



Psychiatrische Notfälle - Suizidalität

Peter Flüchter

29. Notfallmedizinische Jahrestagung der agsw

15.03.14





Fallbeispiel

Augsburger Allgemeine

Startseite > Lokales (Donauwörth) > Wie viel Not muss ein Notarzt ergründen?

09. Juli 2011 10:59 Uhr

TRAGISCHER TOD EINER FRAU IN NÖRDLINGEN

Wie viel Not muss ein Notarzt ergründen?

Der tragische Tod einer Frau wurde jetzt in Nördlingen verhandelt. Ein Notarzt war wegen fahrlässiger Tötung angeklagt. *Von Ronald Hummel*



Der tragische Tod einer Frau wurde jetzt in Nördlingen verhandelt. Ein Notarzt war wegen fahrlässiger Tötung angeklagt. Symbolbild

Foto: pse_rf_jst

Donauwörth/Nördlingen Das Verfahren vor dem Nördlinger Schöffengericht unter Vorsitz von Helmut Beyschlag warf eine Grundsatzfrage auf, die auch jetzt noch kein Beteiligter restlos klar beantworten kann: Wie weit muss sich ein Notarzt über den akuten Notfall hinaus ein Bild der Hintergründe machen?

Der Fall: An einem Tag im Frühjahr des vorigen Jahres wird um 22.35 Uhr in Donauwörth ein Notarzt zu einer 52-jährigen Frau gerufen, die alkoholisiert in ihrem Auto sitzt. Sohn und Tochter sowie weitere Personen stehen in höchster Aufregung dabei. Die Tochter erklärt dem Notarzt, ihre Mutter habe 30 Tabletten genommen, wollte mit dem Auto losfahren und sich umbringen. Sie fleht ihn an, die Mutter mit ins Krankenhaus zu nehmen.

Der Arzt respektiert den Willen der Frau, lässt sie zurück.

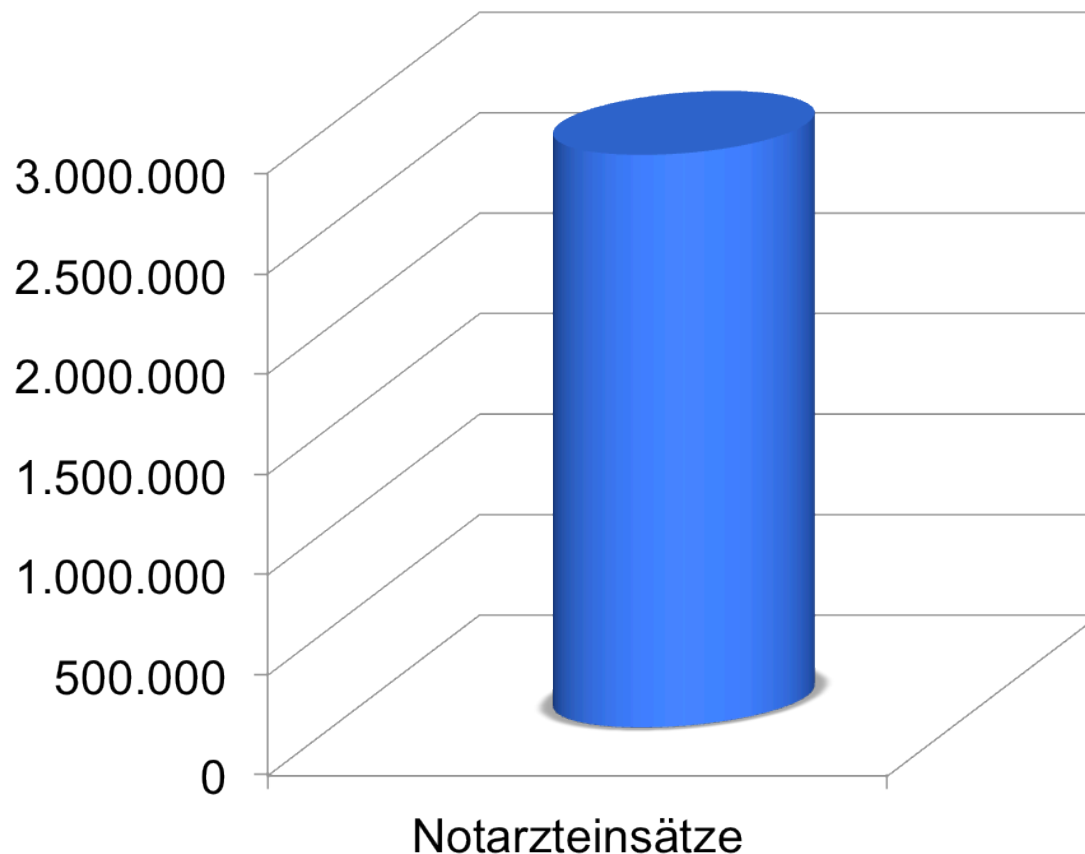
Am Vormittag dann die tragische Wendung: die Frau liegt tot im Bett.

