

# Psychiatrische Notfälle – Erkennen und Handeln!

Zum ärztlichen Alltag gehören auch psychiatrische Notfälle. Neben symptomatischer Befunderhebung, Triage und Einleitung einer Behandlung stehen auch Fragen der Suizidprävention und der Beurteilung einer Fremdgefährdung im Zentrum.

---

GERHARD EBNER

---

## Definition

Notfälle «bedürfen sofortiger gezielter (...) Diagnostik und umgehender therapeutischer Intervention» (Payk 2003).

Es handelt sich hierbei hauptsächlich um Erregungszustände, Bewusstseinsstörungen, Panikattacken, akute Suizidalität, Intoxikationen und selten einmal auch um katatonie Syndrome. Diese finden sich häufig bei persönlichkeitsgestörten Suchtpatienten und/oder Patienten mit psychotischen Störungen, organisch bedingten psychischen Störungen, bei komorbiden Störungen (zusammen mit internistischen Erkrankungen) und damit auch bei älteren Menschen.

## Allgemeine Behandlungsprinzipien

Eine symptomatische Befunderhebung, die Behandlung und die Triage stehen im Vordergrund. Die Sicherheit steht für die Betroffenen wie für den Behandler im Zentrum. Gerade wegen der im Allgemeinen vorherrschenden Hektik, der Nervosität, die das Umfeld erfüllt, sind ein ruhiges Auftreten und genügend Zeit zur Klärung und zur Kontaktaufnahme mit den Betroffenen wichtig:

- Kontaktaufnahme, «Talk down»
- knappe Anamneseerhebung (fremdanamnestic Angaben sind besonders wichtig)

---

Der Beitrag entstand nach einem Fortbildungs-Workshop am diesjährigen Kongress der FMP in Olten.

## Merksätze

- Bei Erregungszuständen spielen oft Intoxikationen eine wichtige Rolle.
- Beim Entscheid zur (Zwangs-)Einweisung besteht ein gewisser Ermessensspielraum, der durch Informed Consent unter Einbezug der Umgebung erweitert werden kann.
- Bei der Beurteilung einer Fremdgefährdung ist besonders auch auf eine Kombination von psychischer Störung und Substanzmissbrauch zu achten.
- Als Ärzte dürfen wir uns irren, wir haben aber genau zu dokumentieren, dass wir die ärztliche Sorgfaltspflicht haben walten lassen.

- orientierende körperliche und psychiatrische Untersuchung
- Ruhe (im Sinne eines «Schutzraums»)
- Zeit
- Sicherheit
- symptomatische Behandlung und Triage.

## Spezifische Notfallsituationen

### Erregungszustände

Hier spielen Fremd- und/oder Selbstgefährdung eine zentrale Rolle.

Als Hintergründe für das akute Geschehen kommen infrage:

- Intoxikationen
- akute Psychosen (schizophreniform, maniform, depressiv)
- Panikattacke
- Belastungsstörungen
- Dämmerzustände
- Delir.

*Interventionen:* Neben den unter «Allgemeine Behandlungsprinzipien» aufgeführten Interventionen sind Überwachung und eine suffiziente Medikation zur Beherrschung der Situation erforderlich.

**Medikation:** Bei Intoxikationen respektive körperlich bedingten Erregungszuständen ist immer noch Haloperidol (Haldol® und Generika) 5 mg per os/i.v./i.m. eine gute Wahl. Bei psychotisch bedingten Erregungszuständen sind Benzodiazepine (z.B. Lorazepam [Temesta® und Generika] 2,5–10 mg per os) allenfalls zusätzlich 5 mg Haloperidol oder ein anderes hochpotentes Neuroleptikum indiziert. Bei nicht intoxikationsbedingter, nicht psychotischer Erregtheit können Benzodiazepine (z.B. Lorazepam 2,5–7,5 mg per os) verabreicht werden.

### **Bewusstseinsstörungen**

Hier ist rasches, primär somatisch ausgerichtetes Handeln erforderlich. Hintergründe können sein:

- Intoxikation (siehe oben)
- neurologische, internistisch systemische Ursachen.

Die Diagnostik soll sich stützen auf:

- Psychopathologie (quantitativ: Somnolenz, Koma und qualitativ: Delir, Dämmerzustände, ...)
- (Fremd-)Anamnese, körperliche Untersuchung und Notfalllabor.

