

MEDIUS

Notfall

- **Grundlagen**
- **Rechtlicher Rahmen**
- **Allgemeines Vorgehen im Notfall**
- **Lebensrettende Sofortmaßnahmen**
- **Somatische Notfälle**
- **Psychiatrische Notfälle**

- Def.**
- **Sammelname** für verschiedene Erkrankungen mit grundlegender und charakteristischer Störung in **Denken, Affektivität** und **Wahrnehmung** (häufigste & wichtigste Störung aus F2)
 - Erleben der Betroffenen entspricht **nicht mehr der Realität** (durch andere schwer nachzuvollziehen)
 - meist **fehlende Krankheitseinsicht**
- Epi.**
- **Lebenszeitprävalenz: 1%**
 - **Beginn meist in Jugend- / frühem Erwachsenenalter** (meist 15-30 Jahre – 80% vor 40. Lebensjahr)
 - **Frauen & Männer gleich betroffen** (Frauen oft 5-7 Jahre später)

- **Notfall:**
Unmittelbar lebensbedrohlicher Zustand oder es ohne sofortiges Eingreifen werden kann
- **Mögliche Ursachen:**
 - Unfälle
 - Intoxikationen
 - Innere Erkrankungen
 - **Psychiatrische Ursachen**
- **Pathophysiologie – die 3 Vitalfunktionen:**
 - **Bewusstsein**
 - **Atmung**
 - **Puls**

- § 323c StGB: **Pflicht zur Hilfeleistung**
 - Bei uns strengerer Maßstab
 - Kein Laie
 - Garantenstellung

Hinweis:

§ 323c StGB (Strafgesetzbuch) – Unterlassene Hilfeleistung

(1) Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer in diesen Situationen eine Person behindert, die einem Dritten Hilfe leistet oder leisten will.

- § 34 StGB: Rechtfertigender Notstand

Hinweis:

§ 34 StGB (Strafgesetzbuch) – Rechtfertigender Notstand

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

- **Unterbringung gegen den Willen des Patienten**
 - § 1831 BGB: **Zivilrechtliche Unterbringung**
 - Psych-Krank-Gesetz: **Öffentlich-rechtliche Unterbringung**

Hinweis:

§ 1831 BGB – Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie erforderlich ist, weil

1. aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder

2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die Maßnahme ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

[...]

- **Ruhe bewahren – der wichtigste Grundsatz**
 - Du bist nicht allein
 - Du weißt, wann und wie Du Hilfe rufst
 - Du hast ein Konzept

- **Die Rettungskette (5 Glieder)**
 - 1. Absichern unter Eigenschutz**
 - Überblick verschaffen, Unfallstelle absichern, Verletzte aus dem Gefahrenbereich retten
 - 2. Sofortmaßnahmen**
 - BAP-Schema, Notruf, ggf. Reanimation / stabile Seitenlage
 - 3. Weitere Erste Hilfe**
 - Wundversorgung, Lagerung, psychische Betreuung
 - 4. Rettungsdienst**
 - Versorgung durch Sanitäter & Notarzt
 - 5. Krankenhaus**
 - Stationäre Weiterbehandlung

- **Eigenschutz vor Fremdrettung**
 - **Verkehrssituationen**
 - Warnweste, Warnblinker, Warndreieck, Unfallstelle absichern
 - **Stromunfälle**
 - Erst Stromquelle abschalten, dann anfassen
 - **Brand- & Rauchgefahr**
 - Nicht in verqualmte Räume gehen
 - **Aggressive / psychotische Patienten**
 - Sicherheitsabstand, Fluchtweg im Rücken
 - Rückzug bei akuter Gefahr
 - **Infektionsschutz**
 - Einweghandschuhe bei Kontakt mit Körperflüssigkeiten

- **Europaweite Rufnummer: 112**
- **Reanimation:** Erst 112, dann Reanimation
- **W-Fragen**
 - **Wer** ruft an und unter welcher Nummer ist er erreichbar?
 - **Wo** ist etwas passiert? (möglichst genaue Adresse, ggf. Etage, Klingelschild)
 - **Was** ist passiert?
 - **Wie viele** Personen benötigen Hilfe?
 - **Welche** Art von Verletzung oder Erkrankung liegt vor?
 - **Welche** Maßnahmen wurden bereits ergriffen?
 - **Warten** auf Rückfragen – nicht selbst auflegen!