Gutachter, Dr. Ralf Schulte aus Ludwigsburg: „Das Verhalten des Notarztes war nicht fachgerecht.“

Richter Beyschlag und auch Oberstaatsanwältin Brigitte Bauer schließen sich dieser Ansicht nicht an. (...) Hier extreme Handlungsverläufe vorherzusagen, könne man ihm fachlich nicht abverlangen. So stellten Richter und Schöffen das Verfahren wegen geringer Schuld des Angeklagten ein und verhängten als Auflage eine Zahlung von 4000 Euro, je zur Hälfte an den Palliativverein und das Bayerische Rote Kreuz.



Notarzteinsätze pro Jahr



- ca. 2.850.000 Notarzteinsätze pro Jahr (2009)
- Prävalenz psychiatrischer Notfälle 9-16%
- ca. 250.000 – 450.000 Notarzteinsätze wegen psychiatrischer Störungen pro Jahr
- Einsätze mit Beteiligung psychiatrischer Aspekte nach Einschätzung von Notärzten bei ca. 30-40%.

Schmiedel & Behrendt, 2011: Leistungen des Rettungsdienstes 2008/09. Analyse des Leistungsniveaus im Rettungsdienst für die Jahre 2008 und 2009. Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.): Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit, Heft M 217, Bergisch Gladbach, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

Pajonk et al., 2008



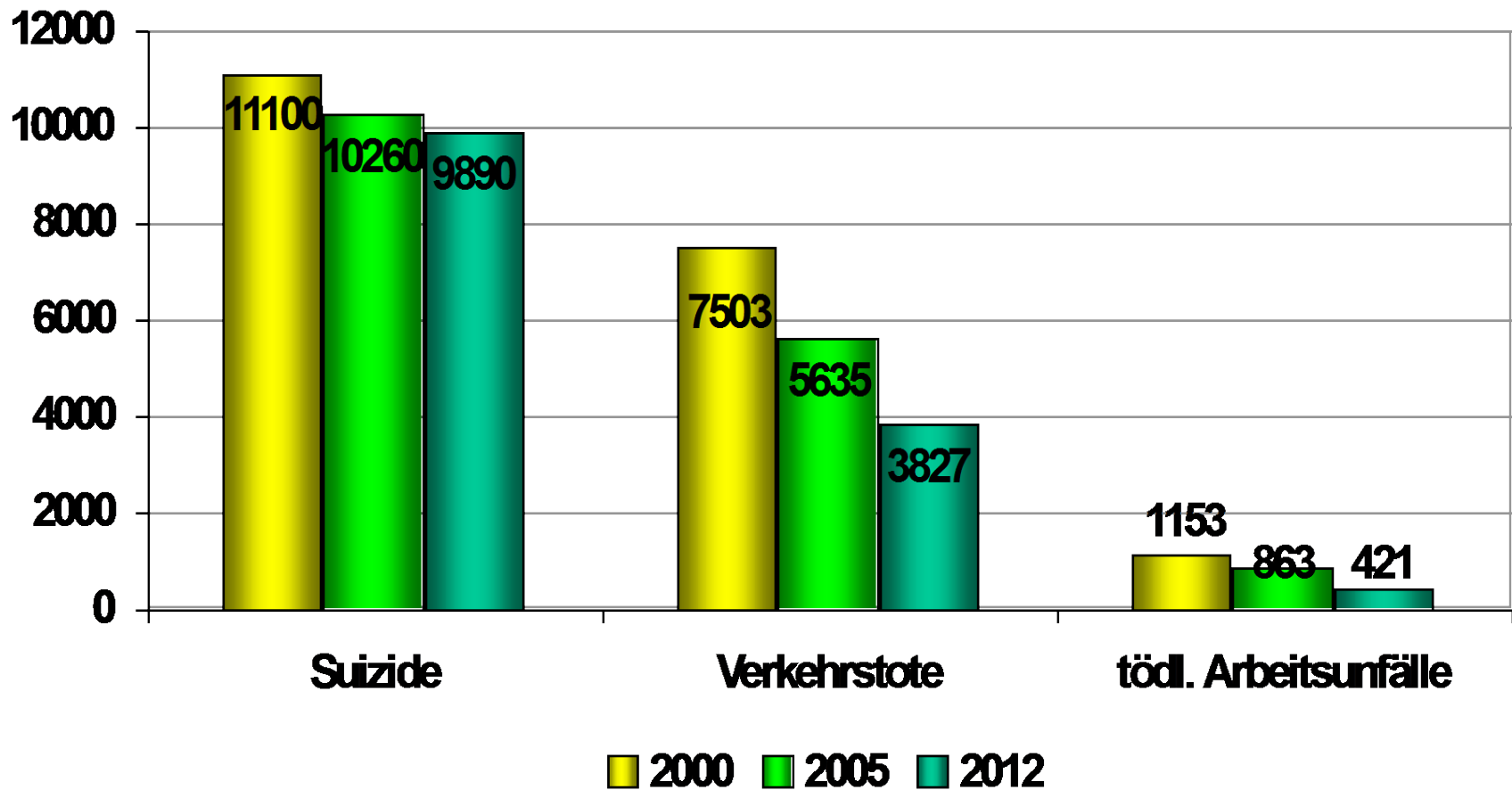
Anforderungen an den Notarzt im Wandel der medizinischen und gesellschaftlichen Realitäten

