

M. Walter – Udine Lang:

PSYCHIATRISCHE NOTFÄLLE

Erstdiagnostik – Erstmaßnahmen – Einweisungsrichtlinien

Verlag ecomed MEDIZIN, Landsberg 2017. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage.
180 S., € 19,99

ISBN 978-3-609-10053-1

Unter einem psychiatrischen Notfall kann sich jeder etwas vorstellen, meint man. Beim konkreten Nachfragen stellt sich der Wissensstand aber schon ganz anders dar. Meist reduziert er sich auf zwei gängige Begriffe, die auch noch entsprechendes Unbehagen dokumentieren. Gemeint sind „verrückt“ und „aggressiv“. Das ist nicht nur erschreckend dürftig, es ist auch ggf. folgenschwer. Und zwar nicht nur für das verunsicherte bis verängstigte Umfeld, an das zuerst gedacht wird, sondern auch für den Betroffenen, der ja nicht nur „Verursacher einer eventuell dramatischen Situation ist, sondern auch Opfer seiner Krankheit, und dann einer noch zumeist unerkannten und damit besonders hilflos machenden Störung, auf jeden Fall im erwähnten Notfall. Kurz: Die Situation ist für beide Seiten u. U. hoch problematisch.

Dabei überraschen die Experten mit einer Feststellung, die erst einmal unglaublich erscheint. Und die heißt: Den psychiatrischen Notfall im engeren(!) Sinne gibt es gar nicht. Das dürfte die Irritation zu diesem ohnehin „unerfreulichen Phänomen“ noch verstärken. Und trotzdem trifft sie zu. Und sie zielt nicht nur auf den unbedarften Laien, den man gerade im seelischen Bereich ohnehin diesbezüglich wenig fachliche Kenntnisse unterstellen kann, es betrifft auch die Ärzteschaft. Das dürfte überraschen. Es ist aber Realität, und zwar alltägliche. Denn wie leiten die Autoren dieses Fachbuchs über psychiatrische Notfälle ihre nicht nur praxis-relevanten, sondern fast alltäglichen Informationen im Klinikbereich ein: „Obwohl ca. 15 % der Notarzt-Einsätze aufgrund von psychiatrischen Erkrankungen erfolgen, liegt die Dringlichkeit des Interventionsbedarfs in der Regel im internistischen und/oder chirurgischen Feld“.

Und dazu gleich mit konkreten Beispielen: So sind es oft Intoxikationen (Vergiftungen) bei häufig auch noch längerer Drogenabhängigkeit, was natürlich in den entsprechenden Notfallsituationen zu Überwachungs-Bedarf führen kann. Ferner die

Versorgung von Schnittverletzungen und Infektionen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die häufig suizidgefährdet sind. Oder eine entgleiste metabolische Situation oder Fraktur bei psychotischen Patienten, die in ihrem Wahn aggressiv und bedrohlich werden. Oder eine Magenblutung bei älteren Alkoholkranken usf. Oder man denke an eine Patientengruppe, die immer häufiger wird, nämlich mit Demenz. Natürlich kommt es dort zu ggf. grotesksten Szenen, die – wie alle obigen Störungsbilder – umgehend in der Psychiatrie landen, aber eine organisch bedingte Verwirrung ertragen müssen, z. B. eine Exsikkose, also Ausdörrung, ein Harnwegsinfekt oder Mesenterial-Infarkt u. ä. Und selbst auf psychosomatischer Ebene kann eine umgehende Verlegung in die Psychiatrie drohen, wenn akute Brustschmerzen geklagt werden, die durchaus im Rahmen einer so genannten Hyperventilations-Tetanie oder Panikstörung möglich sind, aber selbst bzw. gerade bei entsprechend „hysterisch“ erscheinenden Patienten auch auf eine Lungenembolie zurückgehen können.

Will heißen: Wer psychisch auffällig ist oder zumindest so erscheint, kann trotz möglicherweise lebensbedrohlicher körperlicher Erkrankungen und dem erklärten Willen, auch so (notfallmäßig) behandelt werden zu wollen, in die Psychiatrie verlegt werden, so Professor Dr. Marc Walter, Chefarzt und Frau Professor Dr. Undine Lang, Klinikdirektorin, beide Erwachsenenpsychiatrische Klinik der Universität Basel in ihrem Fachbuch über *Psychiatrische Notfälle*.