**Interventionen:** Hier stehen der Schutz sowie eine adäquate symptomatische (intensiv)medizinische Behandlung im Vordergrund.

### **Panikattacken**

Panikattacken wirken dramatisch, sind jedoch wenig gefährlich. Uns leiten hier insbesondere die Psychopathologie, die bekannte (Fremd-)Anamnese und die unauffälligen körperlichen Befunde.

Die Diagnostik richtet sich auf:

- Psychopathologie, (Fremd-)Anamnese
- körperliche Untersuchung
- mögliche Differenzialdiagnosen (psychotischer Erregungszustand, agitierte Depression, internistische Erkrankungen).

**Interventionen:**

- allgemeine Interventionen (siehe oben)
- Benzodiazepine (z.B. Lorazepam 2,5–7,5 mg per os)
- Indikation für psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung?

### **Beurteilung von Selbst- und Fremdgefährdung**

In der Psychiatrie ist die Beurteilung, ob eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, zentral, insbesondere zur Beurteilung, ob eine Einweisung – notfalls auch gegen den Willen der Patienten – indiziert ist.

### **Kriterien zur Einschätzung der akuten Suizidalität**

Auch wenn die Prädiktoren eine schlechte Sensitivität und Spezifität besitzen, ist es wichtig, diese Kriterien zu kennen und im Rahmen der Sorgfaltspflicht anzuwenden.

In der Literatur hat sich die Beachtung der zurzeit vorliegenden (Querschnitts-)Faktoren und der «Basis»-Faktoren bewährt.

Kriterien zur Einschätzung der akuten Suizidalität sind:

- Vorliegen einer Krisensituation:
  - aktuelle Verlust- und/oder Kränkungserebnisse
  - Lebenskrisen mit Veränderungsanspruch
  - traumatische Krisen
  - existenzbedrohende Situationen.
- Vorliegen aktiver Suizidintendenzen:
  - Beschäftigung mit Ruhewünschen, Sterben, Tod oder Suizid (je konkreter, desto gefährlicher)
  - Suizidversuch oder Suizidabsichten vor der Aufnahme beziehungsweise innerhalb der letzten zwei Wochen\*.
- Im Rahmen des Psychopathologiebefunds:
  - Hoffnungslosigkeit, Resignation\*
  - ängstigende und bedrohlich erlebte Wahnhalte\*
  - schwere Schuld- und Versagensgefühle\*
  - zunehmende Einengung auf suizidale Gedanken
  - quälend erlebte und andauernde Schlafstörungen, Unruhe
  - Hilflosigkeitserleben
  - Wertlosigkeitserleben
  - Panikzustände.
- Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung erscheint/ist unmöglich.

Das Vorliegen mindestens eines der \*-Kriterien spricht in der Regel für eine akute Suizidalität.

### **Kriterien zur Einschätzung der Basissuizidalität**

Hier handelt es sich um (fremd)anamnestische und anhand der Akten zu erhebende Befunde:

- Suizidversuche/Suizidabsichten in der Vorgeschichte
- Suizidversuch unter stationären Bedingungen
- schwerwiegende, selbstschädigende Handlungen in der Vorgeschichte
- Suizide/Suizidversuche bei nahen Angehörigen und/oder Bezugspersonen
- soziale Isolation/Zugehörigkeit zu einer Randgruppe
- traumatisierende Lebensereignisse in der Vorgeschichte
- Störungen der Impuls- und Aggressionskontrolle
- potenziell riskante Jahrestage spezieller Ereignisse sind zu dokumentieren.

Bei der abschliessenden Beurteilung kann es nicht darum gehen, Punkte zu sammeln, sondern eine – klinische – Gesamtbeurteilung vorzunehmen.

### **Beurteilungskriterien für Fremdgefährdung**

Auch hier kann in Kriterien zur Beurteilung der gegenwärtigen Gefährdung und der «Basisgefährdung» unterschieden werden. Eine falsche Beurteilung kann hier natürlich dramatische Auswirkungen haben; gleichzeitig sind die Prädiktoren zur Beurteilung der Fremdgefährdung (zumindest über einen kurzen Zeitraum hinweg) besser als diejenigen zur Beurteilung der Selbstgefährdung.