- **Bis der Rettungsdienst kommt:**
 - **Beim Patienten bleiben**
 - Körperliche Präsenz allein wirkt beruhigend
 - **Ruhig und klar kommunizieren**
 - Auch mit bewusstlosen Patienten (Hörsinn bleibt oft erhalten)
 - **Vitalfunktionen beobachten**
 - Bewusstsein, Atmung, Puls
 - **Wärme erhalten**
 - Patienten nicht auskühlen lassen (Rettungsdecke)
 - **Bei Veränderungen reagieren**
 - Stabile Seitenlage bei Erbrechen, ggf. Reanimation beginnen
 - **Für freie Zufahrt sorgen**
 - Haustür öffnen, ggf. Hund wegsperren, Beleuchtung anschalten

- **Priorität:**
Sauerstoffversorgung des Gehirns so früh wie möglich wiederherstellen!
- **Sichern und Bergen** (Rautek-Griff)
- **Überprüfung der Vitalfunktionen** (BAP-Schema)
in dieser Reihenfolge:
 - **Bewusstsein prüfen** (Anschauen, ansprechen, anfassen)
 - **Atemwege freimachen + Atemkontrolle** (sehen, hören, fühlen)
 - **Puls** (Carotis- / Radialispuls – max. 10 Sekunden)

- **Kardiopulmonale Reanimation (CPR)**
 - Erforderlich, wenn keine sichere Atmung feststellbar ist (auch bei Schnappatmung)
 - 112 **vor** Reanimation
 - **Lagerung:**
 - Patient in Rückenlage auf **harter** Unterlage
 - Kleidung öffnen, Brustkorb frei machen
 - Fluchtwege freihalten

- **Drücken** (Thoraxkompression)
 - seitlich neben Patienten auf Brusthöhe knien
 - Handballen auf Sternum-Mitte, andere Hand darauf
 - Finger verschränken
 - Schultern senkrecht über Brustbein
(„Krawattenspitze“ auf Händen)
 - Drücken durch gestreckte Arme mit Gewichtsverlagerung
 - Eindringtiefe: 5 – 6 cm
 - Frequenz: 100 – 120 Kompressionen pro Minute
 - Nach jedem Druck vollständige Entlastung,
damit Brustkorb zurückfedern kann
 - 30x, dann Beatmung

- **Beatmung** (nur geübte Ersthelfer)
 - Nach 30 Kompressionen folgen **2 effektive Atemspenden** (Verhältnis also 30:2)
 - Varianten:
 - Mund-zu-Mund
 - Mund-zu-Nase
 - Atembeutel mit Maske
 - Erfolg bei Anhebung des Brustkorbs (hebt er sich nicht → wahrscheinlich Atemwegsverlegung)
- **Ende der Reanimation**, wenn:
 - Patient wieder deutlich wahrnehmbar atmet oder
 - Das professionelle Rettungsteam übernimmt

- **Automatisierter Externer Defibrillator (AED)**
 - weit verbreitet & in vielen öffentlichen Bereichen
 - Grünes Symbol mit weißem Kreuz und Blitz
 - Nur von zweitem Helfer → **Keine Pause der Reanimation!**
- **Gerät**
 - analysiert automatisch Herzfrequenz
 - gibt bei defibrillierbarem Herzrhythmus Stromstoß ab
- **Bedienung:** einschalten, akustischen Anweisungen folgen
- **Vollautomatisch:** Gerät gibt selbstständig Schock ab
- **Halbautomatisch:** Helfer muss Taste drücken für Schock

- **Stabile Seitenlage**
 - bei Bewusstlosigkeit & Atmung
 - **Funktion:**
 - **Freihaltung der Atemwege** (Zunge fällt nicht in den Rachen)
 - **Aspirationsschutz**
(Erbrochenes, Blut, Speichel können nach außen abfließen)

○ Durchführung

1. Patient liegt zunächst in **Rückenlage**.
2. Du kniest seitlich neben ihm.
Das **ferne Bein** beugst Du am Knie, der Fuß rutscht unter das nahe Knie.
3. Den **nahen Arm** winkelst Du an:
Oberarm und Schulter bilden eine Linie, der
4. Unterarm steht im 90°-Winkel nach oben,
Handinnenfläche zeigt nach oben.
5. Den **fernen Arm** greifst Du am Handgelenk,
ziehst ihn über den Brustkorb und legst den Handrücken an die nahe Wange. Diese Hand **nicht mehr loslassen**.
6. Mit der freien Hand greifst Du den **fernen Oberschenkel**
und ziehst den Patienten zu Dir herüber.
Der Oberschenkel liegt am Ende im rechten Winkel zur Hüfte.
7. **Hals überstrecken** (für freie Atemwege), Mund leicht öffnen,
Hand ggf. korrigieren, sodass die Überstreckung erhalten bleibt.

