

Jannis Hochbahn „Psychiatrische Notfälle im Rettungsdienst“ - Vortragsabstract

Psychische Erkrankungen zählen seit Jahren zu den drei Hauptgründen für Krankmeldungen¹ und betreffen daher in zunehmendem Maße auch den Rettungsdienst. Das vorliegende Abstract beschäftigt sich mit dem Thema, wie Mitarbeiter der Rettungsdienst für psychiatrische Notfälle vorbereitet werden müssen. Hieraus ergeben sich insbesondere folgende Fragen:

- Sind die Mitarbeiter im Rettungsdienst ausreichend für psychiatrische Notfälle vorbereitet?
- Wie sollte die Diagnostik und der psychopathologische Befund durch den Notfallsanitäter im psychiatrischen Notfall aussehen und ist die frühzeitige Erhebung durch den Notfallsanitäter sinnvoll bzw. wenn ja, welche Vorteile ergeben sich hieraus?

Anstieg psychiatrischer Notfälle

Befragungen des RKI zwischen 2019 und 2022 deuten auf eine gestiegene Symptombelastung im Bereich Depression und Angst hin; die Befragten schätzten insgesamt ihre psychische Gesundheit als subjektiv verschlechtert ein.² Die gesetzlichen Krankenkassen belegten zwischen 2012 und 2022 einen Anstieg der Fehltagel aufgrund psychischer Störungen um 48%, allein von 2021 bis 2022 gab es einen Anstieg von 9%³. Auch die Zahl stationär psychiatrischer Krankenhausaufnahmen steigt kontinuierlich.⁴ Insgesamt litten, Stand 2016, etwa 28% der Deutschen an einer psychischen Krankheit; am häufigsten waren dabei Angststörungen (15,4%) und affektive Störungen (9,8%). 8,2% litten an unipolaren Depressionen, 5,7 % an Störungen durch Alkohol- und Medikamentenkonsum (5,7%). Psychische Störungen bedeuten für die Menschen und die Gesellschaft ein ernsthaftes Risiko: Depressionen und selbstverletzendes Verhalten gehören zu den in Deutschland häufigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre⁵. Depressionen sind zudem die Hauptursache für Suizide.⁶

Auch wenn vermutlich jeder Rettungsdienstmitarbeiter aufgrund persönlichen Erfahrungswerten beschreiben würde, dass die Anzahl der psychiatrischen Notfälle hoch ist und in den letzten Jahren subjektiv einen Anstieg erlebt hat, finden sich über die tatsächlichen Einsatzzahlen im psychiatrischen Bereich allerdings keine aktuellen, verlässlichen Daten.⁷ In einer 2001 unter Notärzten und Rettungsdienstmitarbeitern durchgeführten Studie stellten psychiatrische Notfälle mit 9,2% die dritthäufigste Einsatzursache dar⁸. Da anzunehmen ist, dass zwischen der Häufigkeit des Auftretens psychischer Krankheiten im Allgemeinen und der Anzahl psychiatrischer Notfälle eine gewisse Korrelation besteht, kann davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der psychiatrischen Rettungsdiensteinsätze parallel zum Anstieg psychischer Erkrankungen ebenfalls gestiegen ist.

Kompetenz im Umgang mit psychiatrischen Notfällen

Umfragen unter Rettungsdienstmitarbeitern haben zudem gezeigt, dass psychiatrische Notfälle eine besondere Belastung darstellen⁴. Als Gründe hierfür führt die S2K-Leitlinie Notfallpsychiatrie auf:

- „Mangelnde Fachkenntnisse und Erfahrungen des Rettungsdienstpersonals mit psychiatrischen Notfallpatienten
- Überforderung und Hilflosigkeit im Umgang mit psychisch kranken Menschen, insbesondere bei [...] Gewalt
- Zweifel an der eigenen Handlungskompetenz [...]
- Unklare Versorgungsstrukturen und Übergabemöglichkeiten“⁹

¹ <https://www.tk.de/resource/blob/2125010/da11bbb6e19aa012fde9723c8008e394/gesundheitsreport-au-2022-data.pdf> S. 22

² https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/6c85d23473cbf71340bd7b7ff788ad55851cf3982/20231108_Factsheet_Kennzahlen.pdf

³ DAK Psychreport 2023

⁴ https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-023l_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf Seite 16

⁵ <https://www.aerzteblatt.de/callback/image.asp?id=63620>

⁶ <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/suizidalitaet>

⁷ <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-004-0654-x>

⁸ <https://link.springer.com/article/10.1007/s001150170047>

vgl. auch <https://pin-up-docs.de/2023/10/23/psychiatrische-notfaelle/>

⁹ https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-023l_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf Seite 244

vgl. auch Ulf Gärtner: Beurteilung von psychiatrischen Notfällen aus der Sicht von Rettungsdienstmitarbeitern Wertigkeit, Kenntnisstand und Fortbildungsbedarf sowie deren Zusammenhänge mit Persönlichkeitsprofilen. Diss. 2008.

Die seit 2014 schrittweise eingeführte Ausbildung zum Notfallsanitäter bringt ein anderes Ausbildungskonzept mit, v.a. eine deutlich längere Ausbildungszeit und damit einhergehend auch eine Erweiterung der Ausbildung im Bereich Psychiatrie.¹⁰ Insofern wurden gegen das Problem der mangelnden Fachkenntnisse des eingesetzten Personals bereits Maßnahmen getroffen. Allerdings bleibt zu bedenken, dass ein erheblicher Anteil der in Deutschland tätigen Notfallsanitäter nicht die vollständige Ausbildung durchlaufen haben, sondern ihre Berufsurkunde über eine Ergänzungsprüfung nach NotSan-APrV Abschnitt 2 erlangt haben. Es könnte also sein, dass sich auch heute noch ein Teil der im Rettungsdienst tätigen Mitarbeiter unzureichend fachlich gerüstet fühlt.

Diagnostik und Verhalten bei psychiatrischen Notfällen

Die Diagnostik im Rahmen psychiatrischer Notfälle besteht aus drei Säulen: Einschätzung einer möglichen vitalen Bedrohung, Klärung des Bestehens einer Eigen- oder Fremdgefährdung sowie Abklären einer möglichen somatischen oder psychiatrischen Behandlungsnotwendigkeit. Daher sollten durch den Rettungsdienst im psychiatrischen Notfall die folgenden Parameter erhoben werden:

- Vollständige körperliche und neurologische Untersuchung mit Vitalparametern
- Anamnese, möglichst mit Fremdanamnese und frühestmöglicher Erhebung des psychopathologischen Befunds⁷

Das Verhalten beim Erstkontakt, insbesondere eine richtige Gesprächsführung, ist maßgeblich für den gesamten Einsatzerfolg. Da sich die Bedürfnisse von psychiatrischen Patienten, abhängig vom jeweiligen Krankheitsbild, stark unterscheiden, gibt es keine allgemeingültige Patentlösung für den Umgang. Dennoch gibt es einiges, das grundsätzlich beachtet werden sollte: Im Erstkontakt sollte dem Patienten zunächst die Situation erklärt werden, um ihm die Möglichkeit zu geben einen Bezug zur Realität herzustellen und ihm Angst zu nehmen. Dies sollte in möglichst entspannter Atmosphäre, optimalerweise auf Augenhöhe geschehen.¹¹ Zu beachten ist, dass im Rahmen mancher Störungen auch aggressives Verhalten möglich ist und der Eigenschutz und ein möglicher Fluchtweg elementar sind. Durch eine Anpassung des eigenen Verhaltens kann aggressivem Verhalten bereits präventiv begegnet werden. Der Notfallsanitäter sollte eine freundliche und empathische Haltung zeigen, dem Patienten einen Rückzugsraum bzw. Fluchtweg lassen, körperliche Bewegung ermöglichen, jedoch auch eigene Grenzen setzen, potenziell gefährliche Gegenstände frühzeitig sichern und im Zweifelsfall frühzeitig Maßnahmen zum Eigenschutz unternehmen (z.B. taktischer Rückzug oder Hinzuziehen der Polizei). Aggressive Impulse sollten auch proaktiv abgefragt werden. Hinweise darauf, dass dies aggressives Verhalten auslösen könnte, gibt es in der Forschung nicht.¹²

Freiheitsentziehende Maßnahmen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychisch Kranken (PsychKG) NRW sollten nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen und stets im Rahmen der im Gesetz beschriebenen Grundsätze angewandt werden.¹³

Im Gespräch sollte der Patient zunächst die Möglichkeit haben frei zu erzählen. Im Anschluss sollte die weitere Diagnostik durchgeführt werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, die eigene Sprache, Mimik und Gestik so zu steuern, dass eine Situation geschaffen wird, in der der Patient seine Sorgen angst- und vorurteilsfrei äußern kann. Hierbei sollten Element der Gesprächsführung nach C. Rogers genutzt werden.¹⁴

Im Rahmen der körperlichen Untersuchung werden alle relevanten und präklinisch durchführbaren Aspekte über das xABCDE-Schema abgebildet. Zur Anamneseerhebung kann das ebenfalls bekannte SAMPLER+S-Schema genutzt werden. Werden die darin abgefragten Dinge konsequent auf den psychiatrischen Kontext bezogen bzw. in diesem Kontext gestellt, so bilden sie alles Relevante ab.¹⁵

¹⁰ https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/ausfuehrungsbestimmungen-zur-notsan-ausbildung-teil-ii_18032015.pdf

¹¹ Vgl. auch Frank-Gerald Pajonk, Roberto D'Amelio: Psychologische Krisenintervention in der Notfallmedizin. Notfallmedizin up2date 2007; 2(3): 253-268

¹² Leitlinie Notfallpsychiatrie S. 108-112

¹³ Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)-
https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?sg=0&menu=0&bes_id=4853&aufgehoben=N&anw_nr=2

¹⁴ Vgl. Rogers, Carl: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 1983

¹⁵ Leitlinie Notfallpsychiatrie S. 92

Die körperliche und neurologische Untersuchung ist elementar, da viele primär psychiatrisch anmutenden Symptomatiken eine eigentlich somatische Ursache haben können, genauso aber auch psychiatrische Erkrankungen schwere somatische Folgen haben können.¹⁶

Dass eine gründliche Anamnese hoch-effektiv ist, wird deutlich daran, dass durch eine vollumfängliche körperliche und neurologische Untersuchung 51% aller Fälle der richtigen Beschwerdeursache zugeordnet werden konnten, durch eine gründliche Anamnese 94% aller Fälle.¹⁷

Ergänzend zur Untersuchung des Patienten sollte eine apparative Diagnostik zum Einsatz kommen. Im Rahmen eines rettungsdienstlichen Einsatzes bedeutet dies praktisch, dass ein EKG geschrieben werden sollte und der Blutzuckerspiegel gemessen werden muss. Beides findet im Rahmen der körperlichen Untersuchung als Teil des xABCDE-Schemas ohnehin statt. Aufgrund der fehlenden Ausstattung im Rettungswagen kann in der Regel keine Blutgasanalyse o.ä. durchgeführt werden.¹⁸

Die Durchführung eines Drogenscreenings wäre beispielsweise über Schnelltests darstellbar, zeigt aber nur selten einen erkennbaren Mehrwert. Es wird berichtet, dass die Angaben der Patient*innen zum eigenen Konsumverhalten bezüglich illegaler Drogen in 90% der Fälle verlässlich waren.¹⁹ Im klinischen Kontext kann hierauf verzichtet werden, wenn ein klinisch relevanter Drogenkonsum über die sonstige Diagnostik ausgeschlossen werden kann.