- Täglich erlebte Diskordanz zwischen ursprünglichem gesetzlichen Auftrag, beruflichem Selbstverständnis und Einsatzrealität stellt viele im Rettungsdienst Tätige vor Probleme.
- In der Folge stellen sich Unsicherheit, Ablehnung, Aggression, unzureichende Professionalität, Frustration und evtl. Rückzug aus dem Rettungsdienst ein.

 Notfallmedizin ist als Teil eines psychosozialen Netzwerks zu begreifen.



Relevanz von Suiziden in der Akutmedizin 2000 bis 2012





Suizide – Epidemiologie

pro Jahr 10.000 - 11.000 vollendete Suizide (σ : ρ = 3 : 1)

Suizidraten steigen mit zunehmendem Alter, höher in der Stadt, bei Alleinlebenden, Verwitweten, Geschiedenen und getrennt Lebenden

Jugendliche und junge Erwachsene: Suizide nach Unfällen die häufigste Todesursache

Kinder (< 12 a) 1,5/100.000, Jugendliche (< 20 a) 18/100.000

Etwa 90% der Suizidenten haben zum Zeitpunkt eine psychische Störung (2):

Affektive Störung (bipolar, unipolar depressiv) ca. 43%,

Abhängigkeitsstörung ca. 26%,

Persönlichkeitsstörung ca. 16%,

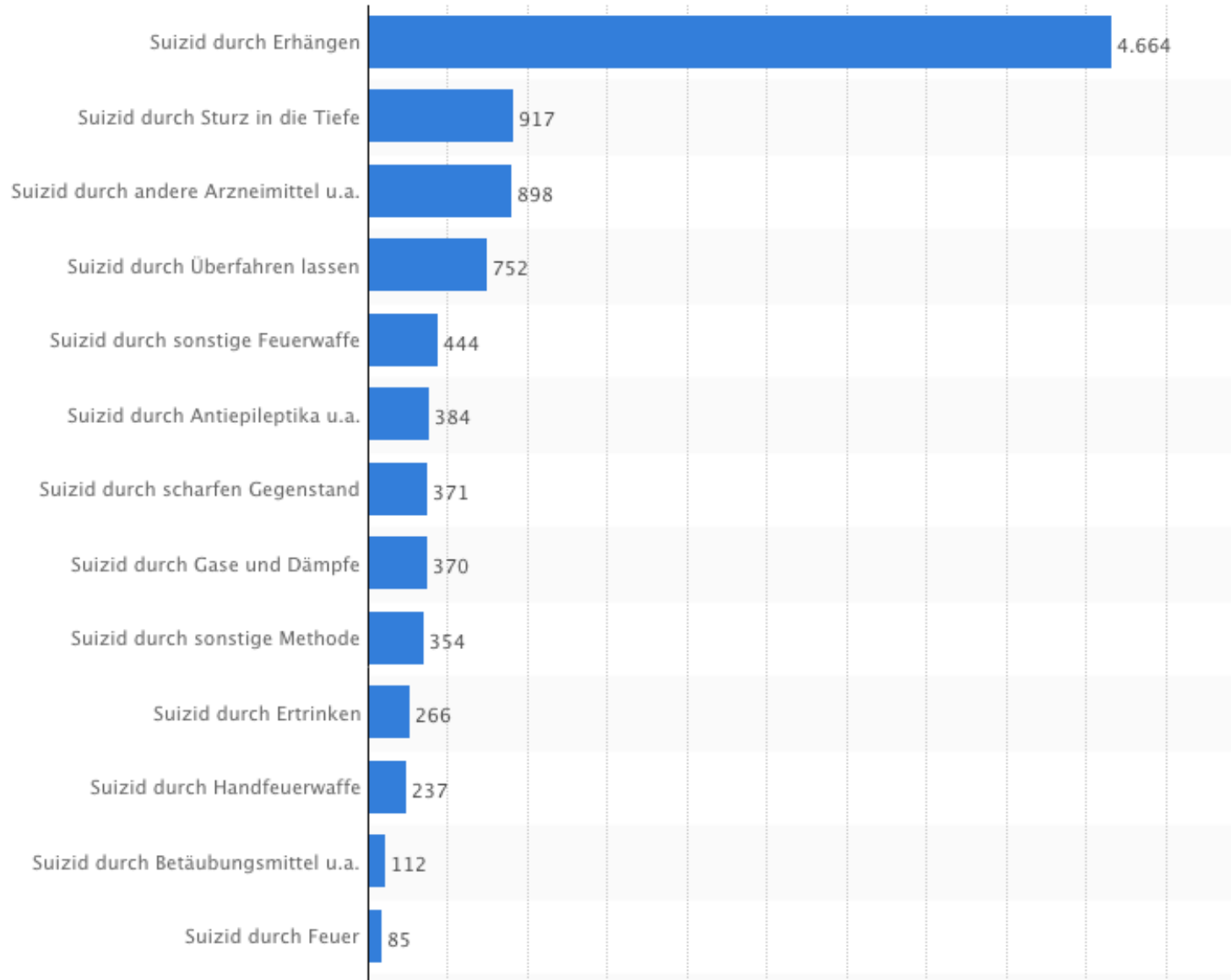
Schizophrenie ca. 9%

bei Suiziden überwiegen „harte“ Methoden wie Erhängen, Erschießen

P. Flüchter, V. Müller, F.-G.B. Pajonk **Suizidalität: Procedere im Notfall**
Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin September 2012
2: Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G **Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis.** BMC Psychiatry (2004) : 37