Die Kriterien zur gegenwärtigen Gefährdung umfassen:

- Vorwarnzeichen wie Drohungen, Gewalt gegen Sachen
- Intoxikation!
- akutes psychotisches/maniformes Zustandsbild
- allgemeiner, offensichtlicher Verlust der Impulskontrolle, verbunden mit Ärger und Feindseligkeit.

Weitere Gesichtspunkte in der Abschätzung der gegenwärtigen Gefährdung sind:

- Halluzinationen und Wahn sowie entsprechende Beeinträchtigungen, verbunden mit ausgeprägter Wahndynamik
- Drohungen gegenüber einem klar bezeichneten Opfer sowie Zugang zu diesem potenziellen Opfer
- konkreter Plan und Schritte zu dessen Umsetzung (z.B. Waffenkauf).

Kriterien zur Beurteilung der «Basisgefährdung» sind:

- Soziodemografische Faktoren
  - soziale Schicht und Ausbildung
  - Verbindung zu gewaltbereiter Subkultur
- Gewaltanamnese
- Gegenwärtige Situation
- Psychiatrische Diagnose
  - Schizophrenie und bipolare affektive Störungen
  - Alkohol- und Drogenabusus
  - hirnorganische Störungen
  - Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die dissoziale
  - Komorbidität (psychische Störung plus Substanzabusus!).

Als Risikofaktoren gelten schlechte Compliance, belastendes Milieu sowie ein fehlendes soziales Netzwerk.

### Indikationen zur (Zwangs-)Einweisung – ein Ermessensspielraum unter Wahrung der Sorgfaltspflicht

Als Ärzte dürfen wir uns irren, wir haben aber zu belegen (dokumentiert), dass wir die ärztliche Sorgfaltspflicht haben walten lassen.

In erster Linie ist zunächst einmal zu klären, ob ein Ereignis – unter Wahrung der ärztlichen Sorgfaltspflicht – voraussagbar ist. Hier spielt auch die Gültigkeit der Prädiktoren eine Rolle. Des Weiteren haben wir auch zu beurteilen, ob mit der geplanten Intervention dieses Ereignis überhaupt vermeidbar wäre, wobei auch die Wahrung der Verhältnismässigkeit ins Gewicht fällt.

Ein gutes Beispiel hierfür ist die Vermeidung von Suiziden: Suizidale Handlungen, insbesondere ein Suizid, können zwar anhand von verschiedenen Risikofaktoren in ihrer Wahrscheinlichkeit abgeschätzt werden, die Prädiktoren besitzen aber eine ausgesprochen schlechte Sensitivität (d.h. wir identifizieren im Einzelfall zu wenige Personen, die tatsächlich durch Suizid sterben werden) und Spezifität (diejenigen, die wir identifizieren, nehmen sich grossmehrheitlich dann später nicht das Leben). Ob eine Klinikeinweisung die geeignete Intervention ist, muss im Einzelfall abgeklärt werden; allenfalls sind – vor allem auch unter Beachtung der Verhältnismässigkeit – andere Massnahmen

besser geeignet (z.B. Belassen im vertrauten Umfeld, Information der Angehörigen, wie sie bei einer erneuten Krise vorzugehen haben, weitere Gesprächstermine, Medikation, etc.).

Vergrössert werden kann der Spielraum, in erster Linie bei der Selbstgefährdung, durch einen umfassenden Informed Consent beim urteilsfähigen Kranken respektive – mindestens so wichtig – des Umfeldes. Hier sollte ausführlich dargelegt werden, welche Risiken bei welcher Intervention mit welchen Nebenwirkungen entstehen. In dieser Situation ist auch zu klären, ob das Umfeld belastbar ist.

Sehr eng ist der Spielraum bei Fremdgefährdung. Allerdings ist darauf zu achten, ob die Klinik die geeignete «Anstalt» nach Art. 397 ZGB (*Kasten*) darstellt; insbesondere dissoziale Störungen ohne eigentliche psychiatrisch/psychopathologische Befunde und Anamnese sind eher der Justiz zuzuführen. Die Hospitalisation wegen Fremdgefährdung sollte also eindeutig in Zusammenhang mit einer psychiatrischen Störung stehen.

