

## Umgang mit psychiatrischen Notfällen

### 1. Ausgangslage

Im Notfalldienst wird der Notfallarzt häufig auch mit psychiatrischen Notfällen konfrontiert. Es stellen sich dabei schwierige diagnostische und therapeutische Fragen in einem oft komplizierten Umfeld. Zum eigenen Schutz bedarf es in einigen Situationen den Bezug von Drittpersonen oder der Polizei. Auch muss die Frage der Einweisung in die psychiatrische Klinik, gegebenenfalls gegen den Willen des Patienten, geklärt werden. Die vorliegenden Ausführungen sind als Empfehlungen in Situationen zu verstehen, bei denen der Notfallarzt vor Ort entscheiden muss.

### 2. Entscheidungen vor Ort

Grundlagen zur diagnostischen Einschätzung:

- Einsatzaufgebot
- Information von Angehörigen
- Situation vor Ort, Symptomatologie des Pat.
- Psychopathologie bei der Exploration (falls möglich)

Entscheidungsmöglichkeiten:

- **ambulantes Prozedere:** Beruhigung vor Ort möglich, Angehörige können Verantwortung übernehmen, Nachfolgetermin kurzzeitig möglich ( Hausarzt, Psychiater)
- **Zuzug des psychiatrischen Notfalldienstes:** deutliche psychische Erkrankung oder Krisensituation vorhanden, die spezialisierte Einschätzung und psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention verlangt
- **Einweisung in psychiatrische Klinik:** Situation ist unüberblickbar, kein soziales Netz oder überfordertes soziales Netz, Fremd- oder Selbstgefährdung.

### 3. Differentialdiagnostische Ueberlegungen

- **Der aggressive Patient:** Psychose, Intoxikation (Alkohol, Kokain), Persönlichkeitsstörung
- **Der depressiv-suizidale Patient:** depressives Syndrom, psychosoziale Belastung, Psychose
- **Der intoxikierte Patient:** Alkohol, Kokain, Heroin etc.
- **Weitere komplexe Situationen:** systemische Probleme (Partnerschafts- u. Familienprobleme), Delir, Bewusstseinsstörungen, Persönlichkeitsstörungen mit komplexen Symptomen

### 4. Therapeutische Empfehlungen

Der aggressive Patient:

- Eigener Schutz und Schutz der Umgebung muss im Mittelpunkt stehen: Bezug von Drittpersonen oder der Polizei.
- Entscheidung ob Einweisung oder nicht

- wenn möglich p.o.-Medikation; Einsatz von Tranquilizer (Valium® 5 – 10 mg p.o., i.m., Temesta® 1 – 4 mg p.o., i.m.) oder sedierenden Antipsychotika (Haldol® 5 – 10 mg p.o., i.m.; Nozinan® 50 – 100 mg p.o., i.m., Prazine® 50 – 100mg p.o.)

#### Der depressiv-suizidale Patient:

- Einweisung in psychiatrische Klinik bei fortbestehender akuter Suizidalität, evt. Gespräch mit psychiatrischem Notfalldienst vermitteln (Zuweisung zur Notfall- und Krisenambulanz)
- bei Absprachefähigkeit Einsatz von Tranquilizern (Temesta® 1 - 2,5mg), Information von Angehörigen, Organisation von kurzzeitigem Termin bei Hausarzt/Psychiater
- bei Suizidversuchen mit Tabletten unklarer Menge: Hospitalisation in somatisches Spital

#### Der intoxikierte Patient:

- bei Alkohol oft kombinierte Probleme (Suizidalität, Aggressivität, somatische Probleme)
- Medikation problematisch, wenn notwendig sedierende Antipsychotika (Haldol® 5 – 10 mg p.o., i.m.)

#### Weiterführende Literatur:

- Rupp, M. (2003) Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Riecher-Rössler, P. Berger, A.T. Yilmaz, R.-D. Stieglitz (Hrsg). Psychiatrisch-Psychotherapeutische Krisenintervention, 2004, Göttingen: Hogrefe