel- bis langfristig (bestimmte antidepressiv wirkende Psychopharmaka). Man kann sich aber nicht darauf verlassen, denn Angststörungen können auch organische Ursachen haben, wer zweifelt daran. Beispiele: nicht nur Herzinfarkt, sondern auch Lungenembolie, Hyperthyreose (Überfunktion der Schilddrüse) oder Blutungen. Außerdem Vergiftungszustände und Entzugs-Syndrome nicht nur von Alkohol und Rauschdrogen, sondern auch Medikamenten, nicht zuletzt bestimmten Psychopharmaka – zutiefst erschreckend bis zur erwähnten Panik.

Schließlich muss auch an zwei psychiatrische Krankheitsbilder gedacht werden, die ggf. hoch-dramatische Szenen auszulösen vermögen. Das sind zum einen die

- **paranoid-halluzinatorischen Syndrome** im Rahmen einer entsprechenden Schizophrenie. Dann weiß man aber in der Regel, welche seelische Krankheit zugrunde liegt und was ggf. drohen könnte, auch wenn es nicht selten lange unter der Oberfläche schwelt. Was dann zur Auslösung einer solchen „seelischen, ja ggf. körperlichen Explosion“ führt, kann sehr unterschiedlich sein. Und zwar unter Umständen folgeschwer, nicht nur für den Patienten (Suizidgefahr), auch für sein näheres Umfeld, ja eine ahnungslose und damit besonders hilflose Umgebung. Dabei geht es nicht nur um wachsende Unruhe, ja Erregungszustände und schließlich scheinbar „blind tobende Aggressivität“, sondern eben häufig auch um große Angst, was man dem Betreffendem erst einmal gar nicht ansieht oder zugestehen mag.

- Noch schwerer durchschaubar sind so genannte **katatone Störungen** und dabei ggf. **stuporöse Syndrome**. In der Regel ordnet man sie den schizophrenen Psychosen zu. Das wäre dann insofern eine Erleichterung, da man

durch die Vorgeschichte bzw. bekannte Diagnose sofort wüsste, woher es kommt und wie man es (notfallmäßig therapeutisch) angehen sollte. Katatone Zustände drohen aber auch durch organische, also rein körperliche Erkrankungen oder Vergiftungszustände.

Im Falle eines solchen Stupors (seelisch-körperliche Erstarrung) bekommen die Patienten übrigens alles mit, was um sie herum geschieht, sind aber außerstande, darauf adäquat zu reagieren. Im klassischen Falle sind sie auch mimisch wie bewegungsmäßig fast wie „eingefroren“ und reagieren auf äußerliche Reize einschließlich Schmerzreize kaum oder überhaupt nicht. In ihrem Inneren aber „brodeln“ es, und zwar nicht nur seelisch.

Auch äußerlich kann die extreme Anspannung zu Schweißausbrüchen, Herzrasen, Bluthochdruck u. ä. führen. Und das kann unverhältnismäßig lange anhalten, so dass die Betroffenen unbeobachtet und unversorgt nicht einmal mehr zu den einfachsten Dingen des Alltags fähig sind. Beispiele: essen und sogar trinken einstellen und sich damit innerhalb kurzer Zeit in (Lebens-)Gefahr bringen, z. B. durch Dehydrierung, also Austrocknung.

Denn nicht selten dauert so eine Katatonie nicht nur Minuten, sondern auch stunden-, wenn nicht gar tagelang. Meist fällt es rasch auf, vor allem wenn die Betroffenen in einer völlig unnatürlichen Haltung verharren. Die Patienten selber müssen das gar nicht bemerken (Fachbegriff: motorische Anosognosie), sie können sogar während eines solchen Zustands durchaus komplexe Tätigkeiten weiterführen, wenngleich meist nicht zum eigenen gesundheitlichen Vorteil (s. o.).

Ganz besonders dramatisch wird es bei der so genannten **perniziösen Katatonie** (vom Lat.: perniciosus = verderblich). Hier handelt es sich um eine katatone Schizophrenie, zu deren Symptomen vor allem Fieber, so genannte vegetative Entgleisungen (Herzrasen, Bluthochdruck) sowie Elektrolyt-Verschiebungen und die erwähnte Abnahme des Körperwassers zählen.

Und nicht nur das: Die massive Anspannung der Muskulatur kann in einen Verlust dieses Organbereichs münden, was schließlich zu einer so genannten Myoglobinurie mit nachfolgendem Nierenversagen führen kann – ggf. tödlich endend.

Aber auch hier gibt es weitere Ursachen, z. B. das so genannte **maligne neuroleptische Syndrom**, das sich unter Neuroleptika (also antipsychotisch wirkenden Psychopharmaka) entwickeln kann. Das führt dann zu einer Situation, die gerade in Notfällen besonders kompliziert zu werden droht. Denn während man eine perniziöse Katatonie mit diesen Neuroleptika durchaus erfolgreich behandeln kann, geht das maligne neuroleptische Syndrom auf solch eine, dann aber entgleiste Therapiemaßnahme zurück. Das heißt aber auch: Mit den notwendigen Kenntnissen und halbwegs ruhigen Voraussetzungen ist das

schnell klärbar. Was aber in einer ambulanten Notfall-Situation: Patient fremd und unbekannt, Angehörige in Panik oder gar nicht verfügbar etc. Kurz: klassische „Notfallsituation“, ob rein psychiatrisch oder seelisch und organisch. Auf jeden Fall schwer einzuordnen und gezielt zu behandeln – und zwar umgehend.

LITERATUR

Grundlage dieser Übersicht ist die *S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“*, publiziert bei AWMF online (Das Portal der wissenschaftlichen Medizin) der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinären Notfall- und Akutmedizin (DGINA) sowie der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Mit den Experten Prof. Dr. F.-G. Pajonk, Prof. Dr. Th. Messer sowie Prof. Dr. H. Berzewski.

Weiterführende Literatur in Form von deutschsprachigen Fachbüchern findet sich in dem Beitrag *Notfallpsychiatrie* in dieser Serie.