

# Notfallmässig zum psychiatrischen Patienten

## Vorgehensweise für den Hausarzt

**Gerade bei belastenden und zeitintensiven psychiatrischen Notfällen fehlt es an differenzialdiagnostischen und therapeutischen Algorithmen für den Grundversorger. Bei einer Intervention gilt es neben medizinischen Aspekten auch soziale und juristische Implikationen zu berücksichtigen, so Professor Dr. med. Urs Hepp, Psychiatrische Dienste Aargau.**

**O**berstes Ziel bei einem psychiatrischen Notfall ist es, den Suizid oder die Fremdgefährdung zu verhindern. Dabei hat der notfallmässig agierende Arzt mit erschwerten Bedingungen zu kämpfen: er kennt oft die psychiatrische Vorgeschichte nicht, zudem zeigen psychotische oder psychomotorisch agitierte Patienten in der Regel kein Krankheitsbewusstsein und sind nicht kooperativ. Eine Strategie in einem solchen Fall wäre der Versuch, eine Notfallsituation zu entschärfen und diese in eine Krisensituation zu verwandeln. Im Gegensatz zu einer Notfallsituation, die einen sofortigen Handlungsbedarf impliziert, können in der Krise verschiedene Handlungsoptionen erwogen werden. Dabei kann im Optimalfall der betroffene Patient in die Entscheidung einbezogen werden.

### Krise ist besser als Notfall

Bei einer Gewaltproblematik wird oft der Arzt gerufen, so Hepp. Dabei sei nicht jede Gewalt ein Fall für die Psychiatrie; soziale Probleme sowie bestimmte Persönlichkeitsmuster können in Gewaltausbrüchen münden. Selbst bei klaren psychiatrischen Erkrankungen, etwa einer Depression mit Suizidgedanken muss die erste (ärztliche) Intervention nicht zwingend auf psychischer Ebene erfolgen. Kann die unmittelbare Gefahr gebannt werden, zum Beispiel durch Sicherstellung einer Schusswaffe, entstehen neue Handlungsspielräume, die möglicherweise eine psychiatrische Einweisung gegen den Willen des Patienten vermeiden lassen. In jedem Fall müsse bei jeder Intervention die eigene Sicherheit Vorrang haben. Wie bei somatischen Erkrankungen sei auch hier

die Dokumentation das A und O. Suizidale Gedanken und mögliche konkrete Pläne zur Selbsttötung oder Fremdgefährdung müssen aktiv erfragt werden. Zudem muss der notfallmässig zu Rate gezogene Arzt über rechtliche Rahmenbedingungen Bescheid wissen, so der Experte. Dazu gehört die Kenntnis des revidierten Paragraphen (Art. 426 ff ZGB), der eine fürsorgerische Unterbringung im Fall einer psychischen Störung ermöglicht – früher sprach man von der fürsorgerischen Freiheitsentziehung. Wird eine (Zwangs-)Einweisung in die Psychiatrie notwendig, muss sowohl eine Rechtsmittelbelehrung erfolgen, als auch eine schriftliche Mitteilung an die Angehörigen ergehen.

### Primum nil nocere

Beim psychiatrischen Notfall wird vom Notarzt keine detaillierte Differenzialdiagnostik erwartet. Dennoch ist es sinnvoll herauszufinden, ob der Patient eine psychiatrische Vorerkrankung hat oder ob die Krise durch einen akuten Stressor provoziert wurde oder ob eine somatische Erkrankung vorliegt, eine medikamentöse Nebenwirkung oder Intoxikation. Insbesondere wenn psychotrope Substanzen im Spiel sind wie Alkohol oder Drogen, ist es ratsam, sich mit Medikamenten zurückzuhalten. Atemdepressive Benzodiazepine sind in diesem Setting zu meiden. Vom Leitbild getragen, möglichst keinen Schaden zuzufügen, genügt es dem Notfallmediziner, einige wenige Substanzen zu kennen und ausschliesslich diese gezielt einzusetzen. Als Psychopharmaka kommen im Notfall hauptsächlich Neuroleptika oder Benzodiazepine in Frage. Die Wahl der Medikation richtet sich einerseits nach den Symptomen, ob primär eine Sedation, eine Anxiolyse oder eine antipsychotische Wirkung erzielt werden soll und andererseits nach Komorbiditäten und Risiken. Benzodiazepine wirken stark sedierend, anxiolytisch und antikonvulsiv und seien daher im Notfallsetting optimal (keine Abhängigkeit bei Einmalgabe). Sie sind – etwa bei schwerer Atemdepression – mit Flumazenil antagonisierbar, erinnerte der Psychiater. Als Benzodiazepin kommen Lorazepam (sublingual) und Midazolam häufig zum Einsatz; als Neuroleptika kommen Haloperidol, Olanzapin und Levopromazin oral oder intramuskulär in Betracht.

### Delir oder Psychose?

Einen speziellen Fall des psychiatrischen Notfalls stellt das Delir dar. Neben dem gut bekannten Delirium tremens können Verwirrungszustände mit Agitation durch Infekte, durch

### Ursachen psychiatrischer Störungsbilder im allgemeinmedizinischen Notdienst

- Organische psychische Störungen (Demenz, Delir, Hirnschaden)
- Störungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Heroin, Kokain, Halluzinogene, GHB/GBL)
- Wahnhafte Störungen/Schizophrenie
- Affektive Störungen (Manische Episode/Depressive Episode)
- Angsterkrankungen/Panikattacken/Anpassungsstörungen/Dissoziative Störungen
- Emotional instabile Situationen Im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung

Quelle: Hepp

### Take Home Messages

1. Die erste Intervention zielt darauf ab, die Situation zu entschärfen. Sie muss nicht medizinischer Natur sein. Notfall in Krise umwandeln!
2. Suizidale Gedanken und mögliche Fremdgefährdung abfragen und dokumentieren!
3. Die eigene Sicherheit hat erste Priorität. Ruhig bleiben!
4. Jeweils eine Substanz gut kennen: Benzodiazepin, Neuroleptikum.
5. Im Notfallsetting kommen keine Antidepressiva zum Einsatz.
6. Keine Benzodiazepine bei Verdacht auf Alkohol- oder Drogenabusus.
7. Bei Neuroleptika mögliche extrapyramidale und kardiale Nebenwirkungen beachten.
8. Rechtliche Aspekte beachten z.B. im Falle der fürsorgerischen Unterbringung.

Exsikose sowie durch zahlreiche Medikamente verursacht werden. Auch eine Erstmanifestation eines hirnorganischen Schadens ist denkbar. Hier gilt es die Ursache festzustellen und Medikamente abzusetzen, die delirogen sein können, etwa trizyklische Antidepressiva. Das Delir kann anamnestisch von psychotischen oder affektiven Störungen anhand des fluktuierenden Charakters der Symptome abgegrenzt werden.

**Anka Stegmeier-Petroianu**

**Referenz:**

Hepp U. Psychiatric emergencies in the outpatient setting. Praxis 2014;103 (9): 503–510.

Quelle: Workshop: «Der psychiatrische Notfall» im Rahmen der European and Swiss Conference of Internal Medicine, ESCIM, 14. bis 16. Mai 2014 in Genf.