Und sie liefern auch gleich die statistischen Erkenntnisse nach, was die häufigsten psychiatrischen Krankheitsbilder betrifft, mit denen Notärzte zu tun haben. Das beginnt in jedem 3. Fall mit einer Alkohol-Intoxikation und dann entsprechend drohenden Entzugs-Syndromen (ca. jeder Zehnte), gefolgt von Hyperventilation (abnorm tiefe und schnelle Atmung), Drogen-Notfällen (ebenfalls jeder Zehnte), akuten Belastungsreaktionen, Depressionen und Psychosen in wenigen Prozent. Und besonders wichtig: Eine drohende Suizidalität ist in fast jedem 5. Fall und eine psychiatrische Erkrankung als Begleiterscheinung organischer Leiden in mehr als jedem 3. Fall zu berücksichtigen. Kurz: Man sollte mehr auf seelische Störungen achten, entweder als zusätzliche Belastung oder gar als entscheidende Krankheit, wenngleich akut kaum durchschaubar.

Das heißt aber auch: Vorsicht vor zu raschen Entscheidungen aufgrund von Symptomen, die sich in den Vordergrund drängen und das eigentliche, zugrundeliegende, wenn auch zur Verwirrung beitragende seelische Krankheitsbild übersehen lassen. Und Vorsicht vor zu rascher Verlegung in die Psychiatrie, die natürlich ebenfalls auf ihre spezifische Klientel ausgerichtet ist und die die schon einmal übersehene Grundkrankheit selber kaum erkennen kann und sich vor allem auf die Erst-Diagnose der Notfallärzte bzw. einweisenden Fachklinik stützt.

Das alles setzt Erfahrung und Wissen voraus. Sicher eine Frage der Zeit, aber auch des individuellen konkreten Informations-Bedürfnisses. Das allerdings wird inzwischen von einer wachsenden Zahl fundierte Fachbücher unterstützt. Das ist erfreulich, denn der psychiatrische Notfall war früher kein vorrangiges Thema der allgemeinen, ja sogar psychiatrischen Aus- und Weiterbildung, von der alltagsrelevanten Fortbildung ganz zu schweigen. Ein übersichtliches, dabei informationsdichtes Angebot sind deshalb die erwähnten *Psychiatrischen Notfälle* der Basler Experten im ecomed-Verlag, die sich auf folgende Syndrome und Symptome und ihre akut-psychiatrische Behandlung konzentrieren:

Bewusstseinsstörungen: Benommenheit und Intoxikation; delirantes und dementielles Syndrom: Verwirrtheit und Desorientiertheit; psychotisches Syndrom: Wahn und Halluzinationen; depressives Syndrom: Verzweiflung und Suizidalität; aggressives Syndrom: Aggression und Gewalt; Angstsyndrom: Angst und Erregung; Traumasymptome: Unfall und Trauma. Das Ganze wird – wie erwähnt – erfreulich übersichtlichen und in leicht lesbarer Form mit zahlreichen Tabellen offeriert, meist unterteilt in Untersuchung, Befund und zugrundeliegende Ursache – stichwortartig. Und danach die konkrete Hilfe: Was ist zu tun? Und – vielleicht erstaunlich für den Nicht-Eingeweihten – was empfiehlt sich bezüglich therapeutischer Haltung. Will heißen: Den Patienten einbeziehen, zu Mitarbeit motivieren, ein therapeutisches Bündnis herstellen, Absprachefähigkeit und gemeinsame Therapie-Entscheidung zu gewährleisten etc. Und vor allem Ruhe bewahren (auch wenn der Patient unruhig ist – nicht selten bei seelischen Notfällen), auf gleiche(!) Augenhöhe achten, leise bleiben (auch wenn der Patient laut wird), Entspannung signalisieren (vor allem wenn der Patient immer ängstlich-unruhiger wird) und freundlich, fürsorglich und hilfsbereit reagieren (selbst wenn aggressive Durchbrüche drohen).

Zuletzt ergänzende Empfehlungen bzw. Einweisungsrichtlinien im Sinne allgemeiner medizinrechtlicher und ethischer Grundlagen und entsprechender Voraussetzungen für den Behandlungsauftrag, einschließlich Zwangsmaßnahmen (hierbei jeweils unterteilt nach Deutschland, Österreich und der Schweiz).

Und wichtiger als man denkt: Medikamentöse Notfallmaßnahmen und Notfallberatung mit Adressen. Und im Anhang eine aktuelle Übersicht der wichtigsten psychotropen Substanzen mit Beschreibung und fotografischen Erkennungs-Hilfen. Den Abschluss bildet eine Fachbuch-Übersicht, die auch deutschsprachige Beiträge berücksichtigt und ein ergiebiges Register.

Psychiatrische Notfälle – sie dürften in pandemischen Zeiten zunehmen. Wahrscheinlich sogar mit bisher eher ungewöhnlichen und deshalb schwer durchschaubaren Schwerpunkten, was Ursache, Leidensbild und psychosoziale Folgen anbelangt. Da gilt es gewappnet zu sein – am besten im komprimierten „Kitteltaschen-Format“ zur umgehenden Notfallhilfe wie vorliegend (VF).