

Der Umgang mit suizidalen Patienten im Notarzt- und Rettungsdienst

Dealing with suicidal patients in emergency services

F.-G. Pajonk

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf
(Direktor: Prof. Dr. I. Hand)

Zusammenfassung: Über 12.000 vollendete Suizide und mindestens 75.000 Suizidversuche in Deutschland pro Jahr stellen auch Anforderungen an das Notarzt- und Rettungspersonal. Bislang wurde dieses Kapitel der Notfallmedizin jedoch vernachlässigt. Besondere Probleme bestehen in der Einschätzung der Suizidgefährdung und der rechtlichen Lage. Dieser Beitrag beschreibt Häufigkeit und Relevanz von Suizidalität im Rettungsdienst und gibt Hilfestellung für die Beurteilung der Suizidgefährdung. Außerdem werden die Prinzipien der Krisenintervention und Therapie dargestellt. Jeder Patient muß individuell behandelt werden; deshalb müssen die grundlegenden Einstellungen und Verhaltensweisen soweit trainiert werden, daß sie flexibel an die jeweilige Situation angepaßt werden können.

Einleitung

Der Umgang mit suizidalen Patienten im Rettungsdienst ist ein bislang vernachlässigtes Thema. Zwar existieren keine gesicherten Daten über die Prävalenz von Suizidalität im Rettungsdienst, Notärzte schätzen aber die Häufigkeit auf ca. 10%. In der Notarzausbildung (Fachkundenachweis Rettungsdienst) wird dieses Thema gar nicht oder nur im Rahmen psychiatrischer Notfälle angesprochen. Die richtige Einschätzung der Suizidgefährdung und die Kenntnis von Krisenintervention, therapeutischen Strategien und rechtlicher Situation führt nicht nur zu einer verbesserten Versorgung des Patienten. Sie bewirkt auch eine subjektive Entlastung des Notarztes und ist damit für ihn selbst gesundheitsprotektiv. Im folgenden sollen die wesentlichen Gesichtspunkte beim Umgang mit suizidalen Patienten dargestellt werden.

Ausbildungsstand

Die psychiatrische Ausbildung von Notärzten ist nicht zufriedenstellend, die psychiatrische Vorerfahrung des Großteils der Notärzte gering (29). Der Anteil von Psychiatern als Notarzt ist verschwindend klein (ca. 1%); in der Regel wird der Notarztendienst mit Anästhesisten, Chirurgen und Internisten, im nieder-

gelassenen Bereich auch von Allgemeinmedizinern besetzt (25, 29). Deren Ausbildung zu den angestrebten Fachqualifikationen läßt in der Regel kaum Zeit für eine psychiatrische Aus- oder Weiterbildung. Daher sind die Ausbildungsveranstaltungen zum Fachkundenachweis "Rettungsdienst" oder entsprechende Weiterbildungskurse für viele die einzige Möglichkeit, Kenntnisse über die Erstdiagnostik und Therapie von psychiatrischen Notfallsituationen zu gewinnen. Das Curriculum der Bundesärztekammer zum Kurs für den Fachkundenachweis "Rettungsdienst" sieht bei einer Kursdauer von insgesamt 3.600 Min. für psychiatrische Notfälle und für Drogennotfälle lediglich je 45 Min. (1,25%) vor (7).

Die persönlichen Kenntnisse bezüglich psychiatrischer Notfälle inkl. des Umgangs mit Suizidalität der in einer Studie von Pajonk et al. befragten Notärzte wurden überwiegend als gering eingestuft, obwohl sie deren Wichtigkeit als hoch erachteten (29). Von Notärzten gestellte psychiatrische Diagnosen sind in einem sehr viel geringeren Anteil korrekt (ca. 70%) als Diagnosen aus der somatischen Medizin (ca. 90%) (2). Dies führt in einem höheren Prozentsatz zu falsch indizierten Therapien oder stationären Einweisungen.

Nach den Ergebnissen dieser Befragung ist das Interesse an Fortbildungen besonders zu den Themen Krisenintervention (Vor-Ort-Behandlung) und Suizidalität (Erkennen und Einschätzen) hoch, gleichfalls die Bereitschaft zur Teilnahme an solchen Veranstaltungen. Bislang haben knapp dreiviertel aller Notärzte nie oder sehr selten Fortbildungen zu diesen Themen besucht.

In der Praxis besteht eine große Diskrepanz zwischen der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und dem Wissensverständnis einerseits und der tatsächlichen Anwendung des Gelernten andererseits. Erforderlich ist ein Einüben der Maßnahmen (19). Häufig werden Argumente gegen eine psychologische Schulung vorgebracht, besonders das der intuitiv richtigen Verhaltensweise in Extremsituationen. Mag dies für rein zwischenmenschliche Kontakte zutreffen, muß es für psychiatrische Problempatienten sicher bezweifelt werden. Vom Arzt werden neben einer unspezifischen Kompetenz zur Kommunikation spezifische Lernschritte einer Aus- und Weiterbildung gefordert (39).

Häufigkeit und Relevanz von Suizidalität

Die Einschätzung der Suizidgefährdung gehört bei einer jährlichen Inzidenz erfolgreicher Suizide von 12.000-13.000 in der Bundesrepublik zu einer der wichtigsten Aufgaben der Notfallpsychiatrie und damit auch des Notarztes (16, 17, 30). Die Rate an Suiziden ist in den letzten Jahren leicht rückläufig. Im Jahr 1997 verstarben 12.265 Menschen an den Folgen eines Suizids. Die Inzidenz liegt für Frauen bei 8,1 auf 100.000, für Männer bei 22,1 auf 100.000. Es verbleibt eine unbekannte Dunkelziffer. Suizidversuche werden auf ca. 70-75.000 geschätzt (Frauen 127 auf 100.000, Männer 77 auf 100.000), die darüber hinausgehende Dunkelziffer ist hoch (36).

Gesicherte Daten über die Häufigkeit in der präklinischen Notfallmedizin liegen bislang nicht vor. Lediglich zwei Studien haben bisher bei der Auswertung von Notarztprotokollen Suizidalität gesondert erhoben (15, 27). Die Rate suizidaler Patienten an allen psychiatrischen Notfällen betrug zwischen 25-35% bei 9% psychiatrischen Einsatzursachen. Daraus ergibt sich eine Häufigkeit suizidaler Gedanken, Absichten und Handlungen in ca. 3% aller Einsätze. Wahrscheinlich liegt dieser Anteil aber sehr viel höher. Die bisher verwendeten Notarztprotokolle hatten Suizidalität nicht abgefragt, deshalb wurde sie sicherlich auch nicht in jedem Fall dokumentiert. In der neuen Version des DIVI-Notarztprotokolls (Version 4.0) wurde dieser Komplex neu aufgenommen (26). Das Defizit in der Dokumentation läßt sich auch aus der gängigen Praxis erklären, psychiatrische Erkrankungen erst dann in Erwägung zu ziehen, wenn internistische oder chirurgische ausgeschlossen werden konnten, bzw. bei bestehender Komorbidität oft nur die somatische Erkrankung anzuführen (34).

Zum anderen schätzten zwei unabhängige Populationen von Notärzten die Häufigkeit von Suizidalität bei allen Einsätzen auf ca. 10% (27, 29). In speziellen Notdiensten (Psychiatrischer Notdienst Hamburg, Kriseninterventionszentrum Berlin) liegt der Anteil bei bis zu 60% (13, 35). Eine weitere Relevanz des Themas ergibt sich daraus, daß Notärzte dem Thema Suizidalität eine hohe bis sehr hohe Bedeutung beimessen, ihre Fachkenntnisse hierzu überwiegend mäßig einschätzen und sich nicht selten damit überfordert fühlen.

96% der Notärzte ordneten Suizidalität psychiatrischen Notfällen zu (30). Suizidalität ist in der weit überwiegenden Mehrzahl (über 80%) mit dem Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung oder akuten Krise verknüpft (6, 15, 21, 24, 37). Besonders gefährdete Personengruppen sind Patienten mit Depressionen, Schizophrenien, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen (speziell vom Borderline-Typ) und vor allem bei bestehender Komorbidität der genannten Erkrankungen (36).

Die gewählten Maßnahmen zur Durchführung eines Suizidversuchs unterscheiden sich von denen bei vollendetem Suizid. Beim Suizidversuch stehen Intoxikationen (Medikamente und/oder Alkohol)

ganz im Vordergrund (Männer: 51%; Frauen: 70%). Beim vollendeten Suizid spielen die sogenannten "harten Methoden" (Erhängen, Erdrosseln) eine größere Rolle (Männer: 56%; Frauen: 41%, männliche Kinder und Jugendliche: 66%; weibliche: 29%) (36). Für den Bereich des Rettungsdienstes existieren praktisch keine Daten. Lediglich bei der Auswertung der Notarztprotokolle des Landkreises Schaumburg wurden hierzu Angaben gemacht (27). Ohne Unterscheidung von Suizidversuch (88%) oder vollendetem Suizid (12%) fanden sich bei mehr als der Hälfte der betroffenen Patienten eine Medikamentenintoxikation (51,0%). In der Häufigkeit folgten Erhängen/Strangulation und Alkoholintoxikation (je 15,7%) sowie Pulsadereröffnung (z.B. A. radialis oder A. carotis, 14,7%) (Abb. 1).

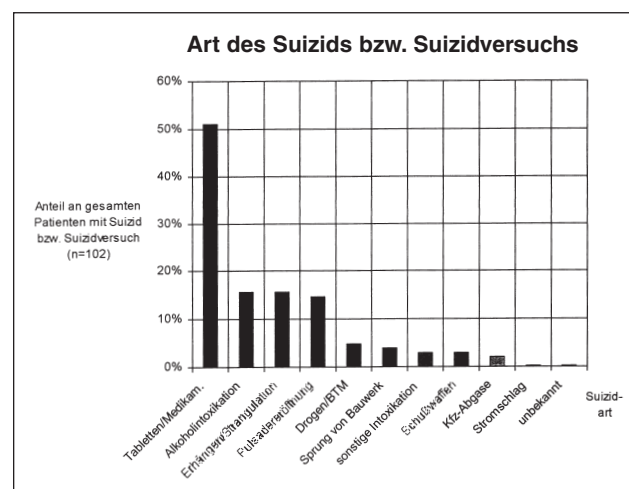


Abbildung 1: Arten des Suizidversuchs bzw. vollendeten Suizids im Rettungsdienst im Landkreis Schaumburg.

Einschätzung der Suizidgefährdung

Die Abschätzung der Suizidgefährdung eines Patienten bzw. bereits das Erkennen suizidaler Tendenzen oder Gedanken gehört mit zum schwierigsten, was ein Notarzt leisten muß (16, 28). Die "Ernsthaftigkeit" einer Ankündigung oder eines bereits erfolgten Versuchs wird mit dem oft zitierten "gesunden Menschenverstand" beurteilt (40). Langjährige Erfahrungen in Aus- und Weiterbildung von Notärzten zeigen hingegen, daß dessen Ergebnis häufig erheblich von dem abweicht, was mit der Anwendung etablierter Verfahren zur Risikoabschätzung (z.B. Fragenkatalog von *Pöldinger* (31)) erzielt worden wäre.

Die Äußerung von Suizidgedanken oder der Suizidversuch mit offensichtlich ungeeigneten Mitteln erfordert eine differenzierte Beurteilung. In möglichst ungestörter Atmosphäre sollten Suizidgedanken und -impulse mit der nötigen Empathie unumwunden angesprochen werden. Folgende Begriffe sollten unterschieden werden (36):

- Suizidversuch: ein Verhalten, das in selbstmörderischer Absicht mit nicht tödlichem Ausgang erfolgt.

- Hierzu zählen auch Handlungen, die unterbrochen wurden, bevor eine tatsächliche Schädigung eintrat
- Suizidgesten: Handlungen, die keine ernsthafte Lebensgefahr nach sich ziehen ("appellatives Verhalten")
 - Suiziddrohungen: alle verbalen Äußerungen oder Handlungen, die selbstschädigendes Verhalten ankündigen
 - Suizidideen (-absichten): alle Gedanken an suizidale Handlungen.

Risikofaktoren für Suizidversuche sind insbesondere (6):

- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Psychiatrische Erkrankungen
- Sexueller Mißbrauch
- Städtisches Gebiet
- Niedrige soziale Schicht, geringe Schul- und Berufsbildung, Arbeitslosigkeit
- Vereinsamung
- Junge Frauen.

Häufigste Ursachen eines Suizidversuchs sind kurzfristige, reaktive psychische Störungen im Zusammenhang mit Lebenskrisen. Der Wunsch nach einer Zäsur ("Katharsis") zur Beendigung einer unbewältigten Lebenssituation kann sowohl in einen Suizidversuch wie in eine Suizidgeste münden. Ziel der Exploration sollte die Erkennung zugrundeliegender psychiatrischer Krankheitsbilder sein. Bislang muß davon ausgegangen werden, daß bei einer bedeutsamen Anzahl von Patienten die psychiatrische Komponente nicht diagnostiziert und behandelt wird, obwohl dies wichtige Konsequenzen für Therapie und Prognose hat (9, 38).

Erforderlich zur differentialdiagnostischen Abklärung sind Anamnese, körperlich-neurologische Untersuchung und, soweit möglich, laborchemische Bestimmungen (z.B. Blutzuckerschnelltest). Da nicht alle Patienten kooperationsbereit sein werden, wird sich der Arzt häufig nur mit unvollständigen Daten begnügen müssen; bei manchen Patienten ist schließlich gar keine Befragung/Untersuchung möglich (4, 8, 18).

In diesen Fällen ist der Arzt ganz auf seine Beobachtungsgabe und seine Gesprächsführung angewiesen. Bei der Anamneseerhebung ist besonders auf die genannten Risikofaktoren zu achten; alle Möglichkeiten einer Fremdanamnese sollten ausgeschöpft werden (6, 8, 16). Zur Beurteilung des körperlich-neurologischen Status sollten beobachtet werden (4):

- Äußere Erscheinung (z.B. Pflegezustand, Motorik, Gestik, Verletzungen)
- Vegetative Funktionen (z.B. Tremor, Schweißsekretion, Pupillen)
- Psychopathologischer Befund (z.B. Bewußtseinslage, Orientiertheit, Kohärenz des Denkens, Ordnung des Gespräches, pathologische Wahrnehmungen oder Denkinhalte, Misstrauen).

Auch auf der Basis unvollständiger Angaben und Untersuchungsergebnisse müssen klinische Entschei-

dungen getroffen und die Art der Krisenintervention festgelegt werden. Psychotische Patienten, organisch Kranke, Abhängige oder Personen mit Persönlichkeitsstörungen bedürfen einer differenzierten Behandlung.

Rechtliche Situation

Vielfach bestehen bei Notärzten erhebliche Unklarheiten, welche Verfahrensweisen rechtlich nicht nur möglich, sondern auch verlangt sind. Die gesetzlichen Grundlagen dafür sind klar. Es ist Aufgabe des Arztes, "das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern" (20), unabhängig davon, was der Patient oder er selbst wünschen. Die Entscheidung über Beginn, Dauer oder Verzicht einer Therapie ist eine rein medizinische (5). Es besteht keine Wahlfreiheit, auch nicht bei Patienten, die einen Suizidversuch begehen wollen oder bereits begangen haben. Der Arzt ist verpflichtet zu helfen (3), anderenfalls macht er sich der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) bzw. der Körperverletzung durch Unterlassen (§ 223 in Verbindung mit § 13 StGB) schuldig. Obwohl es auch sogenannte Bilanzsuizide psychiatrisch unauffälliger Patienten gibt, finden die meisten Suizidversuche doch auf dem Boden einer krisenhaften Zuspitzung einer Belastungssituation oder psychiatrischen Erkrankung statt. Behandlungen und stationäre Einweisungen gegen den Willen des Patienten sind rechtlich dadurch gerechtfertigt, daß die Mehrzahl der Suizidenten den suizidalen Akt in einem Zustand krankhafter Einschränkung der freien Willensbildung begeht (28). Gesetzliche Grundlagen über die zwangsweise Behandlung von Menschen gegen ihren Willen divergieren in Abhängigkeit vom Bundesland (z.B. Hamburger Psychisch Kranken Gesetz (Hamb Psych KG), Bayerisches Unterbringungsgesetz (BUG)). Grundkenntnisse der regionalen Bestimmungen werden jedem Notarzt empfohlen. Weitestgehend gemeinsam ist ihnen, daß ein diagnostisches oder therapeutisches Vorgehen (inkl. Transport) auch gegen den Willen des Patienten möglich ist, und zwar im Sinne der Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 677 BGB) bzw. straffrei ist im Rahmen des Rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB). Hierzu bedarf es des Vorliegens einer akuten Gefahr für Leib und Leben für sich oder andere bzw. einer hierfür (unmittelbar bevorstehenden) "Gefahr im Verzuge". Anderenfalls könnten der Tatbestand der Körperverletzung (§ 223 StGB) bzw. Freiheitsberaubung (§ 239 StGB) erfüllt sein.

Bevor ein Patient gegen seinen Willen behandelt wird, muß zunächst über einen ausreichend langen Zeitraum versucht werden, ihn von der Notwendigkeit der zu treffenden Maßnahmen zu überzeugen und hierzu seine Zustimmung zu erlangen. Wie lang der Zeitraum sein muß und darf, hängt entscheidend auch von den Umständen ab. Nach bereits erfolgtem Suizidversuch (z.B. durch Intoxikation) wird er sicher kürzer sein als bei einer Suizidankündigung.

Bei nicht gegebener Freiwilligkeit, nach Möglichkeit noch vor der Ergreifung von Zwangsmaßnahmen, ist die Polizei zu alarmieren (3, 5). Ob diese dann eine aktive Rolle im Behandlungsgeschehen spielen muß oder sich vorzugsweise im Hintergrund hält, ist von der jeweiligen Situation abhängig. Manche Patienten lassen sich allein durch die Präsenz der Ordnungshüter zur Kooperation bewegen. In anderen Fällen, bei Lebensbedrohung, ist das tatkräftige, gemeinsam koordinierte Vorgehen von Ordnungs- und Rettungskräften zur Verhinderung von Personenschäden unumgänglich.

Krisenintervention und Therapie

Die Art der Krisenintervention ist abhängig von der zugrundeliegenden Störung und von Stadium und Grad der Selbstgefährdung. Nach erfolgtem Suizidversuch muß der Patient initial versorgt werden (z.B. Druckverband nach Pulsaderschnitt, komplette notfallmedizinische Versorgung eines Polytraumas). Eine stationäre Einweisung muß in jedem Fall erfolgen, selbst wenn eine Schädigung nicht vorliegt oder nur minimal ist. Nach abgeschlossenem Transport ins Krankenhaus und vollständiger Dokumentation ist damit die Aufgabe des Notarztes beendet.

Schwieriger kann es nach erfolgter Intoxikation werden; der Patient kann leugnen, Mittel in suizidaler Absicht zugeführt zu haben, und kann sich von Suizidalität glaubhaft distanzieren (14, 16). In diesem Fall ist es Aufgabe des Rettungsdienstes, nach Spuren für eine Intoxikation zu suchen (z.B. leere Tablettdosen), den Patienten intensiv zu befragen und zumindest so lange zu überwachen, bis eine erfolgte Intoxikation durch peroral zugeführte Substanzen unwahrscheinlich ist, also mindestens 30 Minuten. Bestehen Zweifel, ob ein Suizidversuch stattgefunden hat oder nicht, sollte der umgehende Transport in die Klinik erfolgen. Unabhängig davon muß die Entscheidung über das Ausmaß der Suizidgefährdung mit den daraus resultierenden Maßnahmen erfolgen.

Liegt Suizidgefährdung vor, ohne daß konkrete Maßnahmen zur Realisierung erkennbar sind, oder wird ein Suizidversuch angekündigt (Patient in der Wohnung droht vom Balkon zu springen) und ist der Notarzt über deren Ausmaß im Zweifel, ist eine fachpsychiatrische Begutachtung erforderlich. Diese erfordert in der Regel den Transport in eine psychiatrische Ambulanz, ggf. auch eine stationäre Einweisung zum Zweck der Beurteilung der Suizidalität und zur Krisenintervention - auch gegen den Willen des Patienten. Noch schwieriger wird die Situation für den Notarzt, wenn ein Suizidversuch im Vollzug ist (Patient sitzt auf dem Balkongeländer).

Zunächst muß versucht werden, eine Kommunikation mit dem Patienten herzustellen. Ist eine Gesprächsbasis hergestellt, müssen im Kontext der Erlebniswelt des Patienten realistische Perspektiven und Hoffnung vermittelt werden mit dem Ziel der Kooperation und des Abbruchs des Suizidversuchs (z. B. Talk down).

Der Umgang mit suizidalen Patienten erfordert ein geduldiges und besonnenes, gleichwohl klares und entschiedenes Verhalten. Für Exploration und Intervention wird Zeit und Ruhe benötigt, die sich der Notarzt nehmen muß. Dem Patienten müssen der Sinn des Einsatzes, die Notwendigkeit der Behandlung und das geplante Vorgehen vermittelt werden, auch wenn er nicht zuzuhören scheint (11). Die Entwicklung einer persönlichen Beziehung kann durch gemeinsame Aktivitäten, z.B. das Rauchen einer Zigarette, gefördert werden.

Bei Patienten mit Derealisation, Wahn und Halluzinationen sollte der Notarzt versuchen, sich in die Erlebniswelt des Patienten zu versetzen (17, 22). Das Anzweifeln des subjektiv als real Erlebten ist in der Regel kontraproduktiv, genauso wie Vorwürfe und Schuldzuweisungen oder pauschale Appelle an den "gesunden Menschenverstand" (z.B. "Reißen Sie sich zusammen", "Nehmen Sie es nicht so schwer", "Es ist doch alles halb so schlimm") (33). Menschen mit akustischen Halluzinationen müssen beispielsweise Befehle imperativer Stimmen befolgen, obwohl sie dies vielleicht gar nicht wollen. Der Patient muß in seinem Wahrnehmen, Fühlen und Erleben ernst genommen werden und sich ernstgenommen fühlen, auch über die Verständnisfähigkeit des Notarztes hinaus. Viele Patienten lassen schließlich doch Maßnahmen zu, wenn ihnen der Sinn verständlich gemacht wird. Unabhängig davon ist vom Arzt die konstante, aufmerksame Beobachtung des Patienten zu fordern.

Gelegentlich drängen Patienten den Notarzt sogar zu Maßnahmen, Suizidalität zu verhindern, und fordern diagnostische oder therapeutische Maßnahmen ("Spritzen Sie mir 20 mg Diazepam, dann geht es wieder!"), verweigern aber jede Kooperation bei einer längerfristigen Behandlung und lehnen jeden Transport in eine psychiatrische Ambulanz oder in ein Kriseninterventionszentrum ab (14). Nicht selten wird der Notarzt mehrfach täglich angefordert, um die immer wieder exazerbierenden Krisen pharmakologisch zu behandeln. Sollte er sich weigern, wird mit Suizidalität gedroht.

In diesen Fällen gibt es keine Patentrezepte. Entscheidend ist die subjektive Einschätzung der Suizidgefährdung durch den Notarzt. Ist ein psychiatrischer Notdienst verfügbar, sollte ein Psychiater zur Beurteilung herangezogen werden. Andernfalls hat der Notarzt drei Optionen. Er kann dem Drängen des Patienten nachgeben (geringster Widerstand) in der Hoffnung, so einen Suizidversuch verhindern zu können. Er kann eine nicht indizierte medikamentöse Behandlung verweigern mit dem Risiko, daß tatsächlich ein Suizidversuch verübt wird. Oder er kann von gegebener Suizidgefährdung ausgehen und den Patienten mit Hilfe von Ordnungskräften in eine psychiatrische Klinik einweisen.

Das Grundmuster empfohlenen ärztlichen Verhaltens gibt Abbildung 2 wider. Die Haltung zum Einsatz sollte durch Entschlossenheit, die zum Patienten durch Echtheit (Authentizität, Kongruenz im Sinne des Modells nach Rogers (32)) und Gelassenheit gekennzeichnet sein. Entschlossenheit als übergeordnetes

Prinzip beinhaltet eine wache Aufmerksamkeit, Patient und Umgebungsbedingungen wahrzunehmen und nach Hinweisen für Gefährdung und Möglichkeiten der Rettung zu suchen. Sie muß zudem als Standfestigkeit verstanden werden, Entscheidungen durchzutragen - auch gegen Widerstand von Patienten oder Ordnungskräften -, die nach genauer Abwägung der Situation getroffen wurden. Bei aller Belastung sollte die Situation dennoch so entspannt wie möglich gestaltet werden. Hier fließen Persönlichkeit, Fachkenntnisse und Erfahrung des Retters ein.

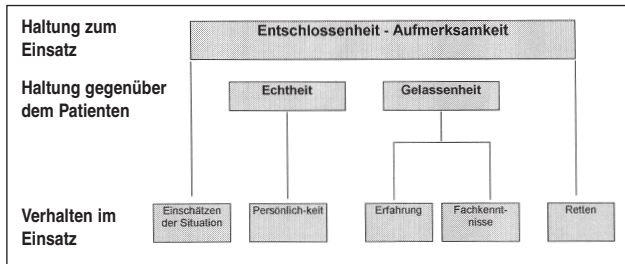


Abbildung 2: Haltung und Verhalten des Arztes im Umgang mit suizidalen Patienten.

Die Diskussion der pharmakotherapeutischen Möglichkeiten und die Differentialtherapie sprengen die Möglichkeiten dieses Beitrags. Kurz zusammengefaßt ist eine akute pharmakologische Krisenintervention in den meisten Fällen sinnvoll. Das Spektrum der auf dem Notarztwagen zur Verfügung stehenden Medikamente ist gering. Am häufigsten wird das Diazepam verwendet, das freilich in vielerlei Hinsicht nicht optimal ist. Bei Menschen mit der Grunderkrankung einer Schizophrenie, organischen oder symptomatischen Psychose sollte auf die Gabe von Haloperidol nicht verzichtet werden. Levomepromazin (Neurocil®) ist zugelassen für die Indikation "hochgradige Suizidalität bei Unruhezuständen im Rahmen depressiver Syndrome", weist jedoch - parenteral verabreicht - eine Reihe von unerwünschten Wirkungen auf (12) (Tab. 1).

Die Psychopharmaka sollten vorzugsweise oral oder intramuskulär appliziert werden. Fundierte Therapieempfehlungen existieren mangels Vorhandenseins wissenschaftlicher Studien nicht. Vorschläge hierfür wurden in amerikanischen emergency departments entwickelt (10). Sie sind aber auf Grund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen nicht einfach auf deutsche Verhältnisse übertragbar.

Belastung und Streßprävention

In der Studie von Pajonk et al. (29) gaben Notärzte nicht selten (59%) an, sich durch psychiatrische Patienten überfordert zu fühlen. Dieser Anteil dürfte bei suizidalen Patienten kaum niedriger liegen. Eine Ursache dafür findet sich sicherlich in der oben beschriebenen Unsicherheit hinsichtlich Diagnostik und Intervention/Therapie. Weitere Gründe finden sich in den Gefühlen, die suizidale Patienten durch ihr Verhalten regelhaft beim Rettungsdienstpersonal aus-

Tabelle 1: Vorschläge für Psychopharmaka bei Suizidalität (12)

| 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 paranoid-halluzinatorischen Psychose | Levomepromazin: 20-25 mg i.m. oder i.v. | Haloperidol: 5-10 mg i.m. oder i.v. |

lösen (Gegenübertragung), z.B. Aggressivität, Mitleid, Furcht, Ärger, Zurückweisung (11). Sollte tatsächlich ein Suizid in Anwesenheit des Arztes und nach Herstellung eines Kontaktes erfolgen, ist dies hochgradig belastend und regelhaft mit schwersten Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen auf Seiten des Arztes verbunden, die z.T. lange anhalten und in eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) münden können. Aber nicht nur der Patient fordert den Arzt. Das Rettungsteam und der Notarzt als Verantwortlicher stehen im Mittelpunkt des Geschehens. Einsätze bei suizidalen Patienten finden nicht selten vor Zuschauern (z.B. Familie, Öffentlichkeit) statt. Der Notarzt wird verbal oder nonverbal und raschem konsequentem Vorgehen aufgefordert und muß Kompetenz beweisen (4, 23); er ist die Person, auf die die Hoffnung gesetzt und Verantwortung abgegeben wird. In der Öffentlichkeit entsteht zusätzlich Druck durch die peinlich genaue Registrierung des Verhaltens, gegebenenfalls auch mittels Fotoapparat oder Kamera.

Angesichts dieser Konstellation überrascht es nicht, daß Ärzte Fortbildungsprogrammen zu persönlichem Krisenmanagement und Streßbewältigung weit überwiegend (72%) große oder sehr große Bedeutung zumessen (29), und das, obwohl es im Rettungsdienst starke Tendenzen gibt, psychische Probleme zu verschweigen. Für ein erfolgreiches Streßmanagement nach traumatischen Ereignissen stehen mehrere Methoden zur Verfügung. Als professionelle Technik steht z.B. das "critical incident stress management" (CISM) zur Verfügung (1). In vielen Fällen hilfreich sind bereits einfache Maßnahmen wie Nachbesprechungen des Rettungsteams am Ende der Schicht. Sinnvoll sind auch gemeinsame Unternehmungen (z.B. zusammen Essen gehen), um Möglichkeiten zum Austausch der persönlichen Gefühle zu schaffen. Dies fördert das Gemeinschaftsgefühl und den innerpsychischen Verarbeitungsprozeß.

Summary: More than 12,000 suicides and at least 75,000 suicide attempts in Germany in each year pose a challenge for emergency personell. Up to now, this topic has been neglected in emergency medicine. Particular problems are the assessment of the risk of suicide as well as legal issues. This article describes the

prevalence and relevance of suicidal ideation in emergency services and provides help for the risk assessment. Additionally, the principles of crisis intervention and therapy are presented. Although each patient has to be treated individually, basic patterns of attitude and behaviour have to be trained so that the staff are able to apply them in a concrete situation.

Key-words:**Emergency medical services;****Suicide;****Risk factors;****Crisis intervention.****Literatur**