- **Apoplex (Schlaganfall)**
- **Herzinfarkt (Myokardinfarkt)**
- **Krampfanfall (zerebraler Anfall)**
- **Hyperventilation**
- **Intoxikation / Überdosierung**

- **Akute Durchblutungsstörung des Gehirns mit plötzlichem Funktionsausfall der betroffenen Hirnregion**
- **Leitsymptome**
 - Halbseitenlähmung (Hemiparese/Hemiplegie)
 - Sprachstörung (Aphasie) oder Sprechstörung (Dysarthrie)
 - Sehstörungen (Halbseitenausfall, Doppelbilder)
 - Schwindel, Gangunsicherheit
 - Schluckstörungen
 - Plötzlicher, ungewohnt starker Kopfschmerz (vor allem bei hämorrhagischer Ursache)
 - Bewusstseinsstörung bis Bewusstlosigkeit

- **Diagnose**

- F – ace
- A – arms
- S – peech
- T – ime

- S – prache
- A – rme
- L – ächeln
- Z – unegnmotorik

- **Sofortmaßnahmen**

- 112
- Lagerung mit erhöhtem Oberkörper
- Beruhigen
- Nichts essen / trinken
- Beengende Kleidung entfernen
- Vitalfunktionen überwachen
- Zeitpunkt des Symptombeginns notieren

- **Akute Durchblutungsstörung des Herzmuskels durch einen Verschluss einer Koronararterie**
- **Leitsymptome** (klassische Trias)
 1. Plötzlicher, anhaltender Brustschmerz
 2. Schmerzausstrahlung (v. a. linker Arm, evtl. Kiefer, Oberbauch u. a.)
 3. Vegetative Begleitsymptomatik

Bei Frauen, älteren Menschen und Diabetikern oft atypisch!

- **Sofortmaßnahmen**

- 112
- Lagerung mit erhöhtem Oberkörper
- Beruhigen
- Nichts essen / trinken
- Beengende Kleidung entfernen
- Frische Luft zuführen
- So wenig Anstrengung wie möglich (nicht umherlaufen, nicht aufstehen)
- Vitalfunktionen überwachen
- Reanimationsbereit sein

- **Anfallsartige, hypersynchrone elektrische Entladung von Nervenzellen im Gehirn mit motorischen, sensiblen, vegetativen und/oder psychischen Symptomen**
- **Leitsymptome** (klassische Trias)
 1. Aura (nicht immer vorhanden)
 2. Tonische Phase
 3. Klonische Phase
 4. Postiktale Phase

- **Sofortmaßnahmen**

- Patient vor Verletzungen schützen
- NICHT festhalten
- NICHTS in den Mund schieben
- Zeit messen
- Nach dem Anfall: Stabile Seitenlage, Atmung kontrollieren
- Beruhigend einwirken
- > 5 Minuten Anfall-Dauer / mehrere Anfälle hintereinander / erstmaliger Anfall → **112**

Kriterium	Epileptisch	Dissoziativ
Augen	Offen, oft verdreht	Fest zugekniffen
Pupillen	Lichtstarr, weit	Normal reagibel
Motorik	Rhythmisch, tonisch-klonisch	Asynchron, bizarr
Zungenbiss	Seitlich	Selten / Zungenspitze
Einnässen	Häufig	Selten
Postiktale Phase	Erschöpfung, Verwirrtheit	Rasche Reorientierung

- über den körperlichen Bedarf hinaus gesteigerte Atemtätigkeit, die zu einer **respiratorischen Alkalose** durch übermäßiges Abatmen von CO₂ führt
- **Leitsymptome** (klassische Trias)
 - Beschleunigte, vertiefte Atemnot mit subjektiver Atemnot
 - Kribbeln & Taubheit in Händen, Füßen, perioral
 - „Pfötchenstellung“ der Hände
 - Schwindel, Benommenheit, ggf. Synkope
 - Thoraxenge, Herzrasen
 - Oft deutliche Angst- / Panikkomponente

- **Sofortmaßnahmen**

- Ruhe ausstrahlen
- Patient ansprechen, Kontakt halten
- Atemführung
- Beengende Kleidung lockern
- CO₂-Rückatmung (Plastik- / Papiertüte)
- Nach Abklingen Gespräch nutzen
- Vitalfunktionen überwachen

- **Intoxikation** (Vergiftung) liegt vor, wenn ein Stoff in Menge oder Konzentration in den Körper gelangt, die zu einer Gesundheitsschädigung führt.
- Bei einer **Überdosierung** wirkt eine prinzipiell bekannte Substanz – häufig ein Medikament – in einer toxischen Menge

- **Sofortmaßnahmen**

1. BAP-Schema
2. 112
3. Lagerung
 - Bewusstlos + sichere Atmung → stabile Seitenlage
 - Bewusstlos + keine sichere Atmung → Reanimation
4. Reanimationsbereit bleiben
5. Beim Patienten bleiben
6. Reste der Substanz sichern
7. Kein Erbrechen provozieren
8. Eigenschutz

- **Suizidalität**
- **Fremdgefährdung**
- **Akute Bewusstseins- und Orientierungsstörungen**
- **Erregungs- und Stuporzustände**
- **Akut psychotische Symptome**
- **Akut starke Affekte**

- **Wichtigster & häufigster psychiatrischer Notfall mit größtem Prüfungsgewicht**
- **Definition**
 - **Suizidalität**
= gesamtes Spektrum gedanklicher, sprachlicher und handlungsbezogener Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod – vom flüchtigen Lebensüberdruß bis zur konkreten Vorbereitungshandlung und Suizid
- **4 Stufen**
 1. Suizidgedanken
 2. Suizidabsicht
 3. Suizidplanung
 4. Suizidhandlung

- **Verwandte Begriffe**

- **Suizidversuch – überlebte Suizidhandlung**
- **Parasuizid** – Selbstschädigung ohne eindeutige Tötungsabsicht
- **Erweiterter Suizid** (Mitnahmesuizid)
 - Tötung anderer vor Suizid
(meist nahestehender Personen (v. a. Kinder & Säuglinge))
- **Suizidpakt** – Verabredung zum gemeinsamen Suizid

- **Epidemiologie** (Stand 2024)

- **Deutschland:** Jährlich ca. 10.000 Menschen
(Mehr als Verkehrsunfälle, illegal Drogen und HIV zusammen!)
- Risiko steigt mit dem Alter an (v. a. Männer > 85 Jahre)
- **Männer:** 71,5 % der Suizide – eher „harte“ Methoden
- **Frauen:** Häufiger Suizidversuche – eher „weiche“ Methoden

- **Stadien nach Pöldinger**

- 1. Erwägung**

- Suizid als möglicher Ausweg
- Häufig deutliche Äußerungen oder versteckte Andeutungen
- Hier ist Intervention besonders gut möglich

- 2. Ambivalenz**

- Schwanken zwischen Lebenswille & Todeswunsch
- Typisch: Hilferufe
(z. B. Andeutungen, demonstrative Handlungen, Aufsuchen von Hilfe)

- 3. Entschluss**

- Entscheidung ist gefallen
- Patient wirkt oft ruhiger, aufgeräumter, fast entspannt
(„Ruhe vor dem Sturm“ – Alarmzeichen!)
- Vorbereitungen werden getroffen

- **Präsuizidales Syndrom nach Ringel** ($\geq 2 \rightarrow$ relevante Gefährdung!)
 - 1. Einengung**
 - Situativ, dynamisch, zwischenmenschlich, inneres Wertegefüge
 - 2. Autoaggression**
 - Gehemmt & gegen die eigene Person
 - 3. Suizidphantasien**
 - Erst aktiv & gewollt
 - Dann passiv & sich aufdrängend

- **Risikofaktoren** (multifaktorielles Geschehen)
 - **Psychisch**
 - **Depressive Erkrankung** (50 % aller Suizide)
 - Schizophrenie & andere Psychosen
 - Suchterkrankungen (v. a. Alkohol- & Drogenabhängigkeit)
 - Borderline- & andere Persönlichkeitsstörungen
 - Akute Belastungs- & Anpassungsstörungen
 - **Hoffnungslosigkeit** (stärkster psychologischer Einzelprädiktor)
 - **Anamnestisch**
 - **Frühere Suizidversuche** (stärkster Einzelprädiktor überhaupt)
 - Suizide im nahen Umfeld (Familie, Freunde, Vorbild)
 - Kürzliche Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung (besonders kritische Phase)

- **Risikofaktoren** (multifaktorielles Geschehen)
 - **Soziodemografisch**
 - Männliches Geschlecht (für Vollendung)
 - Höheres Alter (v. a. alleinlebende Männer)
 - Soziale Isolation
 - Trennung, Verwitwung, Arbeitslosigkeit
 - **Situativ**
 - Akute Lebenskrise (Trennung, Verlust, Kränkung)
 - Chronische körperliche Erkrankung, chronische Schmerzen
 - Akute Intoxikation
 - Erreichbarkeit suizidaler Mittel
 - **Viele Menschen suchen innerhalb des letzten Monats vor Suizid einen Arzt auf** (oft mit unspezifischen Beschwerden)!

- **Exploration** (aktiv ansprechen!!!)
erfolgt stufenweise & konkret
 1. „Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie manchmal denken, nicht mehr leben zu wollen?“
 2. „Haben Sie konkrete Gedanken daran, sich das Leben zu nehmen?“
 3. „Haben Sie Vorstellungen davon, wie Sie es tun würden?“
 4. „Haben Sie schon konkrete Vorbereitungen getroffen?“
 5. „Was hält Sie davon ab?“ (Schutzfaktoren explorieren – Kinder, Religion, Verantwortung, Therapie)
 6. „Hatten Sie schon einmal einen Suizidversuch?“
- **Je weiter der Patient auf dieser Skala vorangeht, desto höher die akute Gefährdung**



Ansprechen/Abklären

Immer!!! V.a. bei Depression, Bipolare Störung, Schizophrenie, Sucht, Persönlichkeitsstörung, psychische Krisen oder Krankheiten (v.a. Schmerzpatienten)

Einschätzen der Suizidalität

Ist Pat. **absprachefähig** und **klar & glaubhaft distanziert** von suizidalen Handlungsabsichten, -impulsen und -gedanken?*