Folgende Indikationen zur Zwangseinweisung bei Selbst- und Fremdgefährdung sind zu beachten:

- fehlende Freiwilligkeit
- keine andere, weniger einschränkende Massnahme möglich
- akute Suizidalität
- psychische Störung, die die Urteilsfähigkeit beeinträchtigt
- ungenügendes therapeutisches Bündnis
- fehlende Alternativen.

Zum Vorgehen gehört zwingend die (dokumentierte) Rechtsmittelbelehrung: Die Rechtsmittelbelehrung befindet sich in der Regel bei den standardisierten Einweisungszeugnissen, die die kantonalen Ärztegesellschaften herausgeben (vgl. Ebner G./Lehle B. 2005).

### Rechtliche Grundlage für die Zwangseinweisung

#### ZGB Art. 397a

<sup>1</sup> Eine mündige oder entmündigte Person darf wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, anderer Suchterkrankungen oder schwerer Verwahrlosung in einer geeigneten Anstalt untergebracht oder zurückbehalten werden, wenn ihr die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann.

<sup>2</sup> Dabei ist auch die Belastung zu berücksichtigen, welche die Person für ihre Umgebung bedeutet.

<sup>3</sup> Die betroffene Person muss entlassen werden, sobald ihr Zustand es erlaubt.

Auf eine Zwangseinweisung kann verzichtet werden, wenn

- Freiwilligkeit besteht
- keine akute respektive grosse Gefährdung vorliegt
- es keine Hinweise für eine psychische Störung gibt
- eine stabile, tragfähige Situation besteht
- Behandlungsmöglichkeiten zur Abwendung der Gefahr auch ambulant möglich sind.

### **Umgang mit gewaltbereiten Patienten**

Im Umgang mit gewaltbereiten Patienten sind folgende Punkte wegleitend:

- Gefahr erkennen
- «Sicherheit geht vor», Vorsorge treffen
- Sedativa
- Deeskalation
  - Distanz
  - Fluchtweg für beide offenlassen
  - Situation erklären
  - ruhiges, bestimmtes Auftreten
  - keine Gegendrohungen
  - Ernstnehmen
  - «Talk down».

Die rechtliche Grundlage für eine Zwangseinweisung («fürsorgerische Freiheitsentziehung») bildet der Art. 387 ZGB (*Kasten*). Die Voraussetzungen (kumulativ erfüllt) dafür sind:

- psychische Störung allenfalls in Kombination mit schwerer Verwahrlosung (Verwahrlosung wird definiert als ein Zustand, der mit der Menschenwürde nicht vereinbar ist)
- geeignete Anstalt

- nötige Fürsorge kann nicht anders gewährleistet werden (Dies wird heute fast ausschliesslich bei akuter Selbstgefährdung als gegeben erachtet. Bei Fremdgefährdung ist dieser Punkt umstritten. Eine Einweisung ist aber dringend indiziert, sofern das akute Geschehen im Rahmen einer psychischen Störung steht.)

Zuständig für eine Zwangseinweisung ist an sich die Vormundschaftsbehörde. Wenn «Gefahr im Verzug» ist, können den Entscheid auch «andere» (in der Regel Ärzte) treffen. Es besteht ein gewisser Ermessensspielraum, wobei die Belastung der Umgebung mit zu berücksichtigen ist. In jedem Fall ist eine gute Dokumentation unerlässlich. ■

#### Literatur:

Hewer W., Rössler W. (Hrsg.), *Das Notfall Psychiatrie Buch*, Urban & Schwarzenberg 1998.  
Payk T., *Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie*, 4. vollst. überarb. Auflage, Thieme Stuttgart 2003.

Rupp M., *Notfall Seele, Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie* 2. Auflage, Thieme Stuttgart 2003.

Ebner G., Lehle B., *Suizidalität - Erkennen, Vorgehensweisen, rechtliche Situation*. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie* 4/2005, 9-13.

Laux G., *Notfallpsychiatrie, Fortschr Neurol Psychiatr* 2003; 71: 483-501.

**Dr. med. Gerhard Ebner**

**Chefarzt**

**Psychiatriezentrum Schaffhausen**

**Breitenaustrasse 124**

**8200 Schaffhausen**

**E-Mail: [gerhard.ebner@breitenau.ch](mailto:gerhard.ebner@breitenau.ch)**

Interessenkonflikte: keine