1. *Appel-Schumacher T*: Streßmanagement nach traumatischen Ereignissen. in J Bengel: Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, S. 255-268, Springer Verlag Berlin 1997
2. *Arntz H R, Klatt S, Stern R, et al.*: Sind Notarzt Diagnosen zuverlässig? *Anästhesist* 45 (1996) 163-170
3. *Baer R*: Psychiatrisches Notfallrecht. *Nervenheilkunde* 7 (1988) 323-328
4. *Berzowski H*: Der psychiatrische Notfall. 2. Auflage Springer Verlag Berlin 1996
5. *Betz P, Eisenmenger W*: Juristische und ethische Probleme in der Erstversorgung von Notfallpatienten. *Notarzt* 12 (1996) 55-59
6. *Bronisch T, Wittchen H U*: Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders and substance abuse disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 244 (1994) 93-98
7. *Bundesärztekammer*: Kursbuch Rettungsdienst: Curriculum zum Fachkundenachweis "Rettungsdienst". Bundesärztekammer Köln 1994
8. *Cavanaugh S V*: Psychiatric emergencies. *Med Clin North Am* 70 (1986) 1185-1202
9. *Clarke D M, McKenzie D P, Smith G C*: The recognition of depression in patients referred to a consultation-liaison service. *J Psychosom Res* 39 (1995) 327-334
10. *Dubin W R, Feld J A*: Rapid tranquilization of the violent patient. *Am J Emerg Med* 7 (1989) 313-320
11. *Dubin W R, Weiss K J*: Handbook of psychiatric emergencies. Springhouse Corporation Springhouse 1991
12. *Fleiter B*: Pharmakologische Behandlung präklinischer psychiatrischer Notfälle. Promotionsarbeit. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf 2000
13. *Götte J H A*: Psychiatrische Notfall- und Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus - Bilanz des ersten Jahres eines Kriseninterventionszentrums. *Psychiatr Praxis* 6 (1979) 41-49
14. *König F, König E, Faust V, et al.*: Rezidivierende suizidale Krisen bei Persönlichkeitsstörung. *Rettungsdienst* 18 (1995) 361-365
15. *König F, König E, Wolfersdorf M*: Zur Häufigkeit des psychiatrischen Notfalls im Notarzdienst. *Der Notarzt* 12 (1996) 12-17
16. *König F, Wolfersdorf M*: Zur Beurteilung von Suizidalität im Rettungsdienst. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 31 (1996) 615-620
17. *König F*: Zur präklinischen Versorgung suizidaler Krisen im Notarzdienst. *Suizidprophylaxe* 3 (1997) 118-124
18. *König F, Petersdorff T, von Hippel C, et al.*: Zur Erstversorgung psychiatrischer Notfallpatienten. *Anaesthesist* 48 (1999) 542-548
19. *Lasogga F, Gasch B*: Psychische Erste Hilfe. in: J Bengel: Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, 1. Auflage S. 67-88, Springer Verlag Berlin 1997
20. *Laufs A, Uhlenbruck W*: Handbuch des Arztrechts. S. 27 ff., Beck'sche Verlagsbuchhandlung München 1992
21. *Lejoyeux M, Leon E, Rouillon F*: Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide. *Encephale* 20 (1994) 495-503
22. *Menninger W W*: Management of the aggressive and dangerous patient. *Bull Menninger Clin* 57 (1993) 208-217
23. *Meyer W, Balck F*: Affektive Reaktion von Ärzten bei präklinischen Reanimationen. *Notfall & Rettungsmedizin* 3 (2000) 13-21
24. *Michel K, Jaeggi C, Sturzenegger M, et al.*: Characteristics of young suicide attempters and their importance for helpers. *Psychother Psychosom Med Psychol* 44 (1994) 1-6
25. *Moেকে H*: Emergency medicine in Germany. *Ann Emerg Med* 31 (1998) 111-115
26. *Moেকে H, Dirks D, Friedrich H J, et al.*: DIVI-Notarztprotokoll - Version 4.0, korrigierte Fassung. *Anästhesiol Intensivmed* 41 (2000) 46-49
27. *Pajonk F G, Bartels H H, Biberthaler P, et al.*: Der psychiatrische Notfall im Rettungsdienst - Häufigkeit, Versorgung und Beurteilung durch Notärzte und Rettungsdienstpersonal. eingereicht zur Veröffentlichung
28. *Pajonk F G, Poloczek S, Schmitt T K*: Der psychiatrische Notfall - Abgrenzung zu Psychotraumatologie und Krise. *Notfall & Rettungsmedizin* in press
29. *Pajonk F G, Biberthaler P, Cordes O, et al.*: Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten. *Anaesthesist* 47 (1998) 588-594
30. *Pajonk F G, Cordes O, Bartels H H, et al.*: Krisenintervention bei suizidalen Patienten - Ergebnisse einer Befragung zum Kenntnisstand von Notärzten. *Suizidprophylaxe* 27 (2000) 24-30.
31. *Pöldinger W*: Die Abschätzung der Suizidalität. Eine medizinisch-psychologische und medizinisch-soziologische Studie. Huber Verlag Bern, Stuttgart 1968
32. *Rogers C*: Counseling and psychotherapy. Houghton Mifflin Boston 1942
33. *Schmitt T K, Pajonk F G, Poloczek S*: Psychiatrische Notfälle und Krisen - Psychische Erste Hilfe, Krisenintervention und Notfallseelsorge. *Notfall & Rettungsmedizin* in press
34. *Schuster J M*: Psychiatric consultation in the general hospital emergency department. *Psychiatric Services* 46 (1995) 555-557
35. *Spengler A*: Der mobile psychiatrische Notfalldienst in Hamburg. in: Katschnig H, Kulenkampff C: Notfallpsychiatrie und Krisenintervention, S. 74-84, Rheinland Verlag Köln 1987
36. *Suokas J, Lonngvist J*: Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatr Scand* 91 (1995) 36-40
37. *Tiemens B G, Ormel J, Simon G E*: Occurrence, recognition and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 153 (1996) 636-644
38. *von Uexküll T*: Die Einführung der psychosomatischen Betrachtungsweise als wissenschaftstheoretische und berufspolitische Aufgabe - Gedanken zum Problem der ärztlichen Verantwortung. in: T von Uexküll: Psychosomatische Medizin, 5. Auflage Urban und Schwarzenberg Verlag München 1997
39. *Wolk-Wassermann D*: Contacts of suicidal neurotic and prepsychotic/psychotic patients and their significant others with public care institutions before their suicide attempt. *Acta Psychiatr Scand* 75 (1987) 358-372.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Frank-Gerald Pajonk
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
 Martinistraße 52
 D-20246 Hamburg.