

 DGPPN



AWMF
ZERTIFIZIERT

DGPPN *Hrsg.*

S2k-Leitlinie Notfall- psychiatrie

 Springer

S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und
Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde (Hrsg.)

S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie

Update vom März 2019

erstellt durch die Mitglieder des Referats
Notfallpsychiatrie der Deutschen Gesellschaft für
Psychiatrie, Psychotherapie und
Nervenheilkunde (DGPPN)

publiziert bei

 **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

 **Springer**

Herausgeber
DGPPN e.V.

Koordination und Redaktion
Prof. Dr. med. Frank-Gerald Pajonk
Prof. Dr. med. Thomas Messer
Prof. Dr. med. Horst Berzewski



AWMF Siegel

AWMF-Registernummer:

ISBN 978-3-662-61173-9 ISBN 978-3-662-61174-6 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-61174-6>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.

Springer

© DGPPN, 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Planung/Lektorat: Katrin Lenhart

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Präambel

Der klinische Alltag zeigt, dass es nicht nur in der Psychiatrie, sondern in vielen medizinischen Disziplinen zu Notfallsituationen durch psychische Störungen kommt und deren Häufigkeit im Gefolge soziodemographischer, gesellschaftspolitischer und versorgungspolitischer Veränderungen wohl zunimmt. Diese Notfallsituationen sind oft komplex, potenziell lebensbedrohlich und führen durch vielfältige, für Anwesende und Helfer oft unverständliche Verhaltensstörungen der Patienten zu einem hohen Ausmaß an Verunsicherung hinsichtlich der zu treffenden Maßnahmen. Obwohl es auch wegen methodischer und ethischer Limitierungen an der Verfügbarkeit kontrollierter Studien mangelt, hat sich die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) als primär zuständige Fachgesellschaft entschlossen, eine an den AWMF-Richtlinien orientierte S2k-Leitlinie zur Psychiatrischen Notfällen erarbeiten zu lassen, mit deren Federführung das Referat Notfallpsychiatrie der DGPPN beauftragt wurde. Die hier vorgestellte Leitlinie will erstmals im deutschen und wohl auch internationalen Sprachraum auf Leitlinienniveau

- eine Übersicht über die notfallmedizinisch relevanten psychiatrischen Erkrankungen und Störungsbilder und
- von verschiedenen Fachgesellschaften konsentiert Empfehlungen zur Behandlung und zum Management dieser Störungen nach systematischer Auswertung der vorliegenden klinischen Studien geben.

Ziel dieser Leitlinie ist eine qualitative Verbesserung in der prästationären und stationären Versorgung psychiatrischer Notfallpatienten.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	1
2	Methoden der Leitlinie	17
3	Notfallpsychiatrisch relevante Syndrome und Störungen	23
4	Diagnostik	65
5	Maßnahmen und Therapie	75
6	Störungsspezifische Versorgung	99
7	Besondere Patientengruppen und Entstehungsbedingungen psychiatrischer Notfälle	177
8	Kooperation mit beteiligten Berufsgruppen, Einrichtungen und Organisationen	215
	Anhang	227

Abkürzungen

AES	Alkohol-Entzugssyndrom-Skala
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V
AWS	Alkohol-Withdrawal Skala
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)
BDI	Beck Depressions-Inventar
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BVC	Brøset Violence Checklist
BZD	Benzodiazepine
CAM	Confusion Assessment Method
CAM-ICU	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CK	Kreatinkinase
CTD	Cognitive Test for Delirium
CYP-Inhibitoren	Cytochrom-P-Inhibitoren
DDS	Delirium Detection Score
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGSGB	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.
DNRI	Dopamine-Norepinephrine-Reuptake Inhibitor
DRS	Delirium Rating Scale
EKT	Elektrokrampftherapie
EPS	Extrapyramidalmotorische Störungen
GCP	Good Clinical Practice
GDS 15	Geriatrische Depressionsskala
GG	Grundgesetz
GGT	Gamma-Glutamyl-Transferase
GHB	Gammahydroxybuttersäure
GHQ-30	General Health Questionnaire-30

GPT	Glutamat-Pyruvat-Transaminase
HAES	Hamburger Alkohol-Entzugsskala
HOPS	Hirnorganisches Psychosyndrom
HWZ	Halbwertszeit
ICDSC	Intensive Care Delirium Screening Checklist
ICU	Intensive Care Unit
i.m.	intramuskulär
IM	Intelligenzminderung
i.v.	intravenös
MAO-Inhibitoren	Monoaminoxidase-Hemmer
max.	maximal
min.	minimal
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MNS	Malignes Neuroleptisches Syndrom
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NU-DESC	Nursing Delirium Rating Scale
NW	Nebenwirkung
ÖGD	Landesgesetze zum öffentlichen Gesundheitsdienst
PHQ	Patient's Health Questionnaire
PipN	Pharmakologisch-induzierte psychiatrische Notfälle
p.o.	orale Applikation
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
RASS	Richmond Agitation and Sedation Scale
SAB-P	Score-Driven Treatment of Alcohol Withdrawal by Nurse Staff
SDS	Selfrating Depression Scale
SGB	Sozialgesetzbuch
SIADH	Syndrom der Inadäquaten ADH-Sekretion
SNRI	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SOAS-R	Staff Observation Aggression Scale
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
SSNRI	Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
StGB	Strafgesetzbuch
TdP	Torsades de pointes
TSH	Thyreoida-stimulierendes Hormon
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZAS	Zentrales Anticholinerges Syndrom
ZSS	Zentrales Serotonin-Syndrom
5-HT-Rezeptoren	5-Hydroxytryptamin (Serotonin)-Rezeptoren



Inhaltsverzeichnis

1.1	Hintergrund der Leitlinie und Problemstellung.....	1
1.1.1	Definition des psychiatrischen Notfalls.....	2
1.1.2	Häufigkeit psychiatrischer Notfälle.....	4
1.1.3	Notfallpsychiatrisch relevante Störungsbilder und Situationen.....	6
1.1.4	Datenlage zur notfallpsychiatrischen Versorgung in den unterschiedlichen Versorgungssektoren.....	7
1.2	Schwierigkeiten bei der Durchführung von Untersuchungen in der Notfallpsychiatrie.....	11
1.3	Ziele der Leitlinie.....	12
1.4	Zielgruppen und Geltungsbereich.....	12
	Literatur.....	12

1.1 Hintergrund der Leitlinie und Problemstellung

Psychiatrische Notfälle sind über Jahrzehnte in ihrer Häufigkeit und Bedeutung nicht ausreichend erkannt und hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Systematik und Forschung vernachlässigt worden. Es besteht oft noch eine erschreckende und weitreichende Unkenntnis über versorgungsrelevante Informationen. Der überwiegende Anteil psychiatrischer Notfälle und Krisen entwickelt sich außerhalb psychiatrischer Einrichtungen und wird primär von Hausärzten, Rettungsdienst, Notärzten und in Notaufnahmen versorgt. Wie auch bei anderen medizinischen Notfällen besteht bei psychiatrischen Notfällen eine unmittelbare Gefährdung, die eine sofortige Diagnostik und Therapie erforderlich macht. Die psychiatrische Notfalldiagnostik beruht in hohem Maße auf dem subjektiven Eindruck, der Verhaltensbeobachtung, der Kenntnisse in Psychopathologie und der Erfahrung des Untersuchers.

