

ZUM THEMA: PSYCHIATRISCHER NOTFALL UND GEWALT

P. Neu (Hrsg.):

AKUTPSYCHIATRIE**Das Notfall-Manual**

Schattauer-Verlag, Stuttgart 2017. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage, 232 S., 8 Abb., 41 Tab., € 39,99

ISBN 978-3-7945-3161-5

ISBN (E-Book) 978-3-7945-6987-8

M. Rupp:

NOFTFALL SEELE**Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie**

Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2017. 4 aktualisierte Auflage, 209 S., 45 Abb., € 49,99

ISBN 978-3-13-102174-8

eISBN (epub) 978-3-13-202764-0

Wer die Tagespresse aufmerksam studiert, den beschleicht ein ungutes Gefühl, wenn bzw. weil er von wachsender Aggressivität und Gewalt im Alltag liest; vor allem wenn der inzwischen meist kurze Text mit dem Satz endet: „... und musste in eine dafür zuständige Klinik eingeliefert werden“. Manchmal wird die Information auch deutlicher, wenn von „seelischen Problemen“ die Rede ist.

Nun soll aber gerade in diesem Zusammenhang daran erinnert werden, dass die überwiegende Mehrzahl entsprechender zwischenmenschlicher Auswüchse nicht auf seelische Störungen zurückgeht. Es darf, es kann, es soll aber auch nicht verschwiegen werden, dass psychische Beeinträchtigungen, vor allem Reizbarkeit, Aggressivität und ggf. gewalttätige Durchbrüche ebenfalls zunehmen. Auf jeden Fall nimmt der Respekt vor den anderen ab. Diese folgenschwere Entwicklung in unserer

Zeit und Gesellschaft kann jeder bestätigen: nicht nur „Nachtschwärmer“ in entsprechenden Lokalitäten oder auf dem Heimweg (wobei in der Regel beide Seiten nicht nüchtern geblieben sind), sondern vor allem Lehrer, Behörden, ja sogar Rettungsdienste, medizinisches Personal und Ärzte. Der Alltag ist geprägt von Unduldsamkeit, Reizbarkeit, ganz offenbar auch von Gewaltbereitschaft und damit krimineller Energie. Das geht von nonverbalen bis zu tätlichen Beleidigung, Drohungen, ja Anrempelungen, wenn nicht gar Beißen, Bespucken, Demolieren oder gar Schläge, meist ungezielt, aber auch gnadenlos direkt.

Über die Ursachen wird kontrovers diskutiert. Die einen sehen sie vor allem in den Medien, besonders Facebook und Co., im Fernsehen und Internet, in zahlreichen Video- und Computerspielen – von der digitalen Attacke bis zur direkten körperlichen Konfrontation. Kein Wunder, dass sich ein nicht geringer Teil unserer (vor allem jüngeren) Bevölkerung hier in negative Lern-Effekte einsaugen lässt und im Alltag den Unterschied zwischen virtuellem Raum und Realität nicht mehr auseinanderhalten kann. Dies insbesondere unter Substanzen, die Klarsicht und Willen schwächen. Dreistes unethisches Verhalten gerät dann auch leichter in eine verhängnisvolle Vorbild-Funktion und zieht Nachahmer an.

Nun gibt es nicht wenige Mitbürger, die sich gesundheitlich in einer Ausnahme-Situation befinden. Das betrifft körperlich beeinträchtigte, vor allem aber in ihrer seelischen und geistigen Gesundheit bedrohte oder bereits erkrankte Menschen. Hier ist die zwischenmenschliche Toleranz rascher erschöpft als in stabilem psychophysischem Zustand. Sie sind schneller besorgt, verunsichert, gestresst, ja aufgewühlt, gereizt, schließlich aggressiv und nah an gewalttätigen Reaktionen. Das geht schon bei rein organisch Belasteten oder gar Erkrankten so und nimmt im seelischen und damit psychosozialen Bereich noch an Brisanz zu. Kein Wunder, dass sich im derzeitigen Interessen- und Informations-Spektrum die zumindest theoretische, auf jeden Fall nicht fachlich gestützte Verbindung von „Gewalt und seelischer Störung“ immer öfter in den Vordergrund drängt. Und zwar nicht nur in den Medien (die sich in letzter Zeit in dieser Hinsicht vermehrt eine redaktionelle Zurückhaltung auferlegen), sondern auch im zwischenmenschlichen Alltag: beunruhigt, ja furcht-getrieben und damit rasch bei entsprechenden Verdächtigungen, Vorhaltungen, Unterstellungen, Kommentaren und Empfehlungen zur „Abhilfe“. Deshalb ist es besonders wichtig,

solchen irrationalen Vorurteilen und damit scheinbar zwingenden Konsequenzen fachlich aufklärend zu begegnen. Dies wäre die Aufgabe der dafür zuständigen medizinischen Disziplin, nämlich die Psychiatrie. Und die nimmt sowohl diese gesellschaftliche Entwicklung als auch die sich daraus ergebenden diagnostischen, therapeutischen und vor allem präventiven Schlussfolgerungen durchaus ernst. Das zeigt sich nicht zuletzt darin, dass für den zuständigen bzw. ggf. betroffenen Fachbereich immer mehr spezielle Bücher auf dem Markt kommen, die inzwischen nicht umsonst die 3. oder gar 4. Auflage erreicht haben. Zwei davon, die sich besonderen (Notfall-)Interesses erfreuen, heißen *Akutpsychiatrie* und *Notfall Seele*.

Natürlich geht es in den beiden informations-dichten und thematisch weit gesteckten Bänden nicht nur um Aggression und Gewalt; gerade der psychiatrische Notfall zeichnet sich ja durch ein breites, vor allem schwer durchschaubares Spektrum an Krisen jeglicher Art aus, die nicht zuletzt „innerseelisch“ und damit nach außen erst einmal unbemerkt verlaufen. Gleichwohl wird dieses Thema nicht schamhaft umgangen oder gar „heruntergespielt“, die seelische Not hat viele Ursachen und noch mehr „Gesichter“. Das zeigt sich schon in den zwei Kapiteln, die hier summarisch wiedergegeben werden, um sich ein halbwegs reales Bild zu machen, mit was nicht nur Facharzt, Schwester, Pfleger, Sozialarbeiter, Polizei, Sanitäter u. a., sondern auch die Allgemeinheit zu rechnen haben. Eine Allgemeinheit übrigens, die im unglücklichsten Fall (nicht nur Partnerschaft und Familie, sondern auch Arbeitsplatz, Nachbarschaft, Bekanntenkreis usf.) folgenreicher und länger belastet sein kann, als alle anderen professionell damit befassten Organe.

Nachfolgend nun aus jedem der beiden Fachbücher einige praxis-relevante Hinweise und konkrete Empfehlungen zu Prävention, Diagnose und Therapie in besonders kritischen Fällen. Im Einzelnen:

- **AKUTPSYCHIATRIE: DAS NOTFALL-MANUAL**

Im Notfall-Manual *Akutpsychiatrie* des Herausgebers Privatdozent Dr. P. Neu, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Jüdischen Krankenhauses Berlin, sind es vor allem zwei Kapitel, die sich mit diesem „unerfreulichen Phänomen“ beschäftigen: Zum einen „*Aggression und Deeskalation*“, zum anderen die „*Häus-*

liche Gewalt“. Da Letzteres ein Thema von wachsender Bedeutung ist, dazu einige kurze Hinweise:

Rund 25 % der Frauen in Deutschland (weltweit zwischen 15 und 70 %, so die WHO 2013) haben körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch einen Partner oder Expartner erlebt. Ca. zwei Drittel davon ist durch mehrmalige und schwere bis sehr schwere Gewalthandlungen betroffen, d. h. äußere Verletzungen, davon 40 % wahrscheinlich schwer. Jede 6. Frau soll in ihrer Partnerschaft von psychischer Gewalt in anhaltender und stärker ausgeprägter Form betroffen sein: zumeist entsprechende Verhaltens- und verbal-psychische Aggressionen, Demütigungen, sexuelle Übergriffe, Bedrohung und Einschüchterung, nicht zuletzt aus extremer Eifersucht oder krankhaftem Kontrollbedürfnis heraus.

Auch Männer erleben Gewalt, doch gibt es dazu weniger systematische Untersuchungen (Scham?). Nachfolgende Stichworte beziehen sich deshalb auf *Gewalt an Frauen*:

Die gesundheitlichen Konsequenzen häuslicher Gewalt werden im medizinischen Versorgungsbereich häufig nicht als solche erkannt, zumindest in ihrer Schwere unterschätzt. Das betrifft neben Verletzungen, die sich eindeutiger zuordnen lassen, insbesondere verschiedene gynäkologische Beschwerden, Schmerz-Syndrome, Magen-Darm- sowie neurologische Auffälligkeiten. In psychologischer Hinsicht sind es vor allem posttraumatische Belastungsstörungen (rund 60 %), Depressionen (ca. 50 %) sowie Angstsymptome, Missbrauch/Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Suchtmitteln, Schwierigkeiten bei Alltagsbewältigung, relevante berufliche Beeinträchtigungen und schließlich Suizidalität. Das Schädigungspotential in psychosozialer Hinsicht ist auf jeden Fall folgenschwer.

Was empfiehlt sich zum rechtzeitigen Erkennen und richtigen Handeln?

- *Erfragen von häuslicher Gewalt und Aufklärung der Betroffenen*

Das Problem: Frauen sprechen von sich aus kaum über Gewalterfahrungen aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen oder der Angst, nicht ernstgenommen zu werden. Und das zweite Problem, das noch wichtiger wäre: Weniger als 10 % der Betroffenen

werden überhaupt jemals von einem Arzt nach häuslicher Gewalt befragt. Dabei gibt es einige Hinweise, die in der Regel rasch und treffsicher auf die richtige Spur bringen. Beispiele:

- Verletzungen an Gesicht, Hals, Brust, Unterarmen u. a., die sich wiederholen, unterschiedliche Heilungsstadien aufweisen und nicht überzeugend erklärt werden können oder wollen
- Fortlaufende gemütsmäßige/psychische Probleme wie Stress, Angst, Depressionen u. a.
- Missbrauch/Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Beruhigungsmitteln
- Gedanken, Pläne oder Taten von Selbstverletzungen oder (versuchtem) Suizid
- Wiederholtes Auftreten sexuell übertragbarer Infektionen und ungewollte Schwangerschaften
- Unerklärliche (und vom Betreffenden unerklärte?) chronische Schmerzen oder körperliche Beschwerden. Beispiele: Genital-Becken-Bereich, Nieren- und Blaseninfektionen, Magen-Darm-Probleme, Kopfschmerzen usf.
- Wiederholte Konsultationen ohne eindeutige Befunde

Doch schon das vorsichtige Ansprechen von Gewalterfahrung, vor allem durch den (Ex-)Partner, ist nicht ohne Probleme, verstärkt natürlich bei sprach- und kultur-fremder Umgebung. Das setzt nicht nur Fachwissen, sondern auch Einfühlungsvermögen und eine zwischenmenschliche Situation voraus, die nicht durch äußere Beeinträchtigungen jeglicher Art belastet sind. Beispiele:

Insistierende Fragen sollten vermieden werden. Jede 3. Betroffene hat bereits in ihrer Kindheit Gewalt oder Missbrauch erlebt. Man sollte deshalb auf dieses Thema erst einmal verzichten. Hilfreich ist dafür die Information, dass häusliche Gewalt häufig ist und in *allen* Gesellschaftsschichten, Kulturen und Religionen vorkommt und dass die Verantwortung dafür allein bei der gewalt-ausübenden Person liegt. Es ist also nicht das irrtümlich selbstbezogene, d. h. selbst zu verantwortende Fehlverhalten, wie nicht selten schuldbewusst angeführt wird.

Leider ist es auch unwahrscheinlich, dass die Partner-Gewalt von alleine aufhört. Im Gegenteil, sie kann immer schlimmer werden und öfter vorkommen. Dies insbesondere bei Alkohol- und/oder Drogen-Konsumenten, leider sogar noch nach durchaus erfolgreicher Entzugsbehandlung und Abstinenz.

Und dies alles bei den Opfern mit einem breiten Spektrum quälender und mitunter widersprüchlicher Gefühle. Beispiele: Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühl von Kontrollverlust, Angst, Schuld, Scham und Selbstvorwürfe, Stimmungsschwankungen, Taubheitsgefühle, Wut und Reizbarkeit u. a.

Viele Frauen sind auch so eingeschüchtert, irritiert und hilflos, dass man selbst hart getroffenen Opfern direkte Fragen nach unterschiedlich erlittenen Formen von Gewalt stellen muss. Dazu einige Beispiele aus dem entsprechenden Kapitel der *Akutpsychiatrie*:

- *Körperliche Gewalt*: schubsen, treten, schütteln, beißen, kratzen, schlagen, einsperren, fesseln, mit einer Waffe bedrohen oder verletzen?
- *Sexuelle Gewalt*: Erzwingen von Sex ohne Verhütung oder Schutz vor einer Infektion, Zufügen von Schmerzen während des sexuellen Aktes ohne Absprache, sexuelle Nötigung bis zur Vergewaltigung u. ä.
- *Emotionale/psychische Gewalt*: herabgesetzt, beschimpft, gedemütigt, lächerlich gemacht, bedroht, nicht nur was die eigene Unversehrtheit, sondern auch wichtige Aspekte oder gar die Kinder betrifft.
- *Ökonomische und soziale Gewalt*: extreme Eifersucht mit Vorwürfen zur Untreue. Beispiele: will immer wissen wo die Partnerin ist; versucht sozial zu isolieren, d. h. Freunde oder die eigene Familie zu treffen, ja zur Arbeit zu gehen, Geld zu verdienen, das Haus zu verlassen etc.

Wie lässt sich ein mehr oder weniger unmittelbares Gewalt-Risiko einschätzen?

Dazu folgende Empfehlung: Frauen, die mindestens drei der folgenden Fragen bejahen, sind möglicherweise besonders hoch und unmittelbar von Gewalt bedroht:

- Ist die körperliche/sexuelle Gewalt in den letzten 6 Monaten öfter vorgekommen oder schlimmer geworden?
- Hat der Partner jemals eine Waffe benutzt oder mit einer Waffe bedroht?
- Hat er jemals versucht, zu strangulieren oder zu (er-)würgen?
- Glaubt die Betroffene, er könnte sie umbringen?
- Hat er jemals zugeschlagen, als sein Opfer schwanger war?
- Ist er heftig und ständig eifersüchtig?

Dies eine komprimierte und begrenzte Übersicht zur Frage: Wie kann man bei Verdacht auf häusliche Gewalt möglichst schnell und konkret die entsprechenden Hinweise gewinnen? Verdachtsmomente, die dann zu weiteren Maßnahmen Anlass geben, möglichst fundiert, konsequent und vor allem erfolgreich. Dazu in dem entsprechenden Kapitel der *Akutpsychiatrie* weitere wichtige Hinweise zur Erstversorgung, Weiterbetreuung und Kontrolle.

• NOTFALL SEELE

Auch in dem Fachbuch *Notfall Seele – Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie* von Dr. Manuel Rupp aus Basel, erfahrener Psychiater und Notfallarzt des Ärzteverbands und im Sozialpsychiatrischen Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich tätig, werden in dem Kapitel „*Konflikt, Gewalt*“ wichtige Kenntnisse vermittelt. Dazu auch hier eine kurz gefasste Übersicht:

Meist sind es Angehörige oder Nachbarn, die Schutz vor Gewaltigkeit und entsprechenden Beistand in einer Konflikt-Situation erwarten. Das betrifft an erster Stelle die Polizei, die sich aber ggf. um weitere psychosoziale oder psychiatrische Hilfe bemühen muss.

Dabei geht es schon am Telefon um erste Hinweise, um das Sicherheits-Risiko für alle Beteiligten, einschließlich Notfallhelfer abzuschätzen. Folgende Punkte können für die Abklärung hilfreich sein:

Wer ist am Konflikt beteiligt, was ist der Anlass, wo liegen die Hauptbefürchtungen? Ferner: Gibt es Hinweise auf Kontrollverluste (Alkohol, Drogen, Erschöpfung, psychische Krankheit)? Gab es schon ähnliche Vorfälle und was hat man damals unternommen? Sind Kinder oder Nachbarn betroffen? Und nicht zuletzt: Sind nicht nur Alkohol oder Drogen, sondern ggf. Waffen im Spiel?

In dem entsprechenden Kapitel von *Notfall Seele* geht es auch und vor allem um Vorabklärung, strategische Vorbereitung und ggf. Zusammenarbeit mit der Polizei. Und – wichtig – einige psychologische Fragen an den Helfer selber bezüglich angstfreie Ausgangs-Situation, Einstellung bzw. Selbstsicht als „Held“, „Retter“ oder auch „Opfer“. Strategisch geht es dann um die Rollenverteilung von Polizei und psychosozialen Notfallhelfer und die Einsatz-Taktik. Das hört sich nüchtern an, ist aber von großer Bedeutung, wie sich hoffentlich nicht nur nachträglich herausstellt.

Wichtig auch die Empfehlungen zur Überbrückung von Wartezeit, zur Begrüßungsintervention, zur Gestaltung des Treffens selber. Stichwort: Konflikte ohne oder mit Bedrohung und Gewalttätigkeit, was tun bei Beschimpfungen, Beleidigungen, bei unberechenbaren und gewaltbereiten Patienten, im Rausch und bei verwirrt-wahnhaften Kranken? Schließlich kann man konflikt-lösende Gespräche nur mit Gesprächsfähigen und Gesprächsbereiten führen. Sehr hilfreich die entsprechenden Regie-Anweisungen („Tapeten-Wechsel“, „Aufmerksamkeit verschieben“, „Distanz-Tricks“ u. a.).

Dann die Empfehlungen für die psychosoziale Einschätzung vor Ort: Rollenverteilung in der Familie, Fraktionen, versteckte Koalitionen, „Helfer“, „Vermittler“, „Außenseiter“, „Sündenböcke“, „Unterdrücker“, „Opfer“ oder „Täter“ u.a.m. Wichtig auch die Impulskontrolle (wer hat sich wie im Griff – oder auch nicht), wie steht es mit der familiären Kommunikations-Kultur oder gar dem Ausmaß von Zermürbung und Zerrüttung?

In der Abklärungsphase geht es um die Gesprächsführung, sprich: Kommunikation oder Konfrontation? Lassen sich Gesprächs-Spielregeln ohne Gewalt-Androhung durchsetzen? Dazu einige Empfehlungen: angemessener Tonfall, keine zynischen Bemerkungen oder gar Beschimpfungen, persönliche Interpretationen möglich, aber als solche deklariert, nicht unterbrechen, sondern ausreden lassen, sich angemess-

sen kurz halten und nicht ständig von einem Thema zum anderen springen. Dazu einige Strategien zum „nervenden“ monologisierenden Gesprächsverhalten einzelner Beteiligter.

Schwierig auch die Frage: Wie gehe ich mit vieldeutigen oder manipulativen Äußerungen um? Beispiele: andauernd schweigen, ohne erkennbaren Anlass lachen oder weinen, zum Fenster hinausschauen, mysteriös lächeln, plötzlich auf und abgehen etc. Und natürlich die Gefahr direkter Aggressionen, d. h. von dauerndem Unterbrechen über Beschimpfungen bis zu verletzendem Verhalten.

Schließlich der Versuch einer konkreten Abklärung mit ergänzenden sachbezogenen Fragen, z. B. Beziehungsnetz, Aufgabenteilung in der Familie, soziale Situation und schließlich Notfallereignis mit oder ohne Auslöser wie Alkohol und Drogen.

Zuletzt, d. h. wenn aus der Situation vertretbar, nach Gewalt-Absichten forschen, weil damit der Ernst der Lage deutlich wird von latenten Konflikten, wachsender Spannung, zunehmenden Eskalationen und Grenzüberschreitungen bis zu Feindseligkeit, Aggressivität, Hass und Gewaltbereitschaft.

Bei der abschließenden Beurteilung geht es vor allem um die letzten Stufen, d. h. welche sind die Risikofaktoren für eine unmittelbar drohende Gewaltgefahr? Das klärt sich aus vorangegangenen Gewaltausbrüchen, früheren Gewalttaten, Häufung schwerer Verkehrsunfälle u. a. Ferner aus sozialen Kränkungen, Verstrickungen, schließlich auch biografischen Risikofaktoren und Persönlichkeits-Eigentümlichkeiten. Und natürlich auch hier: Alkohol-, Drogen- und Tabletten-Missbrauch, ggf. aber auch chronische oder akute hirnorganische Beeinträchtigungen, also gewalt-riskante Krankheiten und konstitutionelle Beeinträchtigungen mit vielleicht bis dahin noch fehlender sozialer Kontrolle (Sanktionen, Grenzverletzungen, gewalttätiges Milieu u. a.).

Ganz besondere Vorsicht bei subjektiv empfundener Chancenlosigkeit („Ich habe ohnehin nichts mehr zu verlieren“). Ähnliches bei sich immer konkreter abzeichnenden Gewalt-Plänen („Ich kenne den Heimweg Deiner Kinder“). Oder bewusste Schädigungs-Absicht des potentiellen Opfers („verdient es“). Und schließlich die Gleichgültigkeit bezüglich drohender Konsequenzen („Mir ist es egal, wenn ich ins Gefängnis komme“).

Unter diesem Aspekt empfehlen sich dann zusätzliche Maßnahmen, die in dem Buch *Notfall Seele* konkret angesprochen werden, von organisatorischen Absprachen bis zum polizeilichen Gewahrsam.

Im Anhang dieses Kapitels schließlich die Spezialprobleme „Missbrauch und Miss-handlung“. Dazu der Hinweis des Autors: „Achtung, nicht durch unbedachte und vor-eilige Aktionen noch mehr schaden! Missbrauchte, misshandelte Kinder sind unge-schützt in einem schwerem Loyalitätskonflikt“. Gleichwohl sind entsprechende Maß-nahmen nicht zu umgehen, wobei die dafür zuständigen Experten konsultiert werden müssen (z. B. Kinderpsychiater).

Ein weiteres Problem ist die *Notfallbetreuung von Tätern*, denn auch das kann sich ergeben, und zwar nicht selten. Denn außer bei bestimmten psychischen Krank-heitsbildern stehen nüchterne Täter mit erhaltenem Realitätsbezug und intakter Hirn-funktion nach einem plötzlichen Durchbruch von Gewalttätigkeit häufig selber unter einer Art Schock. Sie wiederholen innerlich den Tatvorgang und begreifen nicht, weshalb sie – in einer emotional stark aufgeladenen Konfliktsituation – derart „ausge-rastet sind“. Doch dieses „Nicht-richtig-verstehen-Können“ ist Zeichen eines wieder-gewonnenen Realitätsbezugs, so der Psychiater M. Rupp. Im Moment der Tat wer-den wichtige Impulse (z. B. die Einfühlung in das Opfer) ausgeblendet bis hin zur psychose-nahen Verknennung. Danach kommt der „Schock“ („Ich?“).

Bei Wiederholungstätern, die misshandeln und missbrauchen, stellt sich das aber anders dar. Hier wird die Tat häufig abgestritten oder bagatellisiert. Nicht selten wird versucht, das Opfer zum Täter zu machen (Stichwort: „unglaubliche Tatsachen-Verdrehungen“). Bei einsichtigen Tätern gibt der Autor entsprechende Empfehlungen unter den Sichtworten „Unrecht eingestehen, Sühne, Selbstanzeige, keine persönli-che Verurteilung, Grenzsetzung“ u. a.

Ein wichtiges Kapitel im Rahmen dieser Abhandlung ist auch die „*Nachbetreuungs-Phase gefährdeter Familien*“. Hier geht es um Rückfallprophylaxe, Belastungsbewäl-tigung sowie wichtige Konflikt-Themen der Eltern: Aufgabenteilung im Haushalt, indi-viduelle Freizeit, gemeinsame Zeit, Betreuung der Kinder, Finanzen, Kontakt zur Herkunftsfamilie etc. Bedeutsame Aspekte sind auch Anerkennung und Respekt, Alkohol, Drogen, Medikamente und bestimmte Settings der Nachbetreuung wie die

Kombination von Einzel- mit Paartherapie, der Einbezug der Kinder usw. Wichtig: Die Nachbetreuung nach einer Krisenintervention setzt zuerst bei den sozialen Belastungsfaktoren an. Diese sollte man nicht unterschätzen, spielten sie doch schon ursächlich keine geringe Rolle.

Schlussfolgerung

Zwei Fachbücher, zumal mit einem solchen speziellen, vor allem alltags-relevanten Inhalt, die die 3. oder oder gar 4. Auflage erreicht haben, müssen nicht mehr gesondert vorgestellt werden. Sie gehören seit 1996 bzw. 2008 schon zu mancher Handbibliothek. Das Beruhigende: Man ist als Arzt, aber auch als Notfallsanitäter, Pflegefachkraft, Sozialarbeiter u. a. nicht allein mit seinem Problem, nämlich einer bedrängenden Situation, die eine Sofort-Lösung bei in der Regel unzureichendem Informationsstand verlangt. Und dies vielleicht noch mit einem direkten (körperlichen) Risiko für den Notfall-Helfer.

Es beruhigt aber, die überwiegende Mehrzahl entsprechender Szenen und ihrer Konflikt-Ursachen, Folge-Probleme und vor allem Lösungs-Schwierigkeiten schon einmal knapp und direkt konfrontiert registrieren zu können, bevor der nächste Anruf droht. Hier sich auch in Zukunft konkret und umfassend informiert zu fühlen, ist die dankenswerte Aufgabe auch der nächsten Auflage von Peter Neu's *Akutpsychiatrie* und Manuel Rupp's *Notfall Seele* (VF).