

Angst, Erregung, Suizidalität – Psychiatrische Notfälle im Allgemeinkrankenhaus

Michael Rentrop, Peter Zwanzger



Psychiatrische Notfälle begegnen jedem Arzt – egal welcher Fachrichtung. Gleichwohl stellen psychiatrische Notfallsituationen im Allgemeinkrankenhaus oftmals eine sehr große Herausforderung dar. Im vorliegenden Artikel werden die wichtigsten psychiatrischen Notfallsituationen, diagnostische Aspekte sowie entsprechende Therapieoptionen dargestellt.

Einleitung

Zahlreichen Studien zufolge stellen psychiatrische Notfälle in Notaufnahmen von Allgemeinkrankenhäusern mit einer Häufigkeit von bis zu 30% eine der größten Herausforderungen für die dort tätigen Ärzte dar (vgl. z. B. [1]). Während akute Angst- oder Erregungszustände für die in der Ambulanz tätigen Mitarbeiter leichter einer psychiatrischen Grunderkrankung zuzuordnen sind, sind z. B. akute depressive Störungen oft nicht auf den ersten Blick als solche zu erkennen. Überdies stellt Suizidalität eine große Herausforderung dar, da sie sich im Gegensatz zu vielen anderen Symptomen manchmal nur schwer greifen lässt und von den Patienten vielfach nicht primär artikuliert wird.

Insofern sind Grundkenntnisse in der psychiatrischen Notfallversorgung für alle im Krankenhaus tätigen Ärzte wichtig. Dabei spielen Einfühlungsvermögen, die Fähigkeit zu empathischem und beruhigendem Einwirken auf den Patienten sowie spezifische Kenntnisse in der Psychopharmakologie eine zentrale Rolle. Ist entsprechende Expertise vorhanden, gelingt es meist gut, auch schwierige Situationen in der Notaufnahme soweit zu deeskalieren, dass eine weitergehende Behandlung in einer psychiatrischen Klinik oder Ambulanz möglich ist.

Der vorliegende Übersichtsartikel soll helfen, die wichtigsten klinischen Bilder abzugrenzen sowie die jeweiligen Leitsymptome rasch zu identifizieren und erste Behandlungsmaßnahmen einleiten zu können. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf einer raschen syndromalen Einschätzung, da die genaue diagnostische Einordnung oft nur im Verlauf möglich ist.

Merke

Das Vorhandensein typischer Leitsymptome einer psychischen Störung alleine ist nie beweisend für eine psychische Erkrankung. Körperliche Untersuchung und apparative Diagnostik sind elementare Voraussetzung für den Ausschluss einer organischen Ursache.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik – Vorgehen in der Praxis

Grundlage einer psychiatrischen Diagnose ist eine eingehende psychiatrische Anamnese- und Befunderhebung, welche idealerweise durch fremdanamnestische Angaben ergänzt wird [2]. Nicht immer können die Patienten selbst umfassend über ihre Beschwerden Auskunft geben. Insofern ist die Einbeziehung von Angehörigen, Freunden oder Bekannten, die den Patienten in die Notaufnahme begleiten, vielfach außerordentlich hilfreich. Das Gespräch mit dem Patienten soll in einer ruhigen Gesprächsatmosphäre und vertraulich erfolgen. Allerdings ist bei akut angespannten Patienten stets die eigene Sicherheit vorrangig. Daher ist abzuwägen, ob ein Gespräch allein mit einem akut belasteten Patienten sinnvoll erscheint oder das Gespräch gemeinsam mit einem weiteren Mitarbeiter, einem Angehörigen oder zumindest in unmittelbarer Nähe zu Mitarbeitern und Kollegen geführt wird. Die Gesprächsführung erfolgt offen und mit direkten Fragen. Suggestivfragen sollten vermieden werden [2].

In einer Notfallsituation konzentriert sich das Anamnesegegespräch auf die aktuelle Situation und die gegenwärtigen Lebensumstände, die psychiatrische Anamnese, die somatische Anamnese sowie die Suchtanamnese. Die wichtigsten Aspekte des Anamnesegegesprächs finden sich in ► **Tab. 1**.