Qualität und Ergebnis der Behandlung werden von zahlreichen Faktoren bestimmt. Den oft unzureichenden Informationen steht ein breites Spektrum möglicher Ursachen

gegenüber, die zur Notfallsituation geführt haben. Erschwerend kommen eine dynamisch verlaufende Situation, Schnittstellenprobleme zwischen den an der Versorgung beteiligten Personen, Einrichtungen und Behörden und zumindest präklinisch limitierte diagnostische und therapeutische Ressourcen hinzu. Gerade bei psychiatrischen Notfällen beeinflussen Entscheidungs-, Kommunikations-, und Führungsverhalten den Verlauf des Einsatzes oder der Behandlung (Ruppert und Lackner 2009). Da das behandelnde Personal darüber hinaus unter Zeitdruck steht und unmittelbare therapeutische und versorgungsrelevante Entscheidungen fällen muss, besteht für den Patienten die Gefahr, dass über ihn unverhältnismäßig verfügt wird. So kann er in eine Klinik eingewiesen werden, obwohl (zeitaufwendige) ambulante therapeutische Interventionen ausgereicht hätten. Als Endstrecke therapeutischer Interventionen psychiatrischer Notfälle können Maßnahmen gegen den Willen des Patienten wie z. B. Klinikeinweisungen, Festhalten, Medikation und Fixierung stehen. Dabei muss die Würde und Selbstständigkeit der betroffenen Patienten auch in schwierigen Situationen berücksichtigt werden.

Zum Management psychiatrischer Notfälle sollten der Psychiater und das behandelnde Team zumindest über folgende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen (Pajonk und D'Amelio 2008):

- Sicherheit in psychodiagnostischen Standards und psychopathologischer Diagnostik
- Ausreichende somatomedizinische Kenntnisse
- Kenntnisse in verbaler Krisenintervention
- Sicherheit im Umgang mit Notfallmedikamenten
- Kenntnisse der wichtigsten juristischen Rahmenbedingungen
- Eingespielte und geübte Strategien im Team zur Bewältigung von Notfällen und Krisen
- Sicherheitstraining zum Eigenschutz

1.1.1 Definition des psychiatrischen Notfalls

Bereits die allgemeine Definition eines medizinischen Notfalls ist schwierig, auch in der Literatur finden sich oft nur abstrakte Definitionen; außerdem unterscheiden sich medizinische und rechtliche Definition des Notfalls teilweise (Killinger 2009). Überwiegend wird der medizinische Notfall als akuter, lebensbedrohlicher Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder Gefahr plötzlich eintretender irreversibler Organschädigung verstanden (Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch 2015). Dabei kommt es nicht auf die Ursache an, sie muss lediglich medizinischer Natur sein. Demnach wären aber einige Notfälle diverser medizinischer Fachrichtungen keine medizinischen Notfälle, weil es ihnen an der unmittelbaren Lebensgefahr oder konkreten Organschädigung fehlt.

Mittlerweile besteht weitgehender Konsens, dass nicht nur für die Psychiatrie die Definition des Notfalls erweitert werden muss. Demnach darf von einem Notfall ausgegangen werden, wenn plötzlich und unerwartet eine wesentliche gesundheitliche Schädigung zu befürchten ist, die unverzüglich in einer besonderen Behandlungseinrichtung

(z. B. einem Krankenhaus) versorgt werden muss, auch wenn noch keine unmittelbare Lebensgefahr besteht, und bei der eine Versorgung durch niedergelassene Ärzte definitiv nicht ausreicht. Diese Störungen müssen durch die medizinische Fachdisziplin als Notfälle anerkannt sein (Killinger 2009). Die Grenze zwischen „Notfall“ und „Akutfall“ kann daher nicht allgemeingültig getroffen werden, sondern hängt vom Einzelfall ab. Noch weitergehend ist die Definition deutscher, österreichischer und Schweizer Fachgesellschaften für Notfall- und Rettungsmedizin. Diese definierten als medizinischer Notfall bzw. als Notfallpatienten alle Personen, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet (Behringer et al. 2013). Entscheidend ist, dass eine Entscheidung, ob ein Notfall vorliegt und medizinischer Hilfe bedarf, meist von den Patienten selbst oder nahestehenden Dritten gefällt wird. Diese subjektive Entscheidungsgrundlage bildet die Realität der Notfallmedizin ab und ist primär unabhängig von dem Ergebnis einer diagnostischen Evaluation durch die Notfallmedizin.

Im Sinne der oben genannten Kriterien eines Notfalls kann ein psychiatrischer Notfall definiert werden als medizinische Situation, in der das akute Auftreten oder die Exazerbation einer bestehenden psychiatrischen Störung zu einer unmittelbaren Gefährdung von Leben und Gesundheit des Betroffenen und/oder seiner Umgebung führt und sofortiger Diagnostik und/oder Therapie bedarf (Pajonk et al. 2000).

Im Kursbuch Rettungsdienst sind die in Tab. 1.1 genannten Störungen, die als Notfall in der präklinischen Notfallmedizin akzeptiert sind, aufgeführt (Bundesärztekammer 2006). Darin werden auch Notfälle von Notfallsituationen unterschieden. Als Notfallsituation werden akute Krankheitszustände bezeichnet, bei denen keine Lebensbedrohung und keine erheblichen Organfunktionsstörungen bestehen. Hierzu zählen z. B. auch krisenhafte Entwicklungen als Folge unerwarteter belastender Ereignisse. Eine Krise liegt vor, wenn ein Mensch mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die in

Tab. 1.1 Psychiatrische Notfälle in der präklinischen Notfallmedizin (Bundesärztekammer 2006)

Absolute Notfallindikation/Notarztindikation

- Erfolgter Suizidversuch
- Konkrete Suizidpläne oder -vorbereitungen
- Hochgradiger Erregungszustand
- Aggressivität/Gewalttätigkeit im Rahmen psychischer Erkrankungen
- Konkrete Fremdtötungsabsichten im Rahmen psychischer Erkrankungen
- Schwere Intoxikation
- Delir

Relative Notfallindikationen/keine dringliche Notarztindikation

- Verwirrtheit
 - Entzugssyndrome ohne Delir
 - Suizidgedanken ohne konkrete Pläne
 - Angst und Panik
 - Akute Belastungsreaktion
-

Intensität, Art, Umfang und Dauer so gravierend sind, dass sie seine Belastungsfähigkeit und seine verfügbaren Bewältigungsstrategien übersteigen (Cullberg 1978; Sonneck 1991). In der Notfallsituation fallen die Patienten durch Hilflosigkeit, erhebliche Verhaltensauffälligkeiten, psychopathologische Symptome, Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionsfähigkeit und gravierenden Leidensdruck auf. Diagnostisch sind in der Regel die Kriterien einer akuten Belastungsreaktion erfüllt. Beispiele hierfür sind die Konfrontation mit dem plötzlichen Tod eines geliebten Menschen oder die Erfahrung von Großschadensereignissen oder Naturkatastrophen. Eine verlässliche Grenze zwischen Krise und Notfall lässt sich in der Praxis oft nicht ziehen.