nicht suizidal

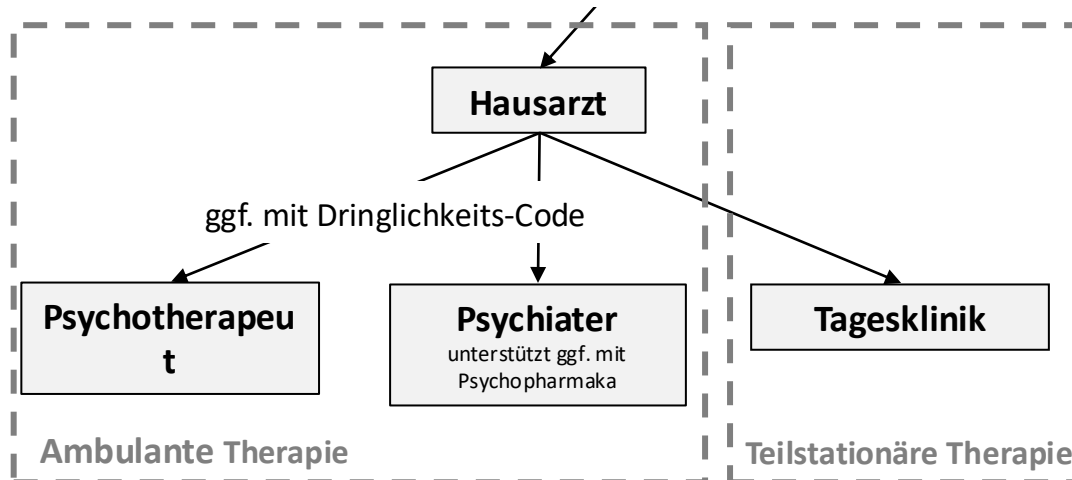
latent suizidal

akut suizidal

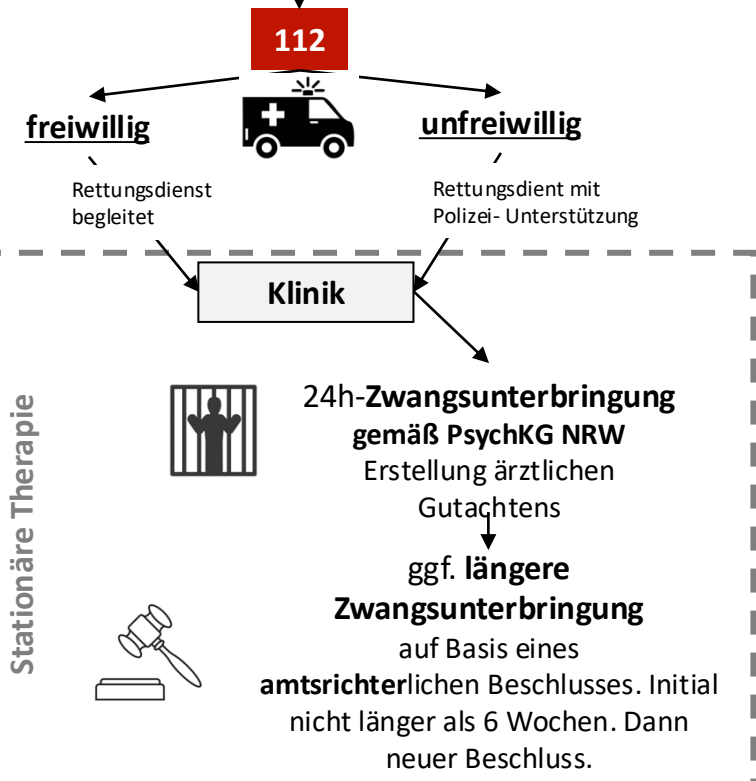
„Ich melde mich bei XY, wenn Gedanken aufkommen.“ (**Notfallnummern**)
„Ich vertraue darauf, dass die Therapie hilft.“ (**Krisenplan**)
„Ich verspreche, dass ich mir nichts antue.“ (**Non-Suizid-Vertrag**)

„Ich traue mir selber nicht. Ich brauche jederzeit einen Ansprechpartner.“
„Wenn das Gespräch mit dem Chef morgen schief läuft, dann...“

Schnellstmögliche ABGABE von HP(P) an „Profi“



Einfühlsam + klar kommunizieren (BEZIEHUNGSaufbau)
Alles DOKUMENTIEREN – v.a. mit *-Formulierungen!



- **Konkrete Gefahr für Leib, Leben oder bedeutende Rechtsgüter Dritter aufgrund einer psychischen Störung**
- **Abzugrenzen von rein kriminellen Gewalthandeln ohne psychische Erkrankung**
- **Typische Konstellationen**
 - Akut psychotische Erregung
 - Manische Erregungszustände
 - Wahnhafter Eifersuchtswahn
 - Akute Intoxikation
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Demenzielle Erkrankungen
 - Akute Belastungsreaktion

- **Risikofaktoren**

- **Früheres aggressives Verhalten** (stärkster Einzelprädiktor)
- Konkrete Drohungen mit Adresse
- Zugang zu Waffen
- Aktuelle akute psychotische Symptomatik
- Substanzkonsum / -intoxikation
- Akute schwere Kränkung / Trennung
- Soziale Isolation & fehlende stabile Bindungen
- Männliches Geschlecht, jüngeres Alter
- Gleichzeitige Suizidalität (Mitnahmesuizid)

- **Warnzeichen im Gespräch (Eskalationsindikatoren)**
 - **Verbal**
 - Zunehmende Lautstärke, Beschimpfungen, Provokation, direkte / indirekt Drohungen, kürzer werdende Sätze, „wenn-dann“-Formulierungen
 - **Motorisch**
 - Anspannung, Faustballen, Hin- & Hergehen, Schließen und Öffnen der Hände, ruckartige Bewegungen
 - **Vegetativ**
 - Sympathikus-Aktivierung
 - **Mimisch**
 - Zusammengezogene Augenbrauen, starrer Blick, Zähnezeigen, gepresster Kiefer
 - **Beziehungsdynamisch**
 - Verlust des Blickkontakts / starrer Fixierungsblick
 - Körperliche Nähe über normale Distanz hinaus

- **Vorgehen bei akuter Fremdgefährdung**
 1. Eigenschutz priorisieren
 2. Fluchtweg im Rücken halten
 3. Deeskalierend kommunizieren
 4. Körpersprache deeskalierend einsetzen
 5. Keine leeren Drohungen
 6. Raum verlassen & 112
 7. Konkret bedrohte Dritte schützen
 8. Bezugspersonen aktivieren sofern sinnvoll
 9. Dokumentation

- **Grundsatz:** Jede ungeklärte Bewusstseinsstörung ist ein Notfall – bis das Gegenteil bewiesen ist
- **Quantitative Bewusstseinsstörung – Glasgow Coma Scale (GCS)**
 - Benommenheit
 - Somnolenz
 - Sopor
 - Koma
- **Qualitative Bewusstseinsstörung**
 - Bewusstseinstrübung
 - Bewusstseinsengung
 - Bewusstseinsverschiebung
- **Orientierungsstörung**
 - Zeit
 - Ort
 - Situation
 - Person

- **Mögliche Ursachen**

- **Stoffwechsel & Endokrinologie**, z. B.
 - Hypoglykämie
 - Elektrolytentgleisungen
- **Neurologie**, z. B.
 - Apoplex
 - Schädel-Hirn-Trauma
- **Toxikologisch**, z. B.
 - Akute Alkohol-, Drogen-, Medikamentenintoxikation
- **Organisch-psychisch**, z. B.
 - Delir

- **Akute Erregungszustände**, z. B. durch
 - **manische Episode, akute Psychose, substanzbedingt**
 - **Sofortmaßnahmen**
 - Eigenschutz
 - Deeskalation
 - Reizarme Umgebung schaffen
 - Bezugspersonen einbeziehen
 - Vitalfunktionen mitbeobachten
 - 112
 - Nicht fixieren!

- **Stupor**, z. B. durch
 - Schwere depressive Episode
 - Katatone Schizophrenie
 - Dissoziativer Stupor
 - Organisch bedingt (z. B. Hirntumor, Enzephalitis)
- **Sofortmaßnahmen**
 - 112 (jeder akute Stupor ist ein Notfall!)
 - Patient ansprechen
 - Vitalfunktionen kontrollieren
 - Reizarme Umgebung
 - Keine Fixierung, kein „Aufrütteln“
 - Strukturierte Übergabe des Patienten

- **Klassische Symptome**
 - Stupor
 - Mutismus
 - Negativismus
 - Haltungsverharren (Katalepsie)
 - Flexibilitas cerea („wächserne Biegsamkeit“)
 - Sterotypien
 - Echolalie
 - Echopraxie
 - Hyperkinetische Erregung
- **2 Formen**
 - Akinetische (stuporöse) Katatonie
 - Hyperkinetische Katatonie

- **Perniziöse (maligne / febrile) Katatonie** (katatones Dilemma)
 - **Hohe Letalität: bis zu 50 % unbehandelt!**
 - **Charakteristisch:**
 - Schnelle Wechsel zwischen stuporöser Erstarrung & hyperkinetischer Erregung
 - Hyperthermie (Fieber > 39 °C)
 - Vegetative Entgleisung
 - Bewusstseinsstrübung
 - Rhabdomyolyse
 - Exsikkose, Elektrolytentgleisungen

- **Perniziöse (maligne / febrile) Katatonie** (katatones Dilemma)
 - **Sofortmaßnahmen**
 - 112
 - Vitalfunktionen sichern
 - Kühlung bei Hyperthermie
 - Stabile Seitenlage bei Bewusstseinsstörung
 - Medikamentenanamnese sammeln (DD: MNS!)
 - Bezugspersonen einbeziehen
 - Niemals fixieren

- **Leitsymptome**
 - Wahn
 - Halluzinationen
 - Ich-Störungen
 - Formale Denkstörungen
 - Begleitsymptome (z. B. starke Angst, motorische Unruhe)
- **Häufige Ursachen, z. B.**
 - Schizophrenie
 - Akute vorübergehende psychotische Störung
 - Drogeninduziert

- **Akute Panikattacke**
- **Akute Belastungsreaktion**
- **Akute Trauerreaktion**
- **Akute Wut- / Aggressionsausbrüche**
- **Akute Verzweiflung**

- **Sofortmaßnahmen**

1. Ruhe und Sicherheit ausstrahlen
2. Eigenschutz priorisieren
3. Beziehung halten, ohne in das Wahnsystem einzusteigen
4. Reizarme Umgebung
5. Bezugspersonen einbeziehen
6. 112
7. Klinikeinweisung anstreben
8. Strukturierte Übergabe

ENDE