

Psychiatrische Notfälle in der Hausarztpraxis: Was tun bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung?

Psychiatric Emergencies in Family Practice: How to Deal with Patients Posing an Imminent Threat to Themselves or Others?

Bernadett Hilbert¹, Michael Landgrebe², Marlies Karsch-Völk³

Hintergrund

Die Versorgung von psychiatrischen Notfällen mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung ist für die meisten Hausärzt*innen keine Routineaufgabe. Oft herrscht Unsicherheit in Bezug auf das konkrete praktische Vorgehen und bei der Einschätzung, ob eine unfreiwillige Vorstellung in einer psychiatrischen Klinik indiziert ist.

Suchmethodik

Der vorliegende Artikel basiert auf verschiedenen psychiatrischen S3-Leitlinien (u.a. „Schizophrenie“, „Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“) sowie auf der S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ und der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“. Außerdem wurden Fachartikel aus dem hausärztlichen Online-Handbuch Deximed bei der Recherche verwendet.

Wichtigste Botschaften

Bei der Einschätzung von Suizidalität sollten Ärzt*innen Suizidgedanken offen ansprechen. Wenn konkreter Handlungsdruck oder ein Handlungsplan besteht, müssen Betroffene freiwillig oder notfalls mit Zwang in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Auch bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung im Rahmen anderer psychiatrischer Erkrankungen, z.B. bei einer akut exazerbierten Psychose, kann eine Unterbringung erforderlich werden. Hierzu muss die Polizei oder die Kreisverwaltungsbehörde hinzugezogen werden. In der Klinik prüfen Fachärzt*innen für Psychiatrie die Notwendigkeit einer Unterbringung. Dann erfolgt eine amtsrichterliche Anhörung der Patient*innen. Bei akuten psychomotorischen Erregungszuständen kann ein rechtfertigender Notstand vorliegen und eine Zwangsmedikation erfordern, noch bevor Polizei und/oder Notärzt*in eintreffen.

Schlussfolgerungen

Für die Versorgung von Patient*innen mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung und das Vorgehen bei einer Unterbringung gibt es klare Regelungen. Die Entscheidung, ob eine Unterbringung erforderlich ist, trifft nicht die behandelnde Hausärzt*in selbst, sondern Amtsrichter*innen mit Unterstützung durch Fachärzt*innen für Psychiatrie. Es kann hilfreich sein, psychiatrisch Erkrankten eine Notfallkarte für akute Krisen auszuhändigen.

Schlüsselwörter

Eigengefährdung; Fremdgefährdung; Unterbringung; Zwangsmedikation; Hausarztpraxis

Background

Taking care of patients posing an imminent threat to themselves or others is not a routine task for most family physicians. There is widespread uncertainty on practically dealing with mental instability and deciding whether an involuntary admission to a psychiatric clinic is necessary.

Search methodology

This article is based on various psychiatric S3 guidelines (including “Schizophrenie”, “Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen”), as well as the S2k guideline “Notfallpsychiatrie” and the guideline “Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression”. Furthermore, we used professional articles in the family medicine online manual Deximed.

Key messages

When assessing suicidality physicians should directly address suicidal ideation. If patients feel urged to commit suicide or have already made plans to do so, they must be admitted to a psychiatric clinic voluntarily or, if necessary, by force. If the person is putting themself or others in danger involuntary hospitalisation may also be necessary in the context of other psychiatric illnesses, such as acute exacerbation of psychosis. A thorough examination to assess the need for hospitalisation by psychiatric specialists is compulsory upon arrival in the clinic. The patient is then heard by a local judge. A justifiable necessity may be assumed in case of acute psychomotor agitation and may require compulsory medication treatment even before police and/or emergency physicians arrive.

Conclusions

There are set guidelines concerning the management of patients posing an imminent threat to themselves or others and the course of action regarding involuntary hospitalisations. The decision as to whether involuntary hospitalisation is inevitable is not made by the treating family doctor but by district judges supported by psychiatric specialists. It may be helpful to provide psychiatric patients with an emergency card for acute crises.

Keywords

danger to self; danger to others; involuntary hospitalisation; compulsory medication treatment; family practice

¹ Junge Allgemeinmedizin Deutschland (JADE)

² kbo-Lech-Mangfall-Klinik Agatharied (Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)

³ Deximed, Fa. Gesinform, Freiburg

Peer reviewed article eingereicht: 17.3.2022; akzeptiert: 05.05.2022

DOI 10.53180/zfa.2022.0220-0224

Hintergrund

Im hausärztlichen Praxisalltag stellen Personen, die akut verwirrt, aggressiv, erregt, intoxikiert oder suizidal sind, eher eine Ausnahme dar. Die Versorgung von Personen mit akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung und fehlender Krankheitseinsicht ist für die meisten Ärzt*innen keine Routineaufgabe. Oft herrscht Unsicherheit in Hinblick auf das praktische Vorgehen [1].

Viele Ärzt*innen stellen sich bei der Akutversorgung solcher Notfälle die Frage, ob sie die Situation richtig einschätzen und eine unfreiwillige Vorstellung in einer psychiatrischen Klinik im konkreten Fall nötig ist. Manche haben Bedenken, dass die Gefahr einer Traumatisierung der Betroffenen zu groß ist, fragen sich aber gleichzeitig, ob es nicht gefährlich ist, weiter abzuwarten. Außerdem stellt sich die Frage, ob psychomotorisch erregte Patient*innen sediert werden dürfen, bis die bürokratischen Vorgaben für eine Unterbringung geregelt und Polizei und/oder Notärzt*in eingetroffen sind [1].

Für eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik gelten länderspezifische Unterbringungsgesetze [2]. Die in diesem Artikel genannten Fallbeispiele beziehen sich auf die gesetzliche Situation in Bayern.

Suchmethodik

Der vorliegende Artikel wurde unter Berücksichtigung der S3-Leitlinien „Schizophrenie“ [2], „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ [3], „Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“ [4] sowie der S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ [1] und der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ [5] erstellt. Außerdem wurden die Fachartikel „Schizophrenie“, „Akute Verwirrtheit“ und „Suizid und Suizidversuch“ im hausärztlichen Online-Handbuch Deximed (www.deximed.de) bei der Recherche verwendet.

Antworten auf häufige Fragen

1. Wie kann Suizidalität in der Hausarztpraxis eingeschätzt werden, und wie gestaltet sich das weitere Vorgehen?

Fallbeispiel 1: Patient berichtet über Suizidversuch

Montagsmorgen kommt der 20-jährige Herr Meister in Ihre Akutsprechstunde in der Hausarztpraxis. Herr Meister macht eine Ausbildung bei der ortsansässigen Sparkasse. Bei bisherigen Kontakten wirkte der Patient von der Ausbildung gelangweilt und versuchte bei Krankschreibungen wegen banaler Infekte stets eine längere Dauer mit Ihnen zu verhandeln. Heute wirkt Herr Meister etwas „durch den Wind“. Er habe Freitagabend „sehr viel“ Alkohol getrunken und noch diverse „gelbe und blaue“ Tabletten aus dem Medikamentenschrank seiner Eltern eingenommen. Er wollte sterben, es habe aber nicht geklappt. Jetzt möchte er eine Krankschreibung. Wie gehen Sie weiter vor?

Hintergrundinformationen zu Suizidalität

In Deutschland versterben jährlich ca. 10.000 Menschen durch einen Suizid [5]. Obwohl nicht offiziell dokumentiert, ist die Zahl der Suizidversuche vermutlich 7- bis 12-mal so hoch [5]. Viele Patient*innen hatten in den letzten Wochen vor der suizidalen Handlung Kontakt zu ihren Hausarzt*innen [1]. Obwohl bis zu 10 % der Hausarztpatient*innen unter Suizidgedanken leiden, werden diese dort nur selten geäußert [1]. Zur Verhinderung von Suizidversuchen ist es wichtig, Suizidwünsche offen anzusprechen [5]. Dabei sollte jede Ärzt*in für sich persönlich passende Formulierungen zu rechtlegen. Hierbei können folgende Fragen hilfreich sein [5]:

- „Wie sieht es bei Ihnen mit dem Lebensmut aus?“
- „Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?“
- „Können Sie versprechen, dass Sie sich in der kommenden Woche nicht umbringen werden?“
- „Haben Sie einen konkreten Plan, wie Sie sich umbringen würden?“

Die erste Frage wirkt als Gesprächsangebot und erleichtert den Einstieg in das Thema. Ein stattgehabter Suizidversuch ist der stärkste Prädiktor für einen Suizid [1, 5]. Weitere Risikofaktoren sind u.a. männliches Geschlecht, Alter über 70 Jahre, eine fehlende familiäre Bindung oder Part-

nerschaft, Arbeitslosigkeit, Suizidalität in der Familienanamnese und eine psychische Erkrankung [5].

Die letzten beiden Fragen erlauben eine abgestufte Beurteilung von Suizidalität und damit eine bessere Einschätzung des nötigen weiteren Vorgehens. Folgende graduierte Einschätzung hat sich bewährt [5]:

- lebensmüde Gedanken, dabei klar und glaubhaft ohne Handlungsdruck oder -plan;
- Suizidgedanken, dabei klar und glaubhaft ohne Handlungsdruck oder -plan;
- Suizidgedanken mit Handlungsdruck und/oder Handlungsplan.

Lebensmüde Gedanken, wie z.B. „Ich wäre froh, heute Nacht einzuschlafen und nicht mehr aufzuwachen“, treten bei vielen Menschen phasenweise im Laufe des Lebens auf. Im Vergleich zu solch passiven Todeswünschen sind Suizidgedanken konkreter und aktiver. Handlungsdruck besteht dann, wenn sich den Patient*innen die Suizidgedanken aufrängen und sie sich nicht mehr davon distanzieren können. Oft sind Patient*innen dann nicht mehr „absprachefähig“, d.h., sie können nicht versprechen, sich bis zu einem gewissen Zeitpunkt nichts anzutun. In diesem Fall und wenn ein konkreter Handlungsplan besteht, z.B. eine Waffe besorgt und ein Abschiedsbrief geschrieben ist, müssen Betroffene entweder freiwillig oder notfalls mit Zwang in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden.

Die Einschätzung der Suizidalität ist für Hausarzt*innen nicht trivial. Hierbei spielen das Gesagte, die Kenntnis der individuellen Lebensumstände der Patient*innen, sowie das eigene Bauchgefühl und Erfahrung die entscheidende Rolle. Für die Hausarztpraxis ist es ratsam, in der Dokumentation wörtliche Zitate aus der Anamnese einzufügen [5]. Sollte eine sichere Einschätzung der Suizidalität nicht gelingen, empfiehlt es sich, jeweils zeitnah, Patient*innen wieder in die eigene Praxis einzubestellen, den Fall mit erfahrenen Kolleg*innen zu diskutieren, Patient*innen ambulant bei Psychiater*innen vorzustellen oder, wenn Gefahr im Verzug ist, Amtsgericht oder Polizei (siehe weiter unten) hinzuziehen.

Fallbeispiel 1: Suizidversuch – wie ging es weiter?

Als Sie Herrn Meister die o.g. Fragen stellen, sagt er: „Ich bin so froh, dass ich nicht gestorben bin. Ich war so verzweifelt. Es muss sich etwas ändern, aber der Tod ist nicht der richtige Weg.“ Es sei der erste Suizidversuch gewesen. Herr Meister verspricht glaubhaft, dass er sich bis zu einem fest vereinbarten Folgetermin am kommenden Tag nichts antun wird. Sie dokumentieren somit u.a.: „Zustand nach Suizidversuch mit Alkohol und Tabletten unklaren Wirkstoffes, aktuell kein Hinweis auf akute Suizidalität.“ Sie stellen die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode und können rasch einen Aufnahmetermin mit einer Wartezeit von fünf Tagen in der ortsansässigen psychiatrischen Klinik für den Patienten organisieren. Bis dahin vereinbaren Sie mit dem Patienten tägliche Folgetermine zu einer festen Uhrzeit. Für die Zeit außerhalb der Sprechstunde erhält Herr Meister die Kontaktdaten des psychiatrischen Krisendienstes.

2. Was ist eine Unterbringung und wie kann diese erwirkt werden?

Fallbeispiel 2: Patientin mit Vergiftungswahn

Auf Wunsch Ihrer Patientin Frau Müller machen Sie notfallmäßig einen Hausbesuch bei deren 62-jährigen Schwiegermutter Frau Schneider, die von Frau Müller wöchentlich mit Einkäufen versorgt wird. Die Schwiegermutter sei schon länger „komisch“ und habe die Wohnung in den letzten Jahren nicht mehr verlassen. Seit zwei Wochen öffne Frau Schneider ihrer Schwiegertochter nicht mehr die Tür, sie habe diese aber hinter dem Fenster gesehen. Alle ihre Einkäufe stünden vor der Tür, und Frau Müller habe Angst, dass ihre Schwiegermutter verhungert. Frau Müller und Sie betreten mithilfe eines Ersatzschlüssels das Haus. Frau Schneider und ihr Haus wirken stark verwahrlost. Anfangs kann Frau Schneider kaum sprechen, da ihre Zunge am trockenen Gaumen klebt. Sie wirkt verängstigt und redet wirr. Als Sie sich

als Hausärztin vorstellen, äußert Frau Schneider: „Gott? Bist du Gott? Ich verbeuge mich. Gift kommt. Kommen tut das Gift. Heraus aus allen Leitungen. Ich bin tot. Das Gift.“ Auf einfache Fragen gibt Frau Schneider entweder inadäquate Antworten oder starrt in die Luft. Sie wirkt abgelenkt und scheint mit für Sie nicht hörbaren Stimmen zu sprechen. Wie gehen Sie weiter vor?

Hintergrundinformationen zur Unterbringung

Eine Unterbringung ist eine freiheitsentziehende Maßnahme, bei der Patient*innen ohne oder gegen deren Willen in einer beschützenden Einrichtung, wie einer psychiatrischen Klinik oder einem Altenheim, festgehalten werden. Eine Unterbringung erfolgt auf der Basis der Unterbringungsgesetze oder nach Betreuungsrecht. Jedes Bundesland hat sein eigenes Unterbringungsgesetz, dennoch ist die Verfahrensweise bundesweit vergleichbar [1, 3, 4].

Eine Unterbringung nach Unterbringungsgesetz kann nur dann erfolgen, wenn folgende Punkte zutreffen [6]:

- Es liegt eine gravierende psychische Erkrankung vor.
- Aufgrund dieser Erkrankung besteht eine unmittelbare Eigen- oder Fremdgefährdung.
- Die Gefahr kann nicht durch weniger einschneidende Maßnahmen abgewendet werden.

Ist nach Ermessen der behandelnden Hausärzt*in eine unfreiwillige Vorstellung in einer psychiatrischen Klinik notwendig, müssen Polizei oder Kreisverwaltungsbehörde (regional unterschiedlich geregelt, meist Amtsgericht oder Gesundheitsamt) hinzugezogen werden. Beide Stellen können die vorläufige Unterbringung von Patient*innen anordnen. Am einfachsten ist ein Anruf bei der Polizei, da deren Telefonnummer bekannt und diese rund um die Uhr erreichbar ist. Außerdem muss die Polizei in hochakuten Situationen meist ohnehin für den Transport von Patient*innen in die Klinik hinzugezogen werden [1].

Bei Unsicherheit kann der psychiatrische Krisendienst hilfreich sein, der in vielen Regionen Deutschlands existiert und meist durch geschulte Sozialpädagog*innen besetzt ist. Teilweise sind diese Krisendienste 24 Stunden am Tag telefonisch für Patient*innen in seelischen Krisen oder auch für die Beratung von Hausärzt*innen erreichbar. Teilweise rücken die Mitarbeiter*innen im Notfall sogar aus und helfen bei Deeskalation sowie weiterer Versorgung von Patient*innen [1].

In der Klinik angekommen, werden Patient*innen sofort durch Fachärzt*innen für Psychiatrie untersucht, um die Notwendigkeit einer weiteren Unterbringung zu prüfen. In manchen Fällen bestätigen sich die Gründe für die außerklinisch von Polizei oder Behörde veranlasste Unterbringung nicht. Dann muss eine sofortige Entlassung erfolgen. Andere Patient*innen – sofern einwilligungsfähig – entschließen sich vor Ort für einen freiwilligen Verbleib, auch in der beschützenden Abteilung. Besteht weiterhin die Notwendigkeit zur Unterbringung, erstellen die Psychiater*innen ein ärztliches Gutachten, das dem Amtsgericht die Gründe für die Empfehlung einer Unterbringung darlegt [3, 4].

Innerhalb von bis zu 24 Stunden hören Amtsrichter*innen die Patient*innen persönlich in der Klinik an. Auf Basis dieser Anhörung und des ärztlichen Gutachtens wird eine richterliche Entscheidung über Unterbringung oder Entlassung getroffen. Danach ergeht ein richterlicher Beschluss, der die Dauer der Unterbringung festlegt (regional unterschiedlich, meist für zwei bis sechs Wochen). Weitere Zwangsmaßnahmen, wie Fixierungen oder eine Zwangsmedikation, müssen gesondert beim Gericht beantragt werden; im Falle einer Zwangsmedikation ist eine zusätzliche Überprüfung durch externe Gutachter*innen erforderlich [1, 3, 4].

Neben der Unterbringung nach den Unterbringungsgesetzen existiert die Unterbringung nach dem Betreuungsrecht für Personen, die gesetzliche Betreuer*innen haben. Im Falle einer akuten Selbstgefährdung oder zum Zwecke einer notwendigen ärzt-

lichen Untersuchung können sich Betreuer*innen an das Betreuungsgericht wenden, das die Unterbringung prüft und ggf. genehmigt [1, 4].

Fallbeispiel 2: Akute Psychose mit Vergiftungswahn – wie ging es weiter?

Frau Schneider zeigt eine unmittelbare Eigengefährdung aufgrund eines Vergiftungswahns im Rahmen einer Psychose. Sie rufen einen Rettungswagen. Währenddessen versucht die Schwiegertochter, der Patientin etwas zu trinken zu geben. Da sie das verweigert, ist auch keine orale Medikation möglich. Das Eintreffen des Rettungswagens veranlagt Frau Schneider, die sich in eine Ecke kauert und wirr mit sich selbst spricht. Ihnen bleibt keine andere Möglichkeit, als die Polizei zu verständigen. Die eingetroffenen Polizisten sehen dann aber – entgegen Ihrer Empfehlung – keine Notwendigkeit, eine vorläufige Unterbringung anzuordnen. Der Schwiegertochter raten Sie, die Polizei bei einer weiteren Verschlechterung erneut anzurufen. Die Kreisverwaltungsbehörde (in diesem Fall das Amtsgericht München) ist am Nachmittag nicht mehr telefonisch erreichbar, wird von Ihnen aber am nächsten Morgen kontaktiert. Hier sieht man sofort die Notwendigkeit einer vorläufigen Unterbringung. Die richterliche Anordnung ergeht an die Polizei, die die Patientin nun in die psychiatrische Klinik bringt.

3. Darf im Notfall Medikation gegen den Willen von Betroffenen verabreicht werden?

Fallbeispiel 3: Verwirrte Patientin droht, in den fließenden Verkehr zu laufen

In Ihrer Hausarztpraxis betreuen Sie seit vielen Jahren Frau Hansen, 78 Jahre, die an einem zerebral metastasierten Tumor leidet. Zuletzt war die Patientin regelmäßig in onkologischer Therapie und kam selten in Ihre Praxis. Heute taucht sie ohne Voranmeldung auf, kann aber an der Anmeldung nicht sagen, warum sie gekommen ist. Sie wirkt unruhig und aufgebracht und wird deshalb

sofort in Ihr Sprechzimmer geführt. Dort erzählt sie zerfahren, dass sie verfolgt werde und jemand ihr nach dem Leben trachte. Sie habe große Angst und wolle sich verstecken. Plötzlich springt sie auf und läuft hinaus auf die vielbefahrene Straße. Dort irrt sie zwischen den hupenden Autos umher. Zwei ihrer medizinischen Fachangestellten können die Patientin unterhaken und zum Gehsteig zurückführen. Frau Hansen versucht immer wieder, sich loszureißen und zur Straße zurückzulaufen. Die daraufhin benachrichtigte Polizei kann erst in ca. 10 Minuten vor Ort sein. Wie gehen Sie weiter vor?

Hintergrundinformationen zur Verabreichung von Zwangsmedikation

In akuten Situationen kann eine Fixierung oder Verabreichung von Medikation gegen den Willen des Betroffenen notwendig werden. Vorher sollten weniger einschneidende Maßnahmen versucht werden, z.B. das Einbeziehen von Vertrauenspersonen und verbale Deeskalation. Da in der Akutsituation Stress und Anspannung groß sind, ist Letzteres für ungeübte Ärzt*innen oft nicht leicht durchführbar.

Kann die Lage nicht entschärft werden, können eine körperliche Fixierung und Zwangsmedikation indiziert sein. Eine solche ärztliche Behandlung ist nicht rechtswidrig, wenn diese mit dem Ziel erfolgt, Gefahr von sich oder anderen abzuwenden (rechtfertigender Notstand) [7, 8]. Bei akuter Gefahr für Ärzt*in oder Praxisteam selbst sollte keine Zwangsbehandlung erfolgen, sondern lieber auf Unterstützung durch die Polizei gewartet werden [1, 3].

In der Akutmedikation sind Benzodiazepine oder Antipsychotika empfohlen [1, 3]. Oft ist hierbei eine intramuskuläre (i.m.) Gabe nötig, da eine orale Einnahme verweigert und ein intravenöser Zugang nicht etabliert werden kann. Die intravenöse Medikamentengabe ist auch wegen des sehr schnellen Wirkeintritts mit der Gefahr der Atemdepression oder kardialer Nebenwirkungen (Antipsychotika) bei in der Notfallsituation fehlendem Monitoring nicht empfehlenswert [1].

Die Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ bietet einen guten Überblick über verschiedene Notfallmedikamente [1]. Allerdings sind viele der empfohlenen Medikamente, wie bspw. Olanzapin oder Aripiprazol, in den meisten Hausarztpraxen nicht vorrätig oder geläufig.

Für die Praxis kann das folgende pragmatische Vorgehen empfohlen werden: Falls es die Situation zulässt, sollte eine orale Medikamentengabe versucht werden. Wegen der Gefahr von Bissverletzungen sollten Finger nicht zum Mund der betroffenen Person geführt werden. Es kann funktionieren, Lorazepam-Schmelztabletten auf ein feuchtes Zitronenstäbchen zu legen und der Person in den Mund zu schieben (Beginn mit 1 mg) [1, 3].

Ist eine i.m. Gabe nötig, bietet sich die Substanz Diazepam (Beginn mit 10 mg) an. Diazepam hat dabei den Nachteil, wegen der langen Halbwertszeit von bis zu 72 Stunden schlecht steuerbar zu sein [1, 3]. Alternativ empfiehlt die Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ das besser steuerbare Antipsychotikum Haloperidol i.m. (Beginn mit 5 mg bzw. bei älteren Patient*innen Beginn mit 1 mg wegen der Gefahr kardialer Nebenwirkungen) [1]. Nach parenteraler Gabe sollte so bald wie möglich ein Monitoring und ein Transport in die Klinik mit notärztlicher Begleitung erfolgen [1, 3].

Fallbeispiel 3: Unmittelbare Eigengefährdung – wie ging es weiter?

Da Frau Hansen weiterhin auf die Straße zu laufen droht, sehen Sie keine andere Möglichkeit, als eine Medikation i.m. zu verabreichen. Während Sie diese vorbereiten, können Ihre Angestellten die Patientin ins Treppenhaus ziehen und absichern. Eine Ihrer Angestellten spricht ruhig, klar und in einfacher Sprache mit der Patientin. Dennoch will sich Frau Hansen immer wieder losreißen. Ihre Angestellten halten die Patientin fest, während Sie ihr 10 mg Diazepam i.m. verabreichen. Hieraufhin wird die Patientin nach etwa 15 Minuten deutlich ruhiger und bleibt auf den Stufen im Treppenhaus sitzen. Als zwei Polizisten und der Rettungsdienst eintreffen, fährt Frau Hansen nun ohne Gegenwehr mit in die psychiatrische Klinik.



Dr. med. Bernadett Hilbert ...

... ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und hat einen Teil ihrer Weiterbildung in einer psychiatrischen Klinik abgeleistet. Frau Hilbert ist DEGAM-Kontaktperson der JADE (Junge Allgemeinmedizin Deutschland)

Foto: privat

Schlussfolgerungen

In der Hausarztpraxis kann die Versorgung von Patient*innen mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung das Praxisteam aufgrund fehlender Routine vor große Herausforderungen stellen. Zur Vorbereitung auf solche Akutsituationen ist es empfehlenswert, sich über das landesspezifische Unterbringungsgesetz, die behördlichen Zuständigkeiten sowie das Angebot und die Verfügbarkeit eines psychiatrischen Krisendienstes vor Ort zu informieren. Außerdem sollte für in der Praxis bekannte Patient*innen mit psychiatrischen Erkrankungen eine Notfallkarte erstellt und mitgegeben werden. Auf dieser sollten Adressen, Telefonnummern und Öffnungszeiten von lokalen Krisendiensten, der

behandelnden psychiatrischen Klinik und anderen geeigneten Klinikambulanzen sowie Kontaktdaten von Angehörigen, der gesetzlichen Betreuer*in und der behandelnden Hausarztpraxis angegeben sein [1].

Die Teilnahme an einem Kurs zur verbalen Deeskalation mit dem Praxisteam ist eine gute Vorbereitung auf den Umgang mit psychiatrischen Notfällen. So könnte auch im Vorfeld abgesprochen werden, wer aus dem Praxisteam im Notfall welche Aufgabe übernimmt [3]. Hausärzt*innen sollten Medikamente für psychiatrische Notfallsituationen bereithalten und mit deren Applikation vertraut sein. Laut der Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ sind orales Lorazepam sowie Diazepam oder Haloperidol i.m. zu präferieren [1].

Die Verantwortung für eine unfreiwillige Vorstellung in einer psychiatrischen Klinik kann einweisende Hausärzt*innen stark belasten. Daher ist es wichtig, zu wissen, dass Einweisende nicht über eine Unterbringung entscheiden. Patient*innen werden immer von Fachärzt*innen für Psychiatrie und dem Amtsgericht eingeschätzt. So kann auch eine in einer unübersichtlichen Notfallsituation gestellte Indikation zur unfreiwilligen Vorstellung in einer psychiatrischen Klinik im Nachhinein revidiert werden [1, 3, 4].

Interessenskonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ AWMF-Leitlinie 038–023. Stand 2019
2. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). Schizophrenie. AWMF-Leitlinie Nr. 038–009, S3, Stand 2019
3. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. AWMF-Leitlinie Nr. 038–022, S3, Stand 2018
4. DGBS e.V. und DGPPN e.V. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. AWMF-Leitlinie Nr. 038–019, Stand 2020
5. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. AWMF-Leitlinie Nr. nvl-005, S3, Stand 2015
6. Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfegesetz (BayPsychKHG) vom 24. Juli 2018 (GVBl. S. 583, BayRS 2128–2-A/G), letzte Änderung durch § 3 des Gesetzes vom 8. Juli 2020 (GVBl. S. 330)
7. www.gesetze-im-internet.de/stgb/_34.html (letzter Zugriff am 22.12.2021)
8. Petit M, Klein JP. Psychisch Kranke: Zwangsbehandlung mit richterlicher Genehmigung wieder möglich. Dtsch Arztebl 2013; 110: A 377–9

Korrespondenzadresse

Dr. med. Marlies Karsch-Völk
Dachauer Str. 140 e
80637 München
Tel.: 0171 6998683
m.karsch@gesinform.de



56. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Patientenzentrierte Versorgung –
Die Hausarztpraxis im Zentrum der Versorgung



15. – 17. September 2022 | Greifswald