Anzahl Suizide in Deutschland nach Methode im Jahr 2011





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



Fehler im Umgang

- Psychische Störung übersehen
- Nichtansprechen auf/von Suizidgedanken
(Mangelnde Exploration)
- Suizidankündigung nicht ernst nehmen
- Hinweis auf Zeitmangel
- Belehrungen
- Bagatellisierung geäußerter Belastungen
- Nichterkennen von Dissimulation,
Bagatellisierung von Suizidalität
- Unverbindliche Therapieempfehlungen
- Stationär psychiatrische Einweisung
verzögern oder unterlassen



Suizidalität

Prädiktoren für suizidales Verhalten

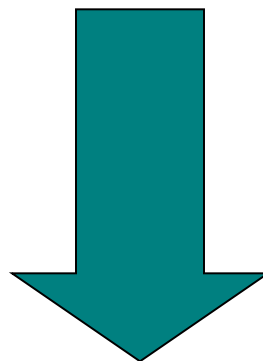
- **wichtigste Prädiktor:** Vorangegangener SV
- Psychiatrische Erkrankungen
- Niedrige soziale Schicht, geringe Schul- und Berufsbildung, Arbeitslosigkeit

Kriterien für akute Suizidalität

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



Einschätzung der Suizidalität



Klares An- und Aussprechen

Zentraler Aspekt der Diagnostik- an sie
zu denken. **Schamhaftung !**



Fragenkatalog zur Abschätzung von Suizidalität

Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?

Häufig?

Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen?

Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt? Sind diese Gedanken wie ein Zwang?

Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen wollen?

Haben Sie Vorbereitungen getroffen?

Haben Sie schon mit jemandem über Ihre Suizidabsichten gesprochen?

Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen?

Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundeskreis schon jemand das Leben genommen?

Halten Sie Ihre Situation für aussichts- oder hoffnungslos?

Haben Sie in letzter Zeit wenig Kontakt zu Ihren Verwandten und Freunden?

cave

bei

ja



Fragenkatalog zur Abschätzung von Suizidalität

Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in ihrer Umgebung vorgeht?

Interessieren Sie noch ihre Hobbies?

Haben Sie jemanden, mit dem Sie offen und vertraulich über ihre Probleme sprechen können?

Wohnen Sie zusammen mit Familienangehörigen oder Bekannten?

Fühlen Sie sich familiär oder beruflich verpflichtet?

Fühlen Sie sich in einer religiösen oder weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?

cave

bei

nein



Therapie

- aktuelle psychiatrische Krisenintervention: Beziehungsangebot, Schutz und Fürsorge (evtl. stationär), Stützung, emotionale Entlastung.
- Management der aktuellen Situation: stationärer Therapie in Klinik für Psychiatrie, Einbeziehung positiver Bezugspersonen.
- Psychopharmakotherapie der Suizidalität (entspannend, emotional distanzierend, Anxiolyse, Sedation): Tranquilizer oder sedierende Neuroleptika.
- Bei Suizidalität, Behandlungsverweigerung und psychischer Störung: Allein die Ankündigung/Androhung einer „Zwangseinweisung“ führt zu Compliance
- Ansonsten: bei Gefahr im Verzug Polizei, ohne diese zusätzlich Ordnungsbeamten hinzuziehen



Rechtliche Situation (1)

- Es ist Aufgabe des Arztes, „das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern“
- Die Entscheidung über Beginn, Dauer und Verzicht einer Therapie ist eine rein medizinische.
- Es besteht keine Wahlfreiheit.
- Der Arzt ist verpflichtet zu helfen, andernfalls macht er sich der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) bzw. der Körperverletzung durch Unterlassen (§ 223 in Verbindung mit § 13 StGB) schuldig.



Rechtliche Situation (2)

- Behandlungen und stationäre Einweisungen gegen den Willen des Patienten sind rechtlich gerechtfertigt, da Mehrzahl der Suizidenten den suizidalen Akt in einem Zustand krankhafter Einschränkung der freien Willensbildung begehen.
- Ein diagnostisches oder 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 Notstands (§ 34 StGB).
 - ➔ **Bedingung**: akute Gefahr für Leib und Leben für sich oder andere bzw. hierfür (unmittelbar bevorstehenden) „Gefahr im Verzuge“. (Psych KG)



Psychopharmaka im Notfall



Benzodiazepine
Antipsychotika
(Loxapin)



Psychopharmaka bei Suizidalität

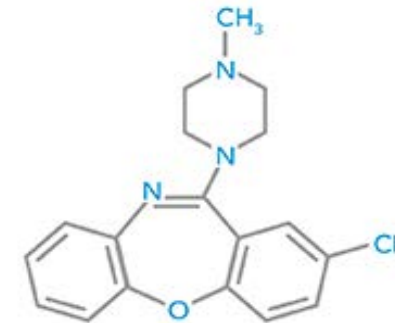
Syndrome	Medikament der 1. Wahl	Medikament der 2. Wahl
Suizidales Syndrom	Lorazepam: 1-2 mg i.v. oder 1-2,5 mg per os	Diazepam: 5-10 mg i.v. per os oder rektal
Suizidales Syndrom im Rahmen einer Psychose	Levomepromazin: 20-25 mg i.m. oder i.v.	Haloperidol: 5-10 mg i.m.



Loxapin



Loxapin (oral und i.m.) ist seit mehr als 35 Jahren in Europa, den USA und Kanada eingeführt.