Der psychopathologische Befund ist Kernelement der Diagnostik von Patienten mit psychischen Störungen. In ihm werden anhand der unterschiedlichen Aspekte der menschlichen Psyche Störungen erfasst und aufgrund dessen (Arbeits-)Diagnosen gestellt. Grundsätzlich gibt es hierfür das System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, welches in Deutschland standardisiert angewandt werden soll. Da jedoch der psychopathologische Befund im psychiatrischen Notfall im Regelfall nicht von psychiatrisch geschulten Ärzt*innen durchgeführt wird, empfiehlt die Leitlinie die Nutzung eines gekürzten, vereinfachten Systems (Vgl. Abbildung 1)²⁰. Als Mindeststandard sollten hierbei die Bereiche Bewusstsein und Orientierung, Affekt und Antrieb, Denk- und Wahrnehmungsleistung und kognitive Leistung abgedeckt werden. Offensichtliche weitere psychiatrische Symptome sowie Suizidalität, Fremdgefährdung und Krankheitseinsicht sollten ebenfalls erfasst werden. Aus der erhobenen aktuellen Symptomatik sollte dann unter Beachtung der jeweiligen Vorgeschichte aus der Anamnese eine Verdachtsdiagnose aus den Bereichen organische Störung, endogene Störung oder der Variation seelischen Erlebens getroffen werden. Sollten hierbei aufgrund fehlender Compliance des Patienten einzelne Aspekte zum gegebenen Zeitpunkt nicht erhoben werden können, so sollte die Erhebung dieser unterlassen werden und zu einem späteren Zeitpunkt erneut versucht werden.

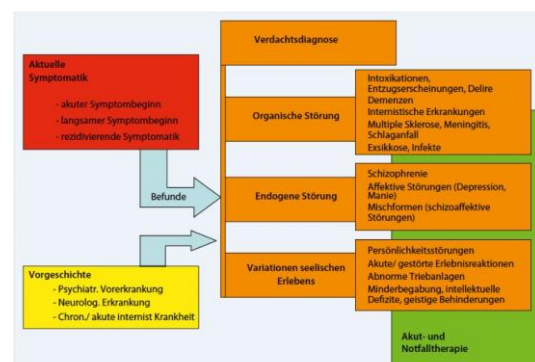


Abbildung 1: Ablauf der psychiatrischen Diagnosestellung in der Notaufnahme, nach Tonn et al. (2008)

Ob die Erhebung des kompletten psychopathologischen Befunds in der Präklinik durch den Notfallsanitäter tatsächlich sinnvoll ist, kann nicht vollständig beantwortet werden. Die Leitlinie empfiehlt zwar die frühestmögliche Erhebung, nennt hierfür jedoch wenig direkt entstehende Benefits und bezieht sich lediglich auf ärztliches Personal. Elementar ist der Befund u.U. für die Entscheidung zwischen einer primär somatischen oder

¹⁶ Leitlinie Notfallpsychiatrie S. 86

¹⁷ Leitlinie Notfallpsychiatrie S.83-84

¹⁸ Es ist denkbar, dass sich dies langfristig ändern könnte. In diesem Fall sollte dieses Mittel auch erwogen werden. Bei Rettungsmitteln, die bereits jetzt mit Technik dieser Art ausgestattet sind, sollte die Durchführung im Rahmen der Beschwerdeursachenforschung erwogen werden. Wichtig ist hierbei jedoch, dass das eingesetzte Personal auch ausreichende Erfahrung in der Interpretation der erhobenen Parameter hat, da klinisch nicht bedeutsame Laborveränderungen auch in die Irre führen können. Aufgrund der im Vergleich mit 20% niedrigeren Sensitivität im Notfalleinsatz sollte die Blutgasanalyse daher nur als ergänzendes diagnostisches Mittel eingesetzt werden. Spätestens im Krankenhaus sollte sie jedoch nachgeholt werden.

¹⁹ Leitlinie Notfallpsychiatrie S. 85

²⁰ Leitlinie Notfallpsychiatrie S. 88

primär psychiatrischen Krankenhauszuführung. Ob diese Entscheidung unpräziser ausfallen, ohne ausführlichen psychopathologischen Befund, allein auf der Grundlage von Diagnostik und Anamnese, steht nicht fest. Dennoch ist davon auszugehen, dass die frühzeitige Befunderhebung dem Patienten und auch den nachfolgend behandelnden Institutionen Vorteile bringen. Der Patient erfährt eine auf die entsprechende Störung hin orientierte Behandlung und kann so möglicherweise auch besser Vertrauen fassen. Das aufnehmende Krankenhaus hat die Möglichkeit, sich bereits im Vorhinein auf den Patienten und eventuelle besondere Bedürfnisse einzustellen. Auch der Psychiater hat bereits erste handfeste Anhaltspunkte für seine Diagnostik. Der präklinisch durch den Notfallsanitäter erhobene psychopathologische Befund ersetzt keinesfalls eine ausführliche Diagnostik durch das Krankenhaus.

Ausblick

Insgesamt ist zu konstatieren, dass es einen erheblichen Forschungsbedarf bezüglich der Arbeit von Notfallsanitätern in psychiatrischen Notfällen gibt. Sämtliche Erkenntnisse anhand derer Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden, beziehen sich nicht originär auf den Notfallsanitäter bzw. die Präklinik, sondern werden aus dem Klinikalltag übertragen oder beziehen sich auf Notärzte. Auch die Leitlinie Notfallpsychiatrie sollte in ihrer nächsten Überarbeitung die Präklinik stärker beleuchten. Beispielsweise befasst sich die Leitlinie bisher nicht damit, dass viele psychiatrische Notfalleinsätze gänzlich ohne Notarztbeteiligung durchgeführt werden.

Auch die Frage, welche Auswirkungen der Einsatz in psychiatrischen Notfällen auf das Rettungsdienstpersonal haben, ist bisher nur wenig wissenschaftlich untersucht worden. Interessant wäre zu erforschen, ob sich die Mitarbeiter immer noch als wenig handlungsfähig erleben und welche Folgen dies ggfs. hat. Denn eine kritische oder gefährliche Situation, in der Menschen ein Gefühl der Handlungsunfähigkeit erfasst, begünstigt das Entstehen einer Anpassungs- oder posttraumatischen Belastungsstörung.²¹

Auch eine Nachschulung des Personals und das regelmäßige Auffrischen des Wissens über Fortbildungen könnten wichtige Maßnahmen sein, um die Handlungsfähigkeit der Mitarbeiter zu erhöhen. Gerade bei vielen älteren Kollegen werden psychiatrische Notfälle bis heute als Nichtigkeiten abgestempelt.²² Das Bewusstsein über die Relevanz und die langfristigen Folgen psychiatrischer Krankheiten fehlt leider z.T.. Eine aktualisierte Datenlage zum Umgang mit psychiatrischen Notlagen in der rettungsdienstlichen Versorgung würde evtl. Anreize zum Umdenken schaffen.

Besonders relevante Quellen:

- AWMF S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“
https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-023l_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf
- Frank-Gerald Pajonk: Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Rettungsdienstmitarbeitern, Notfall & Rettungsmedizin, Ausgabe 7
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-004-0654-x>
- Frank-Gerald Pajonk: Der psychiatrische Notfall im Rettungsdienst Häufigkeit, Versorgung und Beurteilung durch Notärzte und Rettungsdienstpersonal, Der Nervenarzt, Ausgabe 72
<https://link.springer.com/article/10.1007/s001150170047>
- DAK Psychreport 2023
<https://www.dak.de/dak/download/dak-psychreport-2023-bund-pdf-2608322.pdf>

²¹ <http://www.einsatzkraft.de/Langzeitstudie.pdf>

²² Prof. Dr. Harald Karutz: Der psychosoziale Notfall. Für den Rettungsdienst ein Fehleinsatz? Fortbildung 2014. 37. Jg Rettungsdienst S. 633