Im Gegensatz zu vielen somatisch bedingten Notfällen treten psychiatrische Notfälle häufig nicht vorhersehbar und plötzlich auf. Der psychiatrischen Notfallsituation geht vor allem bei nicht organisch bedingten oder durch Intoxikationen hervorgerufenen Störungen die Entwicklung einer Prodromalsymptomatik voraus, die plötzlich zu einer dramatischen Zuspitzung mit Suizidalität und Erregung führen kann. Die Feststellung eines psychiatrischen Notfalls hängt weniger von einem objektiven oder messbaren Befund als mehr von Verhaltensauffälligkeiten der Patienten, Störungen des psychosozialen Umfeldes und der Erhebung eines psychopathologischen Befundes ab.

Analog der Klassifizierung in der somatischen Medizin befindet sich der Patient nach Wegfall der Kriterien für einen Notfall in der Akutphase seiner Erkrankung. Diese kann weiter eine Überwachung wie auf einer Intensivstation oder einer Intermediate Care Station erfordern; dies entspricht in der Psychiatrie in der Regel einer geschützten Station. Nach zwischenzeitlicher Stabilisierung können die Kriterien eines Notfalls bei Verschlechterung des Befundes erneut erfüllt sein.

1.1.2 Häufigkeit psychiatrischer Notfälle

Die Häufigkeit psychiatrischer Notfallsituationen wird eher unterschätzt. Empirisch ausreichend abgesicherte Angaben zur Epidemiologie der Notfallpsychiatrie gibt es bisher nicht. Die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle in den einzelnen Versorgungssektoren ist sehr unterschiedlich (s.u.). Obwohl die Häufigkeit psychischer Erkrankungen insgesamt in den letzten Jahrzehnten gleich geblieben sein dürfte (Jacobi et al. 2014) – angesichts eines steigenden Anteils älterer Menschen vielleicht mit Ausnahme der altersassoziierten Erkrankungen – gibt es eine Vielzahl von Hinweisen, dass die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle gestiegen ist. Hierfür sprechen vor allem das deutlich gestiegene Interesse von Notfallmediziner an diesem Thema und eine deutlich gestiegene Anzahl von Publikationen in notfallmedizinischen Fachzeitschriften seit dem Jahr 2000. Für Längsschnittuntersuchungen zu diesem Thema ist es jedoch noch zu früh. Weitere Hinweise sind die jährlich steigende Anzahl stationär psychiatrischer Aufnahmen, zuletzt auf über 800.000, und stationärer Aufnahmen wegen psychiatrischer Hauptdiagnosen, aktuell über 1,2 Millionen im Jahr 2015 (Statistisches Bundesamt 2015) mit einem überproportional steigenden Anteil an gerichtlichen Unterbringungen (Bundesjustizamt 2017) auf über 140.000 im Jahr 2015 (s. Abb. 1.1 und 1.2).

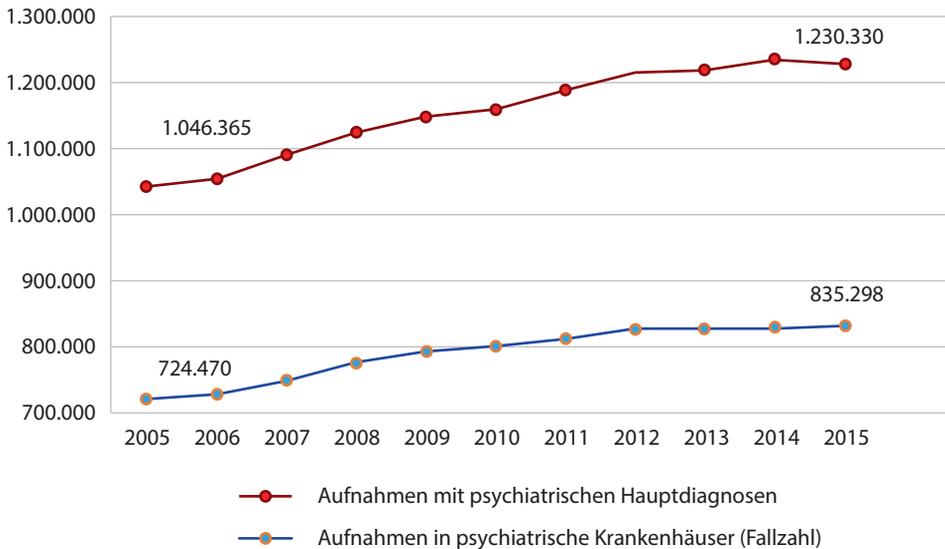


Abb. 1.1 Häufigkeit stationär psychiatrischer Aufnahmen in den letzten Jahren

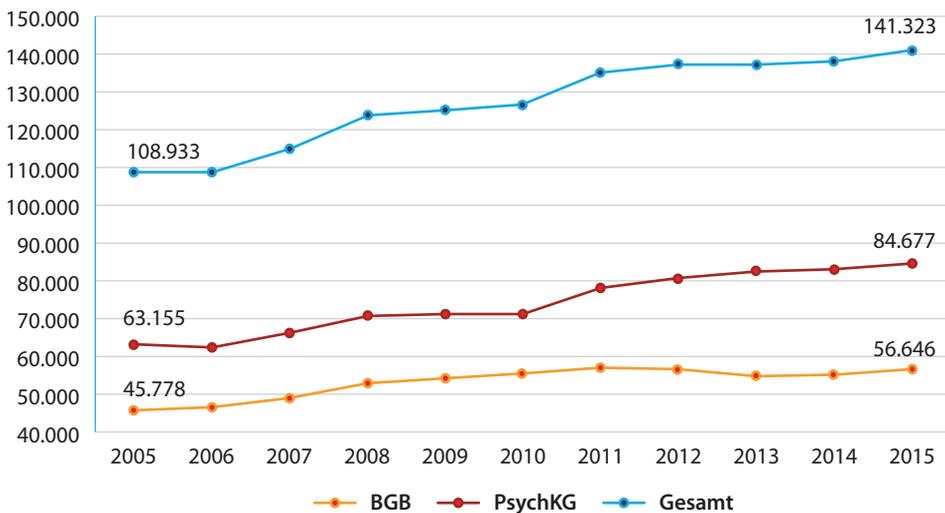


Abb. 1.2 Anzahl der Unterbringungen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland (Bundesjustizamt 2017)

Mögliche Ursachen für die Zunahme psychiatrischer Notfälle sind (Laux und Berzewski 2011; Pajonk et al. 2008):

- Die ambulante Versorgungssituation ist in manchen Regionen unzureichend und die Verfügbarkeit von Haus- und Fachärzten gering. Als Folge bleiben psychiatrische Erkrankungen unentdeckt und unbehandelt und werden erst auffällig, wenn sich aus ihnen ein Notfall entwickelt.

