

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

NOTFALL-PSYCHIATRIE

Was ein Notfall ist, weiß jeder. Wenn es sich um einen psychiatrischen Notfall handeln sollte, wird es schon schwieriger. Was also gilt es zu wissen, was Definition, unterteilt nach absoluten und relativen Notfall-Indikationen, Häufigkeit, den wichtigsten notfallpsychiatrischen Störungen und Situationen im Alltag und konkreten Diagnose-Hinweisen bezüglich vitaler, Eigen- und Fremdgefährdung, ambulanter oder stationärer Behandlungsnotwendigkeit etc. betrifft. Und wie steht es um die Möglichkeiten und Grenzen aus der Sicht des hausärztlichen Notdienstes, des Notarzt- und Rettungsdienstes, der Notaufnahme im Allgemeinkrankenhaus sowie schließlich in einer psychiatrischen Klinik? Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Notfall – psychiatrischer Notfall – Notfallpsychiatrie – Akutpsychiatrie – Notfallmedizin – Notarzt-Indikation – Notfall-Indikation – Suizidgefahr – Erregungszustände – Delir – Bewusstseinsstörungen – Verwirrtheit – Vergiftungen – Wahn – Sinnestäuschungen – Manie – Stupor – Katatonie – Angststörungen – Traumatisierungen – Großschadens-Ereignisse – Katastrophen-Folgen – Amoklauf – Eigengefährdung – Fremdgefährdung – hausärztlicher Notdienst – Rettungsdienst – Notarztendienst – Notaufnahme – u. a. m.

Unter einem *Notfall* kann sich jeder etwas vorstellen – unangenehm berührt bis erschauernd, und in der Hoffnung, es möge ihn nie treffen. Meist versteht man darunter entsprechende Unfall-Folgen, überwiegend im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz. An einen Notfall zu Hause wird eher selten gedacht, obgleich er dort zahlenmäßig überwiegen soll, vor allem im höheren Lebensalter. Und was die Folgen anbelangt, so denkt man auch hier – entsprechend der zumeist befürchteten Ursachen – an Schädel-Hirn-Traumen (Kopfunfall), Frak-

turen von Wirbelsäule, Brustkorb, Röhrenknochen, Becken und Gelenken, an Prellungen und Blutergüsse und – oft zuletzt, weil am schwersten vorstellbar – an so genannte innere Verletzungen von Lunge, Magen-Darm-Trakt, Leber, Nieren u. a. Am ehesten noch an Blut, also Schnitt- und Quetsch-Verletzungen im Gesicht und damit narbige Entstellungs-Gefahr, aber auch an Hände, Stamm, Beine und wo auch immer. Und man denkt, zumindest durch die Konsequenzen später dazu gezwungen, an die mittelfristigen und Langzeit-Folgen: von den kognitiven (geistigen) Beeinträchtigungen über den Ausfall der Sinnesorgane bis zu Funktions-Einbußen, sprich muskuläre Schwächen oder Lähmungen mit allen Folgen im Alltag. Kurz: Am liebsten nicht daran denken.

Dieses „nicht daran denken“ umfasst aber auch eine weitere Notfall-Sparte, die nicht so selten beeinträchtigt, von der Verwunderung des Umfelds bis zum selbstgewählten Tod des Betroffenen. Gemeint sind psychiatrische Notfälle, d. h. akute seelische Störungen. Um was handelt es sich, was muss man wissen, wie geht man im Erlebensfall vor und wie kann man es vielleicht abmildern, wenn nicht gar verhüten? Dazu eine kurz gefasste Übersicht nach gängiger Lehrbuchmeinung aus Expertenkreisen, wie sie beispielsweise komprimiert in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 9 (2015) 1081 und 1091 dargestellt wird. Ausführliche Zitation am Ende dieses Beitrags, ergänzt durch eine Auswahl weiterführender deutschsprachiger Fachliteratur. Im Einzelnen:

Was ist ein psychiatrischer Notfall?

Schon in allgemein-medizinischer Hinsicht ist es notwendig, die Notfall-Situation mit ihren Ursachen und Folgen rasch zu erkennen, zu verstehen und professionell zu bewältigen. Dazu gehört vor allem die *Definition*, also die fachliche Bestimmung, dann aber auch Erklärung und ggf. Interpretation eines Phänomens, was ja für alle gelten sollte. Doch dies ist nicht selten schwierig, wie jeder aus seinem Fachgebiet weiß. Und für eine medizinischen Notfall ohnehin. Das mutet zwar sonderbar an, doch wenn man die entsprechende Literatur durchforstet, findet man tatsächlich oft nur recht abstrakte Definitionen. Und dies noch erschwert durch unterschiedliche medizinische und rechtliche Aspekte. So auch in der Psychiatrie. Nachfolgend deshalb der Versuch, einer kurz gefasste Begriffsbestimmung, was die einzelnen Fachbegriffe anbelangt:

- Unter einem medizinischen Notfall generell versteht man einen akuten, lebensbedrohlichen Zustand, ausgelöst durch eine Störung der Vitalfunktionen (z. B. Herz-Kreislauf) oder durch die Gefahr plötzlich eintretender irreversibler (nicht mehr rückbildungsfähiger) Organschädigung. Die Ursache bleibt erst einmal ausgeklammert, muss aber natürlich medizinischer Natur sein. Auch dürften nicht alle Notfälle, vor allem in bestimmten medizinischen Fachrichtungen mit unmittelbarer Lebensgefahr oder konkreter Organschädigung verbunden sein, aber das ist eine Diskussion unter Experten.

- In der Psychiatrie muss die Definition des Notfalls erweitert werden. Hier darf schon von einem Notfall gesprochen werden, wenn „plötzlich und unerwartet eine wesentliche gesundheitliche Schädigung zu befürchten(!) ist, die unverzüglich in einer speziellen Behandlungs-Institution (z. B. Fachkrankenhaus) versorgt werden muss. In diesem Fall muss also noch keine unmittelbare Lebensgefahr drohen.

Unter Experten differenziert man dabei noch in Akut- und Notfallpsychiatrie. Die Grenze zwischen einem „Notfall“ und einem „Akutfall“ ist jedoch oft nicht allgemeingültig erkennbar, sondern hängt von jedem Einzelfall ab.

Unabhängig davon, dass es hier Überschneidungen gibt und eine scharfe Trennung wohl nicht möglich ist, charakterisiert die *Notfallpsychiatrie* eher ein Gebiet, welches außerhalb einer Klinikstruktur zum Tragen kommt, während die *Akutpsychiatrie* sich innerhalb derselben abspielt, d. h. wenn der Patient bereits in Kontakt mit einem Fachkrankenhaus gekommen ist.

Was zählt zu psychiatrischen Notfällen?

Was zählt man nun in Expertenkreisen zu psychiatrischen Notfällen? Dazu Professor Dr. F.-G.B. Pajonk (Praxis Isartal und Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar, TU München) in *Der Nervenarzt 9 (2015)*:

Im so genannten *Kursbuch Notfallmedizin* der Bundesärztekammer, Berlin 2006, unterscheidet man zudem *Notfälle* und *Notfall-Situationen*.

- Nachfolgend einige Beispiele zu *psychiatrischen Notfällen* in der so genannten präklinischen Notfallmedizin, d. h. außerhalb eines (Fach-) Krankenhauses: Dabei unterscheidet man noch in absolute und relative Notfälle. Im Einzelnen:
 - *Absolute Notfall-Indikation / Notarzt-Indikation*: erfolgter Suizidversuch, konkrete Suizidpläne oder -vorbereitungen, hochgradiger Erregungszustand, Aggressivität/Gewaltigkeit im Rahmen psychischer Erkrankungen, konkrete Fremdtötungs-Absichten im Rahmen einer seelischen Störung, schwere Intoxikation (Vergiftung) und Delir.
 - Zu den *relativen Notfall-Indikationen / keine dringliche Notarzt-Indikation* zählt man Verwirrtheit, Entzugs-Syndrome ohne Delir, Suizidgedanken ohne konkrete Pläne, Angst und Panik sowie akute Belastungsreaktionen.
- Als *Notfall-Situationen* werden akute Krankheitszustände bezeichnet, bei denen keine Lebensbedrohung und keine erheblichen Organfunktionsstörungen

gen bestehen. Dazu zählen beispielsweise krisenhafte Entwicklungen als Folge unerwarteter belastender Ereignisse. Als *Krise* definiert man einen Zustand, der nach Intensität (Ausprägung, Wirksamkeit mit entsprechenden Folgen), Art, Umfang und Dauer so beeinträchtigend ist, dass er die Belastungsfähigkeit und die individuell verfügbaren Bewältigungs-Strategien des Betroffenen übersteigt.

Was heißt das in der entsprechenden Notfall-Situation? Hier fallen die Betroffenen durch Hilflosigkeit, z. T. erhebliche Verhaltensauffälligkeiten, psychopathologische Symptome (also seelische Krankheitszeichen), Beeinträchtigungen der psychosozialen (vor allem zwischenmenschlichen) Funktionsfähigkeit und durch erheblichen Leidensdruck auf. Ein solches Beispiel ist die akute Belastungsreaktion durch die Konfrontation mit dem plötzlichen Tod eines geliebten oder nahe stehenden Menschen oder die Erfahrung von so genannten Großschadens-Ereignissen oder Naturkatastrophen. Allerdings lässt sich eine deutlich erkennbare Grenze zwischen Krise und Notfall im Alltag oft nicht befriedigend ziehen.

Außerdem überraschen seelische Notfälle – und zwar im Gegensatz zu körperlich bedingten – häufig nicht unvorhersehbar und plötzlich. Beim psychiatrischen Notfall, vor allem bei nicht-organisch bedingten oder durch Vergiftung ausgelösten Störungen, lässt sich eher eine so genannte Prodromal-Symptomatik erkennen, sprich Krankheitszeichen im Sinne von Vorposten- oder gar Warn-Hinweisen, auch wenn es dann plötzlich zu einer dramatischen Zuspitzung kommen kann. Beispiele: Suizidgefahr oder Erregungszustände.

Und ein weiterer Aspekt macht das Erkennen und damit gezielte Handeln schwierig, nicht selten schwieriger als bei somatisch (körperlich) bedingten Notfällen: objektive oder messbare Erkenntnisse sind schwer zu erlangen; hier geht es mehr um (meist sehr subjektive) Verhaltensauffälligkeiten, um Störungen des psychosozialen Umfelds und einen spezifischen psychopathologischen Befund.

Wenn also die kennzeichnenden Merkmale für einen psychiatrischen Notfall nicht mehr gegeben sind, spricht man in diesen Situationen von einer *Akut-phase*. Die kann dann allerdings weiterhin zur Überwachung nötigen, was dann im Vergleich zu einer Intensivstation oder so genannten Intermediate-Care-Station einer so genannten geschützten Station in der Psychiatrie entspricht.

Ein Problem, mit dem man übrigens im psychischen Bereich immer rechnen muss, ist selbst nach zwischenzeitlicher Stabilisierung die plötzlich erneute Verschlechterung des seelischen Zustands, was dann in einer Akut-Station wenigstens risikoloser überstanden werden kann.

Wie häufig sind psychiatrische Notfälle?

Auch hier wieder muss man aufgrund der speziellen Situation seelisch bedingter Notfälle einräumen: Empirisch ausreichend abgesicherte Angaben zur Epidemiologie der Notfallpsychiatrie gibt es bisher nicht, so Professor Pajonk. Außerdem ist die Häufigkeit in den einzelnen Versorgungs-Sektoren sehr unterschiedlich (s. später).

Schließlich muss an einen weiteren bevölkerungs-spezifischen Aspekt gedacht werden, nämlich: Insgesamt mögen psychische Störungen in den letzten Jahren eher gleich häufig aufgetreten sein. Doch der Anteil älterer Menschen nimmt zu – und damit auch eine Vielzahl von Hinweisen, dass die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle dann doch sukzessive zugenommen hat. Das wird nicht zuletzt durch die jährlich steigende Anzahl stationärer psychiatrischer Aufnahmen deutlich: Im Jahre 2012 beispielsweise über 1,2 Millionen. Und dies mit einem überproportional wachsenden Anteil an gerichtlich veranlassten Unterbringungen (im Jahre 2011 über 135.000).

Warum nehmen psychiatrische Notfälle zu?

Wie erwähnt: Exakte epidemiologische Untersuchungen, vor allem so genannte Längsschnitt-Untersuchungen gibt es bisher nicht. Dafür aber eine Reihe möglicher Ursachen für die Zunahme. Im Einzelnen:

- In manchen Regionen selbst in Deutschland ist die ambulante Versorgungssituation eher unzureichend, vor allem was die Verfügbarkeit von Haus-, insbesondere aber Fachärzten anbelangt. So bleiben manche seelische Störungen lange unentdeckt und vor allem unbehandelt und werden erst auffällig, wenn sich im Laufe der krankhaften Entwicklung aus der undiagnostizierten seelischen Störung ein Notfall entwickelt.
- Und wenn eine fach-stationäre Behandlung möglich ist, dann drohen bürokratische Grenzen, sprich die Verkürzung der stationären Behandlungsdauer. Diese ist nämlich für viele seelische Störungen unzureichend, um eine stabile psychische und vor allem psychosoziale Situation zu garantieren. Die frühzeitige Entlassung solcher teil-stabilisierten Patienten wäre aber noch gerade vertretbar, wenn sie in ein funktionierendes und vor allem dichtes ambulantes System entlassen werden könnten. Das aber gibt es zumindest in den erwähnten dünn versorgten Regionen nicht (s. o.). Und so kommt es zu einem Teufelskreis.
- Im Weiteren muss auch der bereits angedeutete Anstieg der Lebenserwartung und die damit verbundenen häufigeren geronto-psychiatrischen Notfall-Situationen bedacht werden. Ein Problem, dass sich noch mehr zuspitzen wird, besonders in den unterversorgten Regionen.

- Und nicht zuletzt ein Phänomen, das an und für sich positiv beurteilt werden könnte: Gemeint sind die leidens-vermindernden und sogar lebensverlängernden Interventions-Möglichkeiten der Körper-Medizin, sprich Organ-Transplantationen, Schrittmacher, die zunehmend erfolgreiche Behandlung multimorbider Patienten mit mehreren Krankheiten etc., die ja auch nicht ohne jegliche Folgen zu haben sind. Letzteres erzwingt beispielsweise die Mehrfach-Gabe entsprechender Medikamente mit der alten Erkenntnis: keine Wirkung ohne Nebenwirkungen und dann auch noch vermehrt und aus verschiedenen Therapiegründen.

Was aber soll das mit seelischen Störungen zu tun haben? Die nachvollziehbare Erkenntnis: Alle diese segensreichen Möglichkeiten, und nicht nur die Arzneimittel mit ihren unerwünschten Begleit-Erscheinungen, können auch zu seelischen und damit psychosozialen Beeinträchtigungen führen, bis hin zu lebens-bedrohlichen neuropsychiatrischen Störungen, wozu das Delir wohl am häufigsten belastet (z. B. im Rahmen einer Operation und vor allem Narkose bei älteren Menschen).

- Nicht zu vergessen ist der z. T. exzessive Konsum von gehirn-aktiven und vor allem zentralnervös beeinträchtigenden Substanzen, wozu Rauschdrogen allgemein anerkannt, Alkohol nur sehr bedingt respektiert und Medikamente zumeist gar nicht diskutiert werden. Eines aber ist sicher: die Zahl von entsprechenden Intoxikations-(Vergiftungs-)Notfällen nimmt ständig zu.

- Schließlich muss auch an eine gestiegene psychosoziale Belastung in unserer Zeit und Gesellschaft gedacht werden. Das sind nicht nur Stress-Situationen, das sind auch Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, Armut u. a., alles Aspekte, die in sozialer und schließlich seelischer Hinsicht (auch umkehrbar) zu großen, zu wachsenden Problemen führen. Gefährdet sind vor allem diejenigen, die immer wieder belastet werden, sich dazwischen kaum erholen können, ihre Ressourcen (Reserven) damit zuletzt völlig verschleifen und/oder ohnehin auf „dünnem Eis“ stehen, was ihre seelische Stabilität anbelangt.

- Zuletzt jedoch noch ein positiver Aspekt, wenn auch die Situation nicht gerade entspannend: Gemeint ist das erweiterte Verständnis von Notfällen, was natürlich auch zu einer größeren Nutzung notfallmedizinischer Versorgungseinrichtungen und -Dienste führt, und dies eben nicht nur in allgemein-medizinischer, sondern auch psychiatrischer Hinsicht, so Professor Dr. F.-G.B. Panjonk.

Welche sind die bedeutsamen notfallpsychiatrischen Störungen und Situationen?

Zum einen ist es eine alte Erfahrung: Notfälle können aus praktisch allen, zumindest aber den meisten seelischen Erkrankungen erwachsen. Das macht

die notwendige Übersicht in einer Akut-Situation nicht gerade leichter, zumal – im Gegensatz zu Praxis, Ambulanz oder Klinikstation – kaum anamnestische Hinweise über die Krankheits- und sonstige Vorgeschichte verfügbar sind. Außerdem ist ein psychiatrischer Notfall auch dort möglich, wo man ihn zunächst nicht erwartet. Dafür gibt es eine durchaus wachsende Zahl von Beispielen, die in Laienkreisen erst einmal Verwunderung erregen mag. Ein solches Beispiel ist die Anorexie, die Magersucht mit ihren seelischen, psychosozialen und insbesondere körperlichen Folgen. Körperlich warum? Eine einzige Erkenntnis reicht aus, um das Problem zu skizzieren: Die Anorexia nervosa ist die psychische Erkrankung mit der höchsten Mortalität (Sterblichkeitsziffer).

Und um noch einmal auf die wachsende Zahl älterer Menschen und ihrer notfall-psychiatrischen Problematik zurückzukommen: Es sind nicht nur die körperlichen Bedrohungen, es ist auch die Beeinträchtigungen der freien Willensbildung, z. B. durch entsprechende kognitive Defizite (kurz: geistiger Überblick) und damit das drohende Unverständnis des Patienten, was seinen gesundheitlichen Zustand anbelangt, vor allem ohne adäquate (Notfall-)Behandlung.

Ohne jetzt auf weitere Einzelheiten einzugehen, sei nachfolgend nur eine kurz gefasste Übersicht angefügt, was einige typische notfall-psychiatrisch bedeutsame Störungen anbelangt (nach F.-G. B. Pajonk):

Dazu gehören nachvollziehbar die Suizidgefahr sowie Erregungszustände, ferner das Delir, überhaupt Bewusstseinsstörungen und Verwirrtheit, aber auch Intoxikationen (Vergiftungen) und andere substanz-bedingte Folgen; schließlich das paranoid-halluzinatorische Syndrom (Wahn und Sinnestäuschungen), die Manie (krankhafte Hochstimmung), ferner Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung) und Katatonie (seelisch-körperliche Blockierung oder Erregungszustände) und schließlich Angststörungen, psychosoziale Krisen sowie Traumatisierungen, von der erwähnte Anorexie ganz zu schweigen.

Neben diesen individuellen Erkrankungen und ihrem notfall-psychiatrischen Risiko spielt aber auch die Versorgung „kollektiver Schadens-Ereignisse“ eine Rolle. Hierzu zählt man so genannte Großschadens-Ereignisse (z. B. „Massenpanik“ bei Großveranstaltungen), ferner Katastrophen (z. B. schwere Stürme oder Erdbeben mit Zusammenbruch der Kommunikations-Einrichtungen) und schließlich die nachvollziehbar Entsetzen verbreitenden Amokläufe (z. B. in Schulen oder Behörden).

Kurz: Notfall-psychiatrisch relevante Störungsbilder und Situationen sind ein breites Feld der Beunruhigung, und zwar nicht nur für die Betroffenen, auch für ihr Umfeld. Einzelheiten zu den einzelnen Krankheitsbildern und ihren psychosozialen Konsequenzen siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie.

Wie diagnostiziert man einen psychiatrischen Notfall?

Bei der Diagnose eines psychiatrischen Notfalls muss geklärt werden:

- die vitale (Lebens-)Gefährdung
- eine mögliche Eigengefährdung oder Fremdgefährdung
- die Frage einer stationären oder wenigsten ambulanten Behandlung, und zwar nicht nur aufgrund seelischer, sondern auch möglicherweise körperlicher Ursachen

Das zwingt zu einem fundierten psychopathologischen Befund (Psychopathologie = Psychiatrische Krankheitslehre – siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie) und einer vollständigen körperlichen und neurologischen Untersuchung. Und dies mit entsprechenden Labor-Befunden und ggf. apparativer Unterstützung.