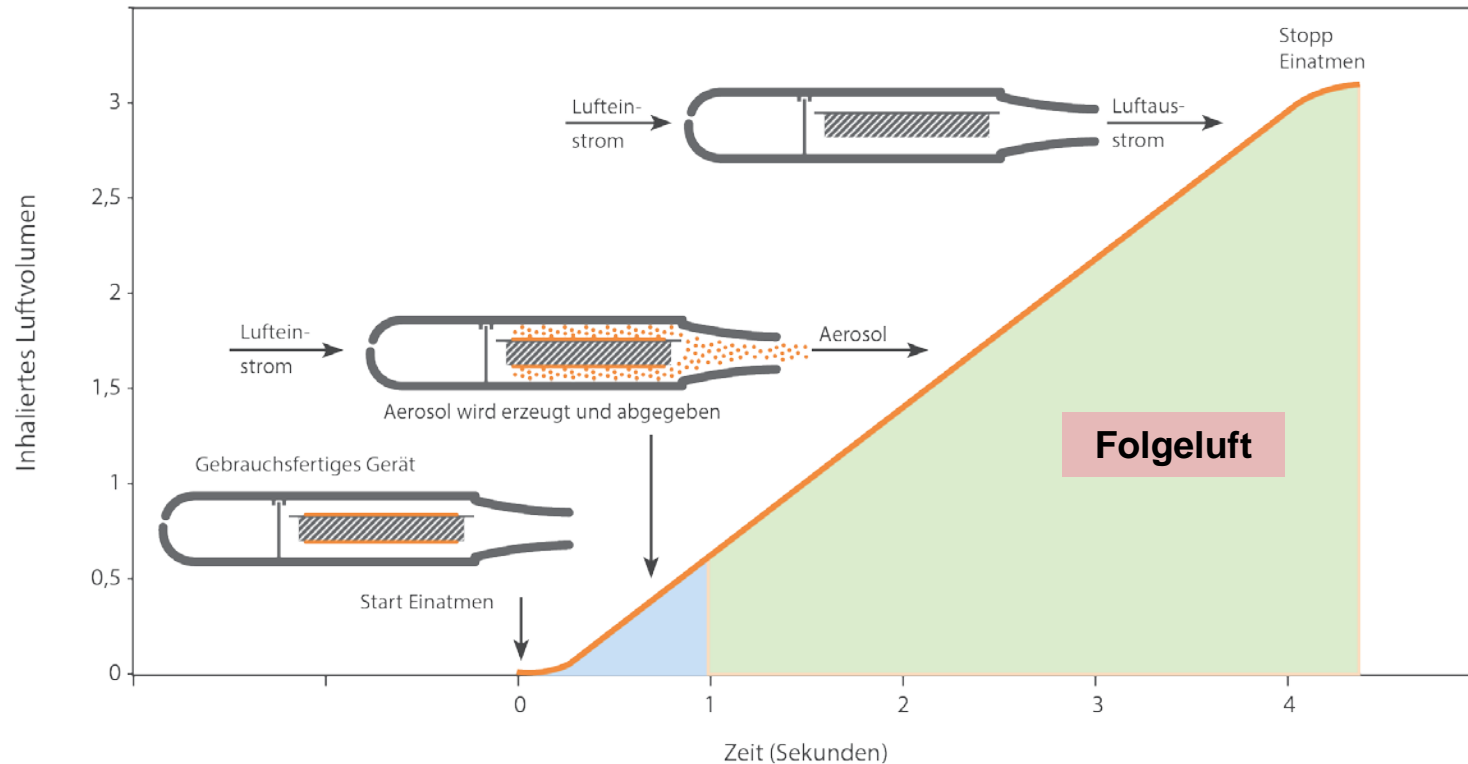


Es gibt mehr als 60 publizierte Studien (40 waren randomisiert und Placebo kontrolliert).

In Frankreich und USA wird Loxapin zur Behandlung vorallem in der Akutsituation bei Agitiertheit eingesetzt. Hier zugelassen für bipolare und psychotische Patienten.