- Die Verkürzung der stationären Behandlungsdauer (zuletzt auf durchschnittlich 22,4 Tage im Jahr 2012) führt zu einer frühzeitigen Entlassung erst teilstabilsierter Patienten. Diese kommen in ein ambulantes System, das hierfür nicht ausgerichtet ist (s. Punkt 1). Es gibt keine verlässlichen Daten über die Frequenz und Dauer psychiatrischer Kontakte im ambulanten Bereich, eine Untersuchung über die psychotherapeutische Versorgung hat jedoch ermittelt, dass durchschnittlich drei Termine mit einer Dauer von 10 Minuten pro Quartal und Patient durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erbracht werden (Herpertz et al. 2011).
- Durch den Anstieg der Lebenserwartung nimmt die Häufigkeit gerontopsychiatrischer Notfallsituationen zu.
- Die erweiterten Interventionsmöglichkeiten der somatischen Medizin (z. B. Organtransplantationen, Implantationen von Schrittmachern, Behandlung multimorbider Patienten, Gabe nebenwirkungsreicher Medikamente) führen zu einer erhöhten Rate lebensbedrohlicher neuropsychiatrischer Störungen (z. B. Delir).
- In bestimmten Gruppen hat der exzessive Konsum von Alkohol, Drogen oder Medikamenten (z. B. binge-drinking, „Komasaufen“) zugenommen, damit auch verbunden eine erhöhte Zahl von Notfällen.
- Psychosoziale Faktoren, z. B. eine vermehrte Stressbelastung, Armut, Arbeitslosigkeit oder soziale Isolation erhöhen die Wahrscheinlichkeit für psychiatrische oder psychosoziale Einsatzursachen und vermindern Ressourcen, um Krisen aktiv bewältigen zu können oder das (Wieder-)Auftreten psychischer Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen einleiten zu können (Luiz 2008).
- Ein erweitertes Verständnis von Notfallmedizin führt zu einer größeren Inanspruchnahme notfallmedizinischer Versorgungseinrichtungen und -dienste nicht nur in der Psychiatrie (Schmiedel und Behrendt 2011).

1.1.3 Notfallpsychiatrisch relevante Störungsbilder und Situationen

Notfälle können aus den meisten psychischen Erkrankungen entstehen. In der Notfallsituation ist es aber häufig nicht leicht, die Störung einer Erkrankung zuzuordnen, vor allem, wenn anamnestische Angaben fehlen. Daher bietet sich eine syndromale Einteilung psychiatrischer Notfälle an. Notfallpsychiatrische Fragestellungen können auch dort auftreten, wo sie zunächst nicht erwartet werden. Ein Beispiel hierfür ist die Anorexie. Die Anorexia nervosa ist die psychische Erkrankung mit der höchsten Mortalität. Ein BMI unter 13 gilt als Grenzwert für eine vollstationäre Maßnahme, die nach verbreiteter Rechtsprechung auch gegen den Willen eines Patienten durchgesetzt werden muss, da von kognitiven Störungen mit Beeinträchtigung der freien Willensbildung und Negierung der Bedrohlichkeit des gesundheitlichen Zustands ausgegangen werden muss. Eine Übersicht über typische notfallpsychiatrisch relevante Störungsbilder findet sich in Tab. 1.2 (Pajonk und Messer 2009).

Tab. 1.2 Typische notfallpsychiatrisch relevante Störungen und Syndrome (Pajonk und Messer 2009)

-
- Suizidalität
 - Erregungszustände
 - Delir
 - Bewusstseinsstörungen und Verwirrtheit
 - Intoxikationen und andere substanzbedingte Störungen
 - paranoid-halluzinatorisches Syndrom
 - manisches Syndrom
 - Stupor und Katatonie
 - Angststörungen
 - psychosoziale Krise und Traumatisierung
 - Anorexie
-

Neben den individuellen psychiatrischen Notfällen spielt die Notfallpsychiatrie aber auch in der Versorgung „kollektiver“ Schadensereignisse eine Rolle. Hierzu zählen Großschadensereignisse (z. B. „Massenpanik“ bei Großveranstaltungen), Katastrophen (z. B. schwere Stürme oder Erdbeben mit Zusammenbruch der Kommunikationseinrichtungen) oder Amokläufe (z. B. in Schulen oder Behörden).

Diagnostik

Die Kernfragen bei der Diagnostik psychiatrischer Notfälle betreffen immer wieder die Einschätzung von vitaler Gefährdung, bestehender Eigen- oder Fremdgefährdung, somatischer oder psychiatrischer bzw. stationärer oder ambulanter Behandlungsnotwendigkeit. Viele Notfälle, die primär als psychiatrisch imponieren, haben eine organische Ursache (z. B. schwere Erregungszustände bei Hypoglykämie). Bei jedem psychisch kranken Patienten muss daher ein psychopathologischer Befund und eine vollständige körperliche und neurologische Untersuchung unter Einschluss von Laboruntersuchungen und gegebenenfalls apparativer Diagnostik durchgeführt werden. Die somatomedizinische Abklärung wird als Medical Clearing bezeichnet (Näheres in Abschn. 4.1). Durch eine gründliche Anamnese und klinische Untersuchung kann ein Großteil der Patienten bezüglich der Beschwerdeursachen richtig zugeordnet werden. Häufig ist dies jedoch in der Notfallsituation nicht möglich. Die Angaben der Patienten und von Bezugspersonen sind nicht selten unzutreffend, spärlich oder irreführend oder überhaupt nicht zu erheben.

1.1.4 Datenlage zur notfallpsychiatrischen Versorgung in den unterschiedlichen Versorgungssektoren

Notfallpsychiatrie ist interdisziplinär. Nur ein kleiner Teil der Patienten, die einen psychiatrischen Notfall entwickeln, wird primär auch von einem Psychiater gesehen. Sehr viel häufiger wird zuerst der Hausarzt, der Rettungsdienst oder der Notarzt gerufen oder die

Patienten stellen sich in der Notaufnahme des nächstgelegenen Krankenhauses vor. Psychiatrische Notfälle können auch bei bereits stationär behandelten Patienten, z. B. auf einer internistischen oder Intensivstation, auftreten. Daraus resultieren typische Schnittstellenprobleme, denn psychiatrisches Personal kennt sich in der Regel nicht gut mit den Möglichkeiten, Grundsätzen und Gepflogenheiten der somatischen Notfallmedizin aus, wie auch dessen Personal meist nicht viel über die Möglichkeiten der Diagnostik, Überwachung und Behandlung in der Psychiatrie weiß.

Notärzte und Rettungsdienstmitarbeiter beklagen immer wieder, dass psychiatrische Kliniken die Aufnahme von Patienten (v. a. mit Intoxikationen) ablehnen. In der Tat lehnen viele psychiatrische Kliniken Patienten ab, bei denen keine ausreichende diagnostische Abklärung erfolgt ist oder die mit Hypnotika, z. B. Midazolam, vorbehandelt wurden. In vielen psychiatrischen Kliniken fehlen die notwendigen Möglichkeiten zur Diagnostik oder Überwachung oder sie sind nicht rund-um-die-Uhr verfügbar.

Im Folgenden wird der Kenntnisstand über die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle in den verschiedenen medizinischen Versorgungsbereichen dargestellt.

Hausärztlicher Notdienst

Es existieren kaum Daten zu psychiatrischen Notfällen aus dem hausärztlichen Notdienst. Der hausärztliche Notdienst ist aufgeteilt in den Fahrdienst (Arzt kommt zum Patienten nach Hause) und in die Zentralen Notfallpraxen, die sich in Großstädten in den letzten 25 Jahren gebildet haben. Aus der Zentralen Notfallpraxis in Düsseldorf existieren die einzigen publizierten validen Daten. Zwischen 1993 und 2003 stellten sich dort bei einer Gesamtpatientenzahl von 62.994 bis 78.335 pro Jahr zwischen 0,9 % – 2,2 % der Notfallpatienten beim neurologischen und psychiatrischen Notdienst mit rückläufiger Tendenz in den letzten Jahren vor, wobei zwischen beiden Disziplinen nicht weiter unterschieden wurde (König et al. 2009).

