

5. Der junge Psychiater in der Notaufnahme – praktische Tipps des Intensivmediziners

Bodo Klee

Regel 5: Zuerst an Verlegung denken.

Regel 13: Ärztliche Betreuung besteht darin, so wenig wie möglich zu tun.

WVF: Weg von dem Fall.

(Shem 1996)

Für jeden Assistenzarzt in Ausbildung kommt der Tag, an dem er das erste Mal in die Notaufnahme gerufen wird. Wenn er Glück hat, ist noch ein erfahrener psychiatrischer Kollege konsultierbar, hat er das nicht, ist er auf sich allein gestellt. Er muss parallel – ggf. in Zusammenarbeit oder gar Auseinandersetzung mit Kollegen anderer Fachrichtungen – mehrere Entscheidungen treffen. Das fordert ihn, nicht selten aber überfordert es ihn auch, zumindest wenn er am Anfang seiner ärztlichen Karriere steht. Besonders problematisch wird es, wenn eine somatische Ursache einer psychiatrischen Symptomatik vorliegen könnte. Dann beginnt ein Gerangel darüber, wer den Patienten denn nun weiterbehandeln muss. Manchmal könnte – zumindest theoretisch – sogar eine intensivmedizinische Mitbehandlung erforderlich sein. Spätestens dann werden die Intensivmediziner angefordert und sollen übernehmen, wenigstens aber den Schiedsrichter zwischen den beteiligten Disziplinen spielen. Nicht immer entsteht der Eindruck, dass es in erster Linie um eine sinnvolle Patientenversorgung geht, son-



dern eher die 5. Regel des „House of God“ – „Zuerst an Verlegung denken.“ – zur Anwendung kommt:

Vor ein paar Jahren bin ich als intensivmedizinischer Bereitschaftsarzt morgens gegen 04:30 Uhr in die Notaufnahme unseres Hauses gerufen worden. Die Diensthabenden der Inneren Klinik und der Psychiatrie stritten sich darüber, wer eine junge ca. 21-jährige Patientin weiter medizinisch versorgen sollte, konnten sich nicht einigen und haben mich hinzugezogen. Die Patientin war in Begleitung ihres Freundes selbst in die Notaufnahme gekommen, weil sie auf einer Party ca. 3–4 h vorher neben Alkohol erstmalig Speed konsumiert hatte und jetzt immer noch eine innere Unruhe verspürte. Sie war ansonsten völlig adäquat, nur etwas verängstigt. Somatisch fand sich lediglich eine Tachykardie bis maximal 130/min bei einem RR von 120/75 mmHg. Auf meine Frage an die Patientin, warum sie ins Krankenhaus gekommen wäre, erhielt ich die Antwort, sie kenne dieses Gefühl nicht und mache sich Sorgen. Als ich den Kollegen der Psychiatrie fragte, warum er mich gerufen habe, meinte er, die Patientin müsse doch im Krankenhaus bleiben und mit einer Tachykardie könne er sie nicht auf die psychiatrische Station aufnehmen. Dem internistischen Kollegen habe er die Patientin schon angeboten, der habe sie abgelehnt. Eine Indikation für eine Krankenhausaufnahme, geschweige denn intensivmedizinische Überwachung stellte sich mir immer noch nicht dar, weil die beschriebenen Symptome klassische Nebenwirkungen und aus meiner Sicht auch schon rückläufig waren. Der Kollege der Psychiatrie bestand aber weiterhin auf einer Aufnahme und sprach auch das Risiko einer Patientengefährdung an. Müde und auch in Anbetracht der Uhrzeit fragte ich ihn, ob er sich vorstellen könnte, was die Patientin für eine Herzfrequenz beim Sex hätte? Diese betrüge bis zu 180/min und würde doch auch nicht zur Krankenhausaufnahme führen. Im Übrigen wäre der Einnahmezeitpunkt schon zu lange her, als dass eine Verschlimmerung der Symptomatik zu erwarten wäre. Falls die Patientin weiterhin Angst hätte und einer verbalen Beruhigung nicht zugänglich wäre, wäre u.U. die Gabe einer niedrigen Benzodiazepin-Dosis indiziert. Wenn er wolle, könne er die Patientin gern aufnehmen, ich täte es nicht. Danach verließ ich die Notaufnahme.

Was war hier passiert? Ein junger, noch nicht so erfahrener Kollege hatte die Indikation für eine Krankenhausaufnahme gestellt, wollte die Patientin aber nicht selbst versorgen bzw. glaubte, sie nicht versorgen zu können. Abgesehen von der in diesem Fall überhaupt nicht bestehenden Aufnahmeindikation kann diese WWF-Strategie (Weg von dem Fall) in der täglichen Praxis zwar vor eventuellen forensischen Problemen schützen und reduziert den eigenen Arbeitsaufwand, jedoch nicht immer zu der für den Patienten optimalen Therapie führen, sofern diese überhaupt notwendig ist. Deshalb sollten nicht die oben genannten, sondern andere Prämissen für das Handeln in der Notaufnahme gelten, wie z.B.:

- Psychiater sind auch Ärzte!
- Denken ist nicht verboten!
- Häufiges ist häufig, Seltenes ist selten!
- Kommunikation!

Was ist