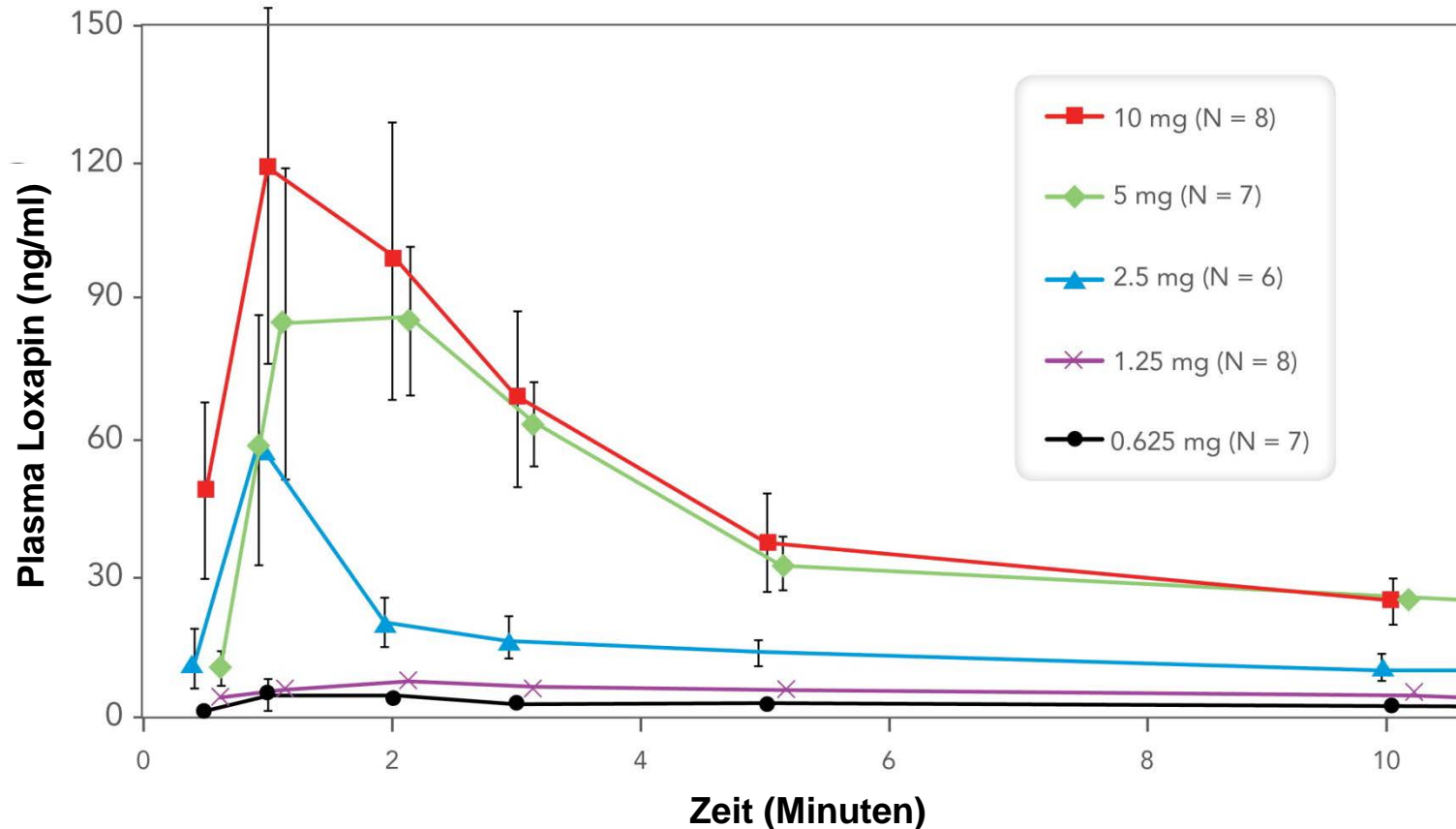
Schnelle Wirkstoffverabreichung in nur einem Atemzug



1 Sekunde nach Beginn des Einatmens ist der Wirkstoff bereits in der Lunge
Kein forciertes Einatmen nötig
Nicht vergleichbar mit herkömmlichen Inhalationssystemen



Plasmaspitzen nach 2 Minuten



Spyker DA, et al. Pharmacokinetics of loxapine following inhalation of a thermally generated aerosol in healthy volunteers. J Clin Pharmacol. 2010



Fazit

- Die Identifikation und adäquate Versorgung („psychologische Erste Hilfe“) von Patienten mit akuter Suizidalität gehört inzwischen zu den häufigen Tätigkeiten von Rettungsdienstmitarbeitern.
- Sie benötigen daher fundierte Kenntnisse der Risikoabschätzung sowie Krisenintervention.
- Jede suizidale Äußerung von Patienten ist ernst zu nehmen („Wer darüber spricht, tut es häufig auch!“) und schnellstmöglich abzuklären.
- Ist dies vor Ort nicht sicher möglich, muss der Patient für eine Zweitsicht in eine psychiatrische Klinik überführt werden.
- Prinzipiell gilt: Sicherheit geht vor! Kein suizidaler Patient darf sich selbst überlassen werden. Vielmehr muss er immer unter Aufsicht sein bzw. einen Ansprechpartner zur Verfügung haben, um das Risiko für Kurzschlusshandlungen zu minimieren. ◀

Danke für die Aufmerksamkeit