Notarzt- und Rettungsdienst

Im Jahr 2009 wurden in Deutschland knapp 2,9 Millionen Notarzteinsätze gefahren, die Zahl nimmt seit Jahren kontinuierlich zu (Schmiedel und Behrendt 2011). Der Stellenwert, den die Psychiatrie in der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst einnimmt, ist in den vergangenen Jahren vermutlich leicht gestiegen. Die berichteten Einsatzzahlen schwanken sehr in Abhängigkeit vom Untersuchungsstandort und der verwendeten Methodik (König et al. 1996; Pajonk et al. 2001a, b). Mit bis zu 14,7 % sind psychiatrische Notfälle etwa gleich häufig wie neurologische (11–15 %) und traumatologische (9–14 %) Notfälle und damit die zweit- bis vierthäufigste Einsatzursache für den Notarzt (Pajonk und Messer 2009). Prospektive deutsche Studien bestätigen mit 11,5 % bzw. 12,0 % frühere retrospektive Erhebungen Internistische Notfälle sind mit 58–65 % die häufigste Einsatzkategorie. Andere medizinische Notfälle (2–3 %) spielen im Notarzteinsatz nur eine untergeordnete Rolle (Pajonk et al. 2008).

Durchgängig wurden Alkoholintoxikationen (30–43 %), Erregungszustände (12–30 %) und Suizidalität (14–25 %) als häufigste Einsatzursachen festgestellt (Pajonk et al. 2002a,

2008; Sefrin und Ripberger 2008). Bei etwa 50 % der psychiatrischen Notfallpatienten finden sich Diagnosen aus dem Bereich psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F1x), bei ca. 25 % liegt Suizidalität vor (Pajonk et al. 2008). Psychiatrische Einsätze werden von Notärzten in 20–32 % als schwer bis lebensbedrohlich beurteilt (NACA-Score IV-VII), in etwa so häufig wie neurologische Notfälle, seltener als internistische, aber deutlich häufiger als traumatologische Notfälle (Biedler et al. 2012; Luiz et al. 2000; Pajonk et al. 2008; Sefrin und Ripberger 2008). Bei bis zu 20 % der Patienten werden Zwangsmaßnahmen durchgeführt (Tonn et al. 2006b). Die soziale Situation (Armut, Arbeitslosigkeit, familiäre Zerrüttung, Vereinsamung, Verelendung, Verwahrlosung) beeinflusst die Häufigkeit und Art psychiatrischer Notfälle maßgeblich (Luiz 2008; Luiz et al. 2002).

Notärzte verfügen in der Regel nur über geringe Kenntnisse und Erfahrungen hinsichtlich psychiatrischer Notfälle und fühlen sich oft bei deren Versorgung überfordert (Pajonk et al. 1998, 2004a, b). Dies liegt auch daran, dass die meisten Notärzte Anästhesisten, Internisten und Chirurgen sind und der Anteil der Psychiater unter allen Notärzten unter 1 % beträgt. Im Gegensatz zu somatisch bedingten Notfällen, für die bei den wichtigsten Krankheiten evidenzbasierte Behandlungsleitlinien vorliegen, beschränkt sich die psychiatrische Notfallbehandlung in vielen Bereichen auf Expertenmeinung über allgemeine Behandlungsverfahren und -prinzipien (Pajonk et al. 2001c).

Notaufnahmen somatischer Krankenhäuser

In den Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser wurden im Jahr 2015 schätzungsweise 21 Millionen Fälle behandelt (Zimmermann et al. 2016). In interdisziplinären und somatischen Notaufnahmen bestehen in der Regel ausreichende Möglichkeiten der Diagnostik, Therapie und Überwachung. In den meisten Notaufnahmen ist das Hinzuziehen eines psychiatrischen Konsiliariums möglich (Puffer et al. 2012).

Schon vor bald 40 Jahren wiesen Häfner und Helmchen darauf hin, dass bei einem hohen Anteil – vereinzelt bis zu 70 % – der in Notfallzentren (in der Regel interdisziplinäre Notaufnahmen großer Kliniken) versorgten Patienten gleichzeitig oder ausschließlich „psychosoziale Probleme“ bestehen (Häfner und Helmchen 1978). Nach der internationalen Literatur weisen etwa 15 % der in Notaufnahmen versorgten Patienten psychiatrische Störungen auf. Werden standardisierte diagnostische Testverfahren eingesetzt, erfüllen bis zu 54 % die Kriterien für eine Verdachtsdiagnose. Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen in interdisziplinären und medizinischen Notaufnahmen waren demnach Depressionen und Angststörungen (Marchesi et al. 2004; Villari et al. 2007). Eine deutsche Untersuchung fand, dass 32 % der vom Notarzt in eine Notaufnahme transportierten Patienten eine psychische Komorbidität aufwiesen, von denen aber nur 7 % erkannt worden waren (Tonn et al. 2006a). Dass psychische Störungen in Notaufnahmen zu selten diagnostiziert werden (Kunen et al. 2006), kann auch daran liegen, dass nur ein sehr geringer Anteil der Patienten, möglicherweise nur etwa 10 %, sich explizit mit Symptomen aus dem neurologisch-psychiatrischen Formenkreis vorstellen (Stebbins und Hardman 1993).

Nicht alle Patienten, die sich mit einer psychiatrischen Störung in einer Notaufnahme vorstellen, erfüllen aber die Kriterien eines psychiatrischen Notfalls. In der internationalen Literatur wird der Anteil mit ca. 5–10 % angegeben (Übersicht bei Freudenmann et al. 2015). Im deutschen Sprachraum finden sich lediglich zwei Untersuchungen zur Häufigkeit des psychiatrischen Notfalls in Notaufnahmen. Die Analyse der interdisziplinären Notaufnahme der Medizinischen Hochschule Hannover fand eine Häufigkeit von 7,7 %. Nur 20 % dieser Patienten wurden durch Notarzt- und Rettungsdienst gebracht; die überwiegende Anzahl stellte sich selbst vor. Die Autoren stellten in der Notaufnahme eine geringe psychiatrische Fachkompetenz fest, es wurden keine standardisierten Diagnostikinstrumente eingesetzt, und es existierten keine Therapiestandards. Bei ca. 30 % der Patienten lag eine Alkoholintoxikation vor (Kropp et al. 2005, 2007; te Wildt et al. 2006; Ziegenbein et al. 2006). Eine weitere Untersuchung analysierte die Entwicklung psychiatrischer Notfälle in der medizinischen Notaufnahme der Universität Ulm im Vergleich der Jahre 2000 und 2010. Demnach stieg die Zahl der psychiatrischen Notfälle innerhalb des Zeitraums von 10 Jahren um 16,5 %, der relative Anteil der psychiatrischen Notfälle an allen Notfällen nahm jedoch von 6,2 % auf 5,4 % ab. Der Anteil der Intoxikationen durch Alkohol, Drogen und Medikamente an allen psychiatrischen Notfällen stieg dabei im gleichen Zeitraum von 66 % auf 83 %. Alle anderen Ursachen durch typische psychiatrische Erkrankungen waren mit je <3 % selten. Die Häufigkeit von Suizidversuchen als Grund der Vorstellung in der Notaufnahme stieg von 20,1 % auf 27,7 % (Freudenmann et al. 2015). Bei einer Befragung deutscher Notaufnahmen in somatischen Krankenhäusern wurden 15 % der Patienten als psychisch auffällig und 9 % als psychisch diagnose- und therapiebedürftig eingeschätzt. Bei der Hälfte dieser Patienten lagen Diagnosen aus dem Bereich psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F1x) vor. Ein Suizidversuch lag bei 1,9 % der Patienten vor, 3,1 % waren aggressiv. Eine psychiatrisches Konsil wurde bei ca. 5 % und eine Psychopharmakotherapie bei ca. 11 % aller Patienten durchgeführt (Puffer et al. 2012). Damit sind notfallpsychiatrische Fragestellungen in deutschen Notaufnahmen nur sehr unzureichend untersucht. Eine Übersicht über Häufigkeit, Diagnostik und Therapie psychiatrischer Notfälle in deutschen Notaufnahmen findet sich bei Tonn et al. (Tonn et al. 2008).