Nun kann zwar schon durch eine gründliche Anamnese (Erhebung der Vorgeschichte) und körperliche Untersuchung ein Großteil der Beschwerden-Ursachen richtig zugeordnet werden. Dies betrifft aber vor allem die Ambulanz und Klinik-Aufnahme, während in einer Notfall-Situation andere, und zwar durchgehend erschwerende Bedingungen herrschen. So können die Angaben des Betroffenen selber und sogar von seinen engeren Bezugspersonen nicht nur spärlich und unzutreffend, sondern kaum nutzbar, ja irreführend sein. Und dies in einem Fachbereich, der auf Vorgeschichte und äußerliche Aspekte einschließlich konkreter Hinweise durch das Umfeld entscheidend angewiesen ist.

Weshalb aber eine körperliche Untersuchung bei offenbar seelischem Leidensbild? Dies schon deshalb, weil nicht wenige Notfälle zwar als primär seelisch bedingt imponieren, bei näherer Untersuchung aber eine organische Ursache haben. Das kann in einer klinischen Notaufnahme fast zwei Drittel aller Gründe sein. Beispiel: schwerer Erregungszustand bei Hypoglykämie (Unterzuckerung). Umgekehrt kann aber auch eine seelische Ursache zu lebensbedrohlichen Störungen auf organmedizinischer Ebene führen. Beispiel: perniziöse Katatonie oder malignes neuroleptische Syndrom.

Nachfolgend deshalb eine kurze Übersicht, was in einer entsprechenden Situation zur *körperlichen Abklärung psychisch kranker Menschen* notwendig, zumindest aber hilfreich ist (in Fachbegriffen):

Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung und Temperatur, EKG, kleines Blutbild, Elektrolyte, Leber- und Nierenfunktions-Parameter, C-reaktives Protein, Blutzucker, Gerinnungs-Parameter sowie bei entsprechenden Hinweisen bzw. Verdachtsmomenten eine kraniale Bildgebung, ein EEG und eine Thorax-Röntgenaufnahme.

Der Notfall aus der Sicht des hausärztlichen Notdienstes, des Notarzt- und Rettungsdienstes sowie der Notaufnahme im Allgemeinkrankenhaus

Jeder wünscht sich die optimale Versorgung – wo auch immer. Aber so gut wie keiner macht sich Gedanken darüber, welch breites Notfall-Spektrum zu berücksichtigen ist und wie die Helfer damit umgehen, ja mitunter in dramatischen Situationen fertigwerden sollen. Denn Notfall-Psychiatrie ist interdisziplinär. Nur ein kleiner Teil jener Patienten, die einen psychiatrischen Notfall entwickeln, wird zuerst auch von einem Psychiater gesehen, so Professor Dr. F.-G. B. Pajonk. Viel häufiger wird zuerst der Hausarzt, der Rettungsdienst oder der Notarzt gerufen. Oder die Patienten sprechen in der Notaufnahme des nächstgelegenen Krankenhauses vor.

Außerdem können seelische Notfälle auch bei bereits stationär behandelten Patienten auftreten, z. B. auf einer internistischen oder Intensiv-Station. Und da jeder erfreulich hochgradig spezialisiert ist, gibt es typische Schnittstellen-Probleme. Oder konkret aus der Sicht der jeweils zuständigen Ärzte selber: Psychiatrisches Personal kennt sich weniger mit den Möglichkeiten, Grundsätzen und Gepflogenheiten der Notfallmedizin aus nicht-psychiatrischer Ursache aus und die andere Seite weiß nicht viel besser Bescheid über Diagnostik, Überwachung und Behandlung in der Psychiatrie. Das ist kein Vorwurf, das ist eine naturgegebene Überforderung für Spezialisten, die auf ihrem Gebiet Hochqualifiziertes leisten, aber eben nicht auf allen möglichen Notfall-Gebieten gleich sicher.

Wie stellen sich nun die Probleme in den verschiedenen Versorgungsbereichen dar?

- Der *hausärztliche Notdienst* ist aufgeteilt in den Fahrdienst (Arzt kommt nach Hause) und in die zentralen Notfallpraxen (die sich in Großstädten gebildet haben). Hier spielen psychiatrische (und neurologische) Fragen bzw. Notfall-Probleme offenbar keine so große Rolle (im einstelligen Prozent-Bereich vermutet).
- Anders beim *Notarzt- und Rettungsdienst*: Das sind Millionen Notarzt-Einsätze pro Jahr, die auch noch kontinuierlich zunehmen. Die Zahl der psychiatrischen Notfälle hält sich aber auch hier in Grenzen: internistische Notfälle sind mit mehr als der Hälfte bis zwei Drittel die häufigste Einsatz-Kategorie. Etwas mehr als jeder 10. Fall bezieht sich auf psychiatrische Notfälle (und etwa gleich häufig auf neurologische und traumatologische). Mit anderen Worten: Seelische bzw. psychosoziale Probleme in Notfall-Dimension liegen an zweiter, dritter oder vierter Stelle, je nach Statistik.

Welches sind nun aber die häufigsten psychiatrischen Einzel-Diagnosen?

An erster Stelle Alkohol-Intoxikationen (bis zu 4 von 10 Einsätzen), Erregungszustände (rund jeder Zehnte bis fast zwei Drittel) und Suizidgefahr (mehr als jeder Zehnte bis Vierte – je nach Untersuchung).

Bei etwa jedem Zweiten der psychiatrischen Notfall-Patienten finden sich Diagnosen aus dem Bereich psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, worunter Alkohol, aber auch Rauschdrogen und Medikamente fallen. Bei etwa jedem Vierten liegt Suizidalität vor, was noch eine zusätzliche konkrete nosologische Diagnose erfordert (z. B. Depressionen).

Wie sehen nun die Notärzte selber psychiatrische Einsätze? Sie werden in jedem 5. bis 3. Fall als schwer bis bedrohlich beurteilt, was sie mitunter belastender macht als traumatologische Notfälle durch äußere Einwirkungen.

In etwa jedem 5. Fall müssen sogar Zwangsmaßnahmen zum Einsatz kommen. Und nicht selten sind selbst psychosoziale Belastungs-Situationen zu ertragen, nämlich Armut, Arbeitslosigkeit, familiäre Zerrüttung, Vereinsamung, Verelendung und Verwahrlosung. Hier fließt meist kein Blut, aber das Elend ist mit Händen zu greifen. Mit anderen Worten: Der Notarzt- und Rettungsdienst hat es oft mit mehrschichtigen Aufgaben-Problemen zu tun, die auf ihre Weise und manchmal länger belasten, als so manche blutige Unfalls-Szene. Kein Wunder, dass sich der eine oder andere bisweilen überfordert fühlt. Denn im Gegensatz zu somatisch (körperlich) bedingten Notfällen, für die bei den wichtigsten Krankheiten so genannte evidenz-basierte Behandlungs-Leitlinien vorliegen, bietet die psychiatrische Notfall-Behandlung bisher keine differenziertere und fortlaufend angepassten Handlungs-Hinweise, die über die allgemeinen Therapie-Prinzipien hinausgehen.

- Und wie steht es mit den *Notaufnahmen in Allgemein-Krankenhäusern*, in denen pro Jahr mehr als 10 Millionen Fälle behandelt werden? Hier ist eigentlich seit jeher bekannt, dass ein Großteil der versorgten Patienten mit körperlichen Problemen gleichzeitig oder gar ausschließlich „psychische Probleme“ hat. Nach der internationalen Literatur weisen etwa 15% der in Notaufnahmen versorgten Patienten seelische Störungen auf. Setzt man zur Diagnose standardisierte Testverfahren ein, dann sind es sogar mehr als die Hälfte, die zumindest eine entsprechende Verdachtsdiagnose nahelegen.

An erster Stelle stehen dabei Depressionen und Angststörungen. Dies kann auch als so genannte Co-Morbidität auftreten, d. h. wenn ein Leiden zum anderen kommt. In solchen Fällen wird die seelische Störung noch seltener erkannt. Das liegt aber auch daran, dass ein ebenfalls nur sehr geringer Prozentsatz mit ausdrücklich psychiatrisch(-neurologischen) Symptomen zur Untersuchung kommt. Immerhin nehmen das entsprechende Forschungs-Interesse und entsprechende Studien zu. Und sie bestätigen frühere Erkenntnisse, was Intoxikationen, Suizidgefahr, Aggressivität und konkrete Krankheitsbilder anbelangt. Das erhöht natürlich den dringend notwendigen Informations-

und Kenntnisstand, was beispielsweise beim Thema „Suizidgefahr“ nun auch dringend geboten ist. Denn hier besteht wohl die größte Gefahr generell und auch die ausgeprägteste Vertuschungsneigung bezüglich entsprechender Suizid-Pläne, Vorbereitungen und unerkannter Handlungen.

Außerdem wird ein erheblicher Prozentsatz über die Notaufnahmen schließlich in einer psychiatrischen Fachklinik stationär aufgenommen. Dies betrifft insbesondere Psychosen, Demenzen und Suizidalität. Vor allem bei der schon erwähnte Co-Morbidität, also wenn eine Krankheit zur anderen kommt, d. h. psychische und organische Leiden gemeinsam beeinträchtigen, dann ist die Wahrscheinlichkeit einer stationären Aufnahme in der Psychiatrie rund 5-mal höher.

Interessant eine Erfahrung, die die besondere Belastung der Notaufnahme in einem *Allgemein*krankenhaus noch unterstreicht: Sie kann nämlich in etwa der Hälfte der Fälle generell die erste Anlaufstelle wegen einer psychischen(!) Störung sein. Etwa ein Drittel stellt sich sogar wiederholt wegen psychischer Störung in den Notaufnahmen von Allgemeinkrankenhäusern vor. Das weist auf zweierlei hin: Zum einen, dass die Erwartungen psychisch Kranker an die Versorgung in Notaufnahmen unrealistisch sind; zum anderen, dass man sich offenbar lieber oder eher an ein Allgemein-Krankenhaus wendet als an eine psychiatrische Klinik, die ja ebenfalls in der Regel eine Ambulanz und mit dem Aufnahme-Arzt eine jederzeit verfügbare Ansprechstelle hat.

Notaufnahme in psychiatrischen Kliniken

Das leitet zu der Frage über: Wie steht es mit der Notaufnahme-Praxis und -Statistik in entsprechenden Fach-, also psychiatrischen Kliniken? Doch hier herrscht noch Forschungs-Bedarf, was eine allseits belegbare Datenlage anbelangt. Entsprechende Befragungen und erste Untersuchungen in Teilbereichen weisen jedenfalls auch hier auf eine wachsende Zahl von Notaufnahmen hin, wobei etwa zwei Drittel stationär aufgenommen werden, zumal die Mehrzahl der deutschen Kliniken über eine so genannte geschützte Station verfügt.

Das geschieht allerdings nicht immer freiwillig, denn zumindest zeitweise muss etwa jeder 5. Patient mit einem richterlichen Beschluss untergebracht werden.

Zu den häufigsten Diagnosen gehören psychotische Störungen. Mit anderen Worten: Ein nicht geringer Teil psychiatrischer Notfall-Patienten leidet an Schizophrenie, was dann auch zu entsprechenden Zwangsbehandlungen und Fixierungen führen kann.

Das besondere wissenschaftliche Problem, insbesondere was die deutsche Forschung zu Häufigkeit, Art und Qualität der Patienten-Versorgung psychiatrischer Notfälle anbelangt, beruht auf mehreren Erschwernissen. Beispiele:

mangelnde Vergleichbarkeit der Patienten mit gleichen Krankheitsbildern, unterschiedliche Therapieansätze, ethische und juristische Probleme u. a. Und natürlich – speziell im vorstationären Bereich – die fragliche oder nicht vorliegende Einwilligungs-Fähigkeit der Betroffenen. Weitere Problembereiche sind die ungenügende Kenntnis über die Notfall-Patienten, vor allem aber unzureichende oder fehlende Informationen über jene Faktoren, die zum Notfall geführt haben sollen. Ganz zu schweigen vom ständigen Zeit- und Personal-mangel in der Notfall-Versorgung (z. B. durch Überwachungsmaßnahmen) sowie die krankheits-bedingte Ablehnung einer Kontraktaufnahme und/oder eines Behandlungs-Angebots.

Oder kurz: Psychisch Kranke sind nicht dieselbe Klientel wie organisch Kranke, zumindest nicht bei einem Großteil der Betroffenen, vor allem in Notfall-Situationen.

Schlussfolgerung

Psychiatrische Notfälle wurden nicht nur früher, sondern werden auch heute noch oft nicht in ihrer Häufigkeit und Bedeutung ausreichend erkannt, konkret diagnostiziert, gezielt therapiert und umfassend wissenschaftlich untersucht. So bleibt ein noch immer bedenkliches Wissens- und damit auch ggf. Versorgungs-Defizit.

Das allerdings hat auch seine eigenen Gründe: Dazu gehört beispielsweise, dass sich der überwiegende Anteil psychiatrischer Notfälle und Krisen außerhalb psychiatrischer Einrichtungen entwickelt und dann von Hausärzten, Rettungsdiensten und Notärzten in Notaufnahmen versorgt werden muss – mit allen entsprechenden Unzulänglichkeiten, die aus einer solch zeitlich und fachlich überfordernden Situation entstehen müssen.

Dabei droht nicht zuletzt in psychiatrischen Notfällen eine zumeist unmittelbare Gefährdung, die eine sofortige Diagnose und Therapie notwendig macht. Und dies in einer Situation, die in der psychiatrischen Notfall-Diagnostik vor allem auf dem subjektiven Eindruck, der genauen Verhaltensbeobachtung, einem umfassenden Kenntnisstand der Psychopathologie – und auf einer ausreichenden praktischen Erfahrung des Untersuchers beruht.

Aus diesem Grunde fordert Prof. Dr. F.-G. B. Pajonk von der Praxis Isartal und der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München in seinem Beitrag in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 9/2015 eine gute Vernetzung und Kooperation zwischen notfallmedizinischen und psychiatrischen Einrichtungen sowie ausreichende Basis-Kenntnisse der jeweils anderen Disziplinen. Auch kann eine größere Standardisierung von Abläufen, Diagnostik und Therapie die Versorgungs-Qualität erheblich verbessern. Und eines dürfte die Bedeutung dieser Forderungen noch unterstreichen, nämlich dass die Häufig-

keit psychiatrischer Notfälle ständig zunimmt und auch in Zukunft wohl weiterhin zunehmen wird.

LITERATUR

Grundlage dieser Übersicht sind die Fachartikel

Pajonk, F.-G.B.: **Zur Situation der Notfall- und Akutpsychiatrie in Deutschland.** Der Nervenarzt 9 (2015) 1081

Neu, P.: **Diagnose und Differentialdiagnostik psychiatrischer Akut- und Notfallsituationen.** Der Nervenarzt 9 (2015) 1091

sowie zur Ergänzung

Busche, C., S. Böckenförde, H.-J. Busch: **Patientenersteinschätzung in der Notaufnahme.** tägliche praxis 60 (2018) 1

Mahnken, A. H.: **Erstbeurteilung in der Notaufnahme.** tägliche praxis 60 (2018) 10

Dort auch weiterführende Literatur, insbesondere was Publikationen in den Fachzeitschriften *Notarzt, Anaesthesist, Notfall & Rettungsmedizin* u. a. anbelangt. Nachfolgend auch eine Auswahl deutschsprachiger Fachbücher zum Thema:

AMDP-System: **Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2007

Arold, V., A. Diefenbacher (Hrsg.): **Psychiatrie in der klinischen Medizin.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2004

Beck, M. u. Mitarb. (Hrsg.): **Krisenintervention: Konzepte und Realität.** dgvt-Verlag, Tübingen 2000

Bengel, J. (Hrsg.): **Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst.** Springer-Verlag, Berlin 1997

Benkert, O., M. J. Müller: **Pharmakotherapie psychiatrischer Notfallsituationen.** In: O. Benkert, H. Hippus (Hrsg.): *Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie.* Springer-Verlag, Berlin 2014

Berzowski, H. (Hrsg.): **Der psychiatrische Notfall.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1996

Bierhoff, H. W., U. Wagner (Hrsg.): Aggression und Gewalt. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1998

Bronisch, T.: Der Suizid. Ursachen – Warnsignale – Prävention. C.H. Beck-Verlag, München 1999

Bronisch, T. u. Mitarb.: Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. Pfeiffer-Verlag bei Klett-Cotta, Stuttgart 2000

Bundesärztekammer: Kursbuch Notfallmedizin. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/kursbuch_notfallmedizin.pdf

Dormann, W.: Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. J. Pfeiffer-Verlag, München 2002

Dross, M.: Krisenintervention. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2001

Dubin, W. R., K. J. Weiss: Handbuch der Notfall-Psychiatrie. Verlag Hans Huber, Bern 1993

Egidi, K., M. Boxbücher (Hrsg.): Systemische Krisenintervention. dgvt-Verlag, Tübingen 1996

Finzen, A.: Der Patientensuizid. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1988

Fischer, G., P. Riedesser: Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt-Verlag, München 1999

Freytag, R., M. Witt (Hrsg.): Leitlinien für die Organisation von Kriseninterventionen. S. Roderer-Verlag, Regensburg 1992

Glasl, F.: Konfliktmanagement. Verlag Freies Geistesleben, Bern 1997

Haltenhof, H.: Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. In: W. Machleidt u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Thieme-Verlag, Stuttgart 1999

Hartwegen, K.: Aggression und Gewalt in der Pflege. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart 1996

Hegemann, T., R. Salman (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

Henseler, H.: Narzisstische Krisen. Rowohlt-Taschenbuchverlag, Reinbek bei Hamburg 1974

*Hewer, W., W. Rössler (Hrsg.): **Das NotfallPsychiatrieBuch.*** Verlag Urban & Schwarzenberg, München 2002

*Hörmann, G., F. Nestmann (Hrsg.): **Handbuch der Psychosozialen Intervention.*** Westdeutscher Verlag, Opladen 1988

*Huppertz, M.: **Schizophrene Krisen.*** Verlag Hans Huber, Bern 2000

*Laux, G., H. Berzewski: **Notfallpsychiatrie.*** In: H. J. Möller u. Mitarb. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie. Band 2.* Springer-Verlag, Heidelberg 2011

*Linden, K. J.: **Der Suizidversuch.*** Enke-Verlag, Stuttgart 1969

*Madler, C. u. Mitarb. (Hrsg.): **Akutmedizin – Die ersten 24 Stunden.*** Das NAW-Buch, Elsevier-Verlag, München 2009

*Neu, P.: **Akutpsychiatrie.*** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2011

*Katschnig, H., C. Kulenkampff (Hrsg.): **Notfallpsychiatrie und Krisenintervention.*** Rheinland-Verlag, Köln 1987

*Kebbel, J., N. Pörksen (Hrsg.): **Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie.*** Rheinland-Verlag, Köln 1998

*Reischies, F. M.: **Psychopathologie.*** Springer-Verlag, Heidelberg 2007

*Rosenberg, M. B.: **Gewaltfreie Kommunikation.*** Junfermann-Verlag, Paderborn 2001

*Rupp, M.: **Notfall Seele.*** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2015

*Rupp, M.: **Notfall und Krisenintervention.*** In: J. Küchenhoff u. Mitarb. (Hrsg.): *Psychotherapie im psychiatrischen Alltag.* Thieme-Verlag, Stuttgart 2000

*Scharfetter, C.: **Allgemeine Psychopathologie.*** Thieme-Verlag, Stuttgart 2016

*Schneider, B.: **Risikofaktoren für Suizid.*** Roderer-Verlag, Regensburg 2003

*Schnyder, U., J. D. Sauvant (Hrsg.): **Krisenintervention in der Psychiatrie.*** Verlag Hans Huber, Bern 2000

*Sefrin, P. (Hrsg.): **Notfalltherapie – Erstversorgung im Rettungsdienst nach den Empfehlungen der DVI.*** Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1999

*Sonneck, G. (Hrsg.): **Krisenintervention und Suizidverhütung.** Facultas-Universitäts-Verlag, Wien 2000*

*Statistisches Bundesamt: **Diagnosedaten der Krankenhäuser.** <http://www.gbe-bund.de>*

*Wienberg, G. (Hrsg.): **Bevor es zu spät ist: Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 1993*

*Willemsen, R.: **Der Selbstmord.** Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln 2002*

*Wolfersdorf, M., E. Etzersdorfer: **Suizid und Suizidprävention.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2011*