In internationalen Untersuchungen über Suizidalität in Notaufnahmen berichteten 11,6 % der Patienten über Suizidgedanken und 2 % über konkrete Suizidpläne. Etwa 80 % der Patienten mit konkreten Suizidplänen wurden in der Notaufnahme nicht als akut suizidal erkannt (Claassen und Larkin 2005). Etwa die Hälfte aller Patienten wurden nach Suizidversuch aus einer Notaufnahme ohne weitere Behandlung entlassen (Suominen et al. 2004a, b). Aufgrund dieser Daten ist trotz aller Unterschiede der medizinischen Versorgungssysteme in den einzelnen Ländern davon auszugehen, dass auch in Deutschland viele psychisch kranke Patienten und auch insbesondere Patienten mit Suizidversuchen in Notaufnahmen nicht erkannt und nicht behandelt werden.

Etwa 40–50 % der Patienten werden aus Notaufnahmen stationär aufgenommen, besonders häufig Patienten mit Psychosen, Demenzen und Suizidalität (Bruffaerts et al. 2005; Hepp et al. 2004; Ziegenbein et al. 2006); die Wahrscheinlichkeit einer stationären Aufnahme ist bei vorliegender psychiatrischer Komorbidität etwa 5 Mal höher (Kunen

et al. 2006). Die Notaufnahme war für etwa die Hälfte der Patienten die erste Anlaufstelle wegen einer psychischen Störung, etwa ein Drittel stellten sich wiederholt wegen psychischer Störungen in Notaufnahmen vor (Bruffaerts et al. 2006). In der Untersuchung der Medizinischen Notaufnahme Ulm war ca. jeder 5. Fall eine Wiederaufnahme (Freudemann et al. 2015). Es gibt Hinweise, dass die Erwartungen psychisch kranker Patienten an die Versorgung in Notaufnahmen unrealistisch sind (Carpenter et al. 2005).

Psychiatrische Kliniken

Daten zur psychiatrischen Notfallversorgung in deutschen Kliniken fehlen fast vollständig. Eine Befragung deutscher Kliniken zu psychiatrischen Notfällen erbrachte eine Häufigkeit von 42 % Notaufnahmen. Fast alle deutschen Psychiatrien verfügen über eine Ambulanz, knapp 60 % über eine rund-um-die-Uhr besetzte Notambulanz, in der sich jährlich im Mittel ca. 2000 Patienten vorstellen. Von diesen werden etwas mehr als 60 % stationär aufgenommen. Etwa 75 % der deutschen Kliniken verfügen über eine intensivüberwachte Station mit spezifischer Personalisierung. Die Patienten auf diesen Stationen waren zumindest zeitweise in etwa 20 % mit einem richterlichen Beschluss untergebracht. Die pharmakologische Behandlung war bei psychotischen Störungen im Notfall in den teilnehmenden Kliniken höchst heterogen (Schwerthöffer et al. 2016). Daten zu den häufigsten Diagnosen fehlen. Untersuchungen aus psychiatrischen Notaufnahmen in den USA weisen auf die Bedeutung psychotischer Störungen hin. Demnach litten 21 % aller psychiatrischen Notfallpatienten an Schizophrenie (Marco und Vaughan 2005), 5–20 % aller schizophrenen Patienten mussten mindestens einmal als Notfall zwangsbehandelt werden und 8–10 % mindestens einmal fixiert werden (Allen et al. 2001).

1.2 Schwierigkeiten bei der Durchführung von Untersuchungen in der Notfallpsychiatrie

Umfassende Untersuchungen zur Häufigkeit, Art und zur Qualität der Patientenversorgung psychiatrischer Notfälle existieren allenfalls in Ansätzen. Empfehlungen zur Notfalldiagnostik und -therapie beruhen ganz überwiegend auf nichtkontrollierten Studien, Fallserien, Expertenmeinungen und Good Clinical Practice. Die notfallpsychiatrische wie auch allgemein die notfallmedizinische Forschung ist gehandicapt durch eine mangelnde Vergleichbarkeit der Patienten mit gleichen Syndromen, durch identische Therapieansätze bei differierender Genese des Notfalls, sowie durch ethische und juristische Probleme. Standardisierte und kontrollierte Studienbedingungen lassen sich – speziell im vorstationären Bereich – schon wegen der fraglichen oder nicht gegebenen Einwilligungsfähigkeit der Probanden kaum oder gar nicht realisieren. Außerdem bestehen u. a. folgende weitere Schwierigkeiten:

- Unselektierte Studienpopulation (z. B. durch bestehende Begleiterkrankungen und -medikamente)
- Beschränkung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten

- Ungenügende Kenntnis des Notfallpatienten
- Unzureichende oder fehlende Informationen über Faktoren, die zum Notfall führen
- Zeitmangel in der Notfallversorgung (z. B. durch Überwachungsmaßnahmen)
- Krankheitsbedingte Ablehnung einer Kontaktaufnahme und/oder eines Behandlungsangebotes

Die Übertragbarkeit von randomisierten kontrollierten Studien (RCT) auf die psychiatrische Notfallversorgung ist nur sehr begrenzt möglich, da Mindestanforderungen an eine RCT sich nicht erfüllen lassen (Harbour und Miller 2001; Kabisch et al. 2011). Der Schwerpunkt der psychiatrischen Notfalltherapieforschung liegt daher auf pragmatischen klinischen Studien, Beobachtungsstudien, Vergleichsstudien, Kohortenstudien, Diagnose- und Prognosestudien, Nutzenstudien, Studien zur Entscheidungsanalyse und Metaanalysen (Koller et al. 1998).

1.3 Ziele der Leitlinie

Ziele der Leitlinie sind die Formulierung standardisierter Diagnostik, Maßnahmen und Therapien bei psychiatrischen Notfällen.

1.4 Zielgruppen und Geltungsbereich

Die Leitlinie richtet sich an alle Personen der beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen, die an der Notfallversorgung psychisch kranker Menschen beteiligt sind. Diese sind im Einzelnen:

- Kassenärztlicher Notdienst
- Notarzt- und Rettungsdienst
- Notaufnahmen somatischer Krankenhäuser
- Psychiatrische Krisendienste
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Ambulante und stationäre Einrichtungen psychiatrischer Kliniken

Die Leitlinie dient zusätzlich zur Information für niedergelassene Haus- und Fachärzte.

Literatur

Allen, M. H., Currier, G. W., Hughes, D. H., Reyes-Harde, M., Docherty, J. P., & Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies (2001). The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgraduate Medicine*, (Spec No), 1–88.

- Behringer, W., Buergi, U., Christ, M., Dodt, C., & Hogan, B. (2013). Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Notfall- und Rettungsmedizin*, 8(16), 625–626.
- Biedler, A., Helfen, C., & Pajonk, F. G. (2012). Behandlungsbedürftigkeit psychiatrischer Notfälle im Notarzttdienst. *Der Anaesthesist*, 2(61), 116–122. <https://doi.org/10.1007/s00101-012-1980-x>.
- Bruffaerts, R., Sabbe, M., & Demyttenaere, K. (2005). Predicting aftercare in psychiatric emergencies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(10), 829–834. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0959-x>.
- Bruffaerts, R., Sabbe, M., & Demyttenaere, K. (2006). Who visits the psychiatric emergency room for the first time? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(7), 580–586. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0062-2>.
- Bundesärztekammer. (2006). *Kursbuch Notfallmedizin. Methodische Empfehlungen, Lehr- und Lerninhalte für den Weiterbildungskurs zum Inhalt der Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“ gemäß (Muster)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer*. Berlin: Bundesärztekammer.
- Bundesjustizamt. (2017). http://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Geschaeftsentwicklung_Amtsgerichte.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D5+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de&client=firefox-a. Zugegriffen am 15.10.2017.
- Carpenter, L. L., Schechter, J. M., Underwood, J. A., Tyrka, A. R., & Price, L. H. (2005). Service expectations and clinical characteristics of patients receiving psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 56, 743–745.
- Claassen, C. A., & Larkin, G. L. (2005). Occult suicidality in an emergency department population. *British Journal of Psychiatry*, 186, 352–353. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.352>.
- Cullberg, J. (1978). Krisen und Krisentherapie. *Psychiatrische Praxis*, 5(1), 25–34.
- Freudenmann, R. W., Espe, J., Lang, D., Klaus, J., Gahr, M., & Schönfeldt-Lecuona, C. (2015). Psychiatrische Notfälle auf der medizinischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Ulm in den Jahren 2000 und 2010. *Psychiatrische Praxis*. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552681>.
- Häfner, H., & Helmchen, H. (1978). Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise – konzeptuelle Fragen. *Nervenarzt*, 49, 82–87.
- Harbour, R., & Miller, J. (2001). A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*, 323(7308), 334–336. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7308.334>.
- Hepp, U., Moergeli, H., Trier, S. N., Milos, G., & Schnyder, U. (2004). Attempted suicide: Factors leading to hospitalization. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 736–742.
- Herpertz, S. C., Herpertz, S., Schaff, C., Roth-Sackenheim, C., Falkai, P., Henningsen, P., ... Langkafel, M. (2011). *Studie zur Versorgungsforschung: Spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie. Vorläufiger Abschlussbericht*. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/aerztliche-psychotherapie-herpertz.pdf. Zugegriffen am 26.06.2020.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ..., Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>.
- Kabisch, M., Ruckes, C., Seibert-Grafe, M., & Blettner, M. (2011). Randomized controlled trials. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(39), 663–668.
- Killinger, E. (2009). *Die Besonderheiten der Arzthftung im medizinischen Notfall*. Heidelberg: Springer.
- Koller, M., Lorenz, W., Duda, D., & Dick, W. (1998). Klinische Studien in der Notfallmedizin Eine anwendungsorientierte Klassifikation ihrer Planung und Durchführung. *Der Anaesthesist*, 47(2), 124–135. <https://doi.org/10.1007/s001010050537>.
- König, C., Üner, B., & Pajonk, F. G. (2009). Der Kassenärztliche Notdienst. In C. Madler, K.-W. Jauch, K. Werdan, J. Siegrist, F. G. Pajonk, & D. Brokate (Hrsg.), *Akutmedizin-die ersten 24 Stunden: Das NAW-Buch* (S. 101–105). München: Elsevier.

- König, F., König, E., & Wolfersdorf, M. (1996). Zur Häufigkeit des psychiatrischen Notfalls im Notarztdienst - Eine Analyse der Einsatzstatistik in Lindau von 1989 bis 1993. *Notarzt*, *12*(1), 12–17.
- Kropp, S., Andreis, C., te Wildt, B., Reulbach, U., Ohlmeier, M., Auffarth, I., & Ziegenbein, M. (2005). Psychiatric patients turnaround times in the emergency department. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *1*, 27. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-27>.
- Kropp, S., Andreis, C., te Wildt, B., Sieberer, M., Ziegenbein, M., & Huber, T. J. (2007). Charakteristik psychiatrischer Patienten in der Notaufnahme. *Psychiatrische Praxis*, *34*(2), 72–75. <https://doi.org/10.1055/s-2005-915330>.
- Kunen, S., Prejean, C., Gladney, B., Harper, D., & Mandry, C. V. (2006). Disposition of emergency department patients with psychiatric comorbidity: Results from the 2004 National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *Emergency Medicine Journal*, *23*(4), 274–275. <https://doi.org/10.1136/emj.2005.027367>.
- Laux, G., & Berzewski, H. (2011). Notfallpsychiatrie (Kap. 82). In H. J. Möller, G. Laux, & H. P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (Bd. 2, S. 1529–1564). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Luiz, T. (2008). Der psychosoziale Notfall. *Notfall- und Rettungsmedizin*, *11*(8), 547–551. <https://doi.org/10.1007/s10049-008-1106-9>.
- Luiz, T., Huber, T., Schieth, B., & Madler, C. (2000). Einsatzrealität eines städtischen Notarztdienstes: medizinisches Spektrum und lokale Einsatzverteilung. *Anästhesiologie und Intensivmedizin*, *41*, 765–773.
- Luiz, T., Schmitt, T. K., & Madler, C. (2002). Der Notarzt als Manager sozialer Krisen. *Notfall- und Rettungsmedizin*, *5*, 505–511.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., Borghi, C., Giannini, A., Di Ruvo, R., Minneo, F., ... Maggini, C. (2004). Anxiety and depressive disorders in an emergency department ward of a general hospital: A control study. *Emergency Medicine Journal*, *21*(2), 175–9.
- Marco, C. A., & Vaughan, J. (2005). Emergency management of agitation in schizophrenia. *American Journal of Emergency Medicine*, *23*(6), 767–776. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2005.02.050>.
- Pajonk, F. G., & D'Amelio, R. (2008). Erregungszustände, Aggression und gewalttätiges Verhalten im Notarzt- und Rettungsdienst. *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie*, *43*(7–8), 514–521. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1083093>.
- Pajonk, F.-G., & Messer, T. (2009). *Psychiatrische Notfälle. Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, *3*(04), 257–276.
- Pajonk, F. G., Biberthaler, P., Cordes, O., & Moecke, H. P. (1998). Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten. *Der Anaesthetist*, *47*(7), 588–594.
- Pajonk, F. G., Poloczek, S., & Schmitt, T. K. (2000). Der psychiatrische Notfall – Abgrenzung zu Psychotraumatologie und Krise. *Notfall- und Rettungsmedizin*, *3*, 363–370.
- Pajonk, F. G., Bartels, H. H., Biberthaler, P., Bregenzer, T., & Moecke, H. (2001a). Der psychiatrische Notfall im Rettungsdienst – Häufigkeit, Versorgung und Beurteilung durch Notärzte und Rettungsdienstpersonal. *Der Nervenarzt*, *72*(9), 685–692.
- Pajonk, F. G., Grünberg, K. A., Paschen, H. R., & Moecke, H. (2001b). Psychiatrische Notfälle im Notarztdienst einer deutschen Großstadt. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, *69*(4), 170–174. <https://doi.org/10.1055/s-2001-12692>.
- Pajonk, F. G., Riemenschneider, O., & Moecke, H. (2001c). Evaluation eines Fortbildungsprogramms „Psychiatrie für Notfallmediziner“. *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie*, *36*(2), 105–109. <https://doi.org/10.1055/s-2001-11056>.
- Pajonk, F. G., Bartels, H. H., Grünberg, K. A. S., & Moecke, H. (2002a). Psychiatrische Notfälle. Häufigkeit und Versorgung im Vergleich einer großstädtischen mit einer ländlichen Region. *Notfall Rettungsmed*, *5*, 110–115.

- Pajonk, F. G., Gärtner, U., Sittinger, H., von Knobelsdorff, G., Andresen, B., & Moecke, H. (2004a). Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Rettungsdienstmitarbeitern. *Notfall- und Rettungsmedizin*, 7(3), 161–167. <https://doi.org/10.1007/s10049-004-0654-x>.
- Pajonk, F. G., Lubda, J., Sittinger, H., Moecke, H., Andresen, B., & von Knobelsdorff, G. (2004b). Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten: Eine Reevaluation nach 7 Jahren. *Der Anaesthesist*, 53(8), 709–716. <https://doi.org/10.1007/s00101-004-0703-3>.
- Pajonk, F. G., Schmitt, P., Biedler, A., Richter, J. C., Meyer, W., Luiz, T., & Madler, C. (2008). Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: A prospective comparison of two urban settings. *General Hospital Psychiatry*, 30(4), 360–366. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.03.005>.
- Psychyrembel – Klinisches Wörterbuch. (2015). Berlin: De Gruyter.
- Puffer, E., Messer, T., & Pajonk, F. G. (2012). Psychiatrische Versorgung in der Notaufnahme. *Der Anaesthesist*, 61(3), 215–223. <https://doi.org/10.1007/s00101-012-1991-7>.
- Ruppert, M., & Lackner, C. (2009). Neue Trainingskonzepte in der Akutmedizin. *Akutmedizin - Die ersten 24 Stunden: Das NAW-Buch* (S.39–46). München: Elsevier.
- Schmiedel, R., & Behrendt, H. (2011). *Leistungen des Rettungsdienstes 2008/09: Analyse des Leistungsniveaus im Rettungsdienst für die Jahre 2008 und 2009*. Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.): Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit, Heft M 217, Bergisch Gladbach, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Schwerthöffer, D., Beuys, D., Hamann, J., Messer, T., & Pajonk, F. G. (2016). Versorgung psychiatrischer Notfälle in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 43(07), 367–373. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387644>.
- Sefrin, P. D., & Ripberger, G. (2008). Stellenwert des Notarztes im Rahmen der Bewältigung psychosozialer Probleme. *Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 45(2), 55–63. <https://doi.org/10.1007/s00390-008-0862-6>.
- Sonneck, G. (1991). *Krisenintervention und Suizidverhütung* (2. Aufl.). Wien: Facultas Universitätsverlag. <http://www.facultas.at/list?isbn=9783825238407>.
- Statistisches Bundesamt. (2015). Gesundheit. Diagnosedaten der Krankenhäuser (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). <http://www.gbe-bund.de>. Zugegriffen am 15.10.2017.
- Stebbins, L. A., & Hardman, G. L. (1993). A survey of psychiatric consultations at a suburban emergency room. *General Hospital Psychiatry*, 15(4), 234–242.
- Suominen, K. H., Isometsä, E., Henriksson, M., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (2004a). Patients' evaluation of their psychiatric consultation after attempted suicide. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(1), 55–59. <https://doi.org/10.1080/08039480310000806>.
- Suominen, K. H., Isometsä, E. T., & Lönnqvist, J. K. (2004b). Attempted suicide and psychiatric consultation. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 19(3), 140–145. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.12.004>.
- Tonn, P., Gerlach, N., Reuter, S., Friedrich, B., & Dahmen, N. (2006a). Häufigkeit von psychiatrischen Diagnosen in der retrospektiven Untersuchung von Notarztpatienten. *Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 43(2), 123–129. <https://doi.org/10.1007/s00390-006-0650-0>.
- Tonn, P., Reuter, S., Weilert, A., Rupp, S., Friedrich, B., Dahmen, N., & Gerlach, N. (2006b). Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung bei psychiatrischen Patienten als notärztliche Aufgabe. *Der Anaesthesist*, 55(3), 270–278. <https://doi.org/10.1007/s00101-005-0960-9>.
- Tonn, P., Reuter, S., Gerlach, N., Dahmen, N., & Pajonk, F. G. (2008). Psychiatrische Patienten in der Notaufnahme. *Notfall Rettungsmed*, 11, 537–546.
- Villari, V., Rocca, P., & Bogetto, F. (2007). Emergency psychiatry. *Minerva Medica*, 98(5), 525–541.
- te Wildt, B. T., Andreis, C., Auffahrt, I., Tettenborn, C., Kropp, S., & Ohlmeier, M. (2006). Alcohol related conditions represent a major psychiatric problem in emergency departments. *Emergency Medicine Journal*, 23(6), 428–430. <https://doi.org/10.1136/emj.2005.028415>.

- Ziegenbein, M., Anreis, C., Bruggen, B., Ohlmeier, M., & Kropp, S. (2006). Possible criteria for inpatient psychiatric admissions: Which patients are transferred from emergency services to inpatient psychiatric treatment? *BMC Health Services Research*, *6*, 150. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-150>.
- Zimmermann, M., Brokmann, J. C., Gräff, I., Kumle, B., Wilke, P., & Gries, A. (2016). Zentrale Notaufnahme—Update 2016. *Der Anaesthetist*, *65*(4), 243–249.



Inhaltsverzeichnis

2.1	Definition und Aufgaben von Leitlinien	17
2.2	Auftraggeber	18
2.3	Autorengruppe	18
2.4	Konsentierende Fachgesellschaften	20
2.5	Methodik der Leitlinienerstellung (Formale Konsentechniken)	21
2.6	Beteiligung von Patienten und Angehörigen	21
2.7	Interessenkonflikte	22
2.8	Gültigkeitsdauer, Aktualisierung, Ansprechpartner	22
2.9	Finanzierung der vorliegenden Leitlinie	22

2.1 Definition und Aufgaben von Leitlinien

Der Begriff „Leitlinie“ wird in keinem Gesetz legal definiert. Leitlinien können verstanden werden als in einem systematischen Konsensfindungsverfahren entwickelte Orientierungshilfe für eine angemessene medizinische Vorgehensweise bei bestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V., MedR 2003, 711). Die AWMF definiert Leitlinien als systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Kenntnisstand wiedergeben, um die Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen (<http://www.awmf.org/leitlinien/awmf/regelwerk/einfuehrung.html> [zuletzt abgerufen am 14.11.2016]).

Anhand der dargestellten Definitionen wird ersichtlich, dass dem Begriff der ärztlichen Leitlinie vier wesentliche Merkmale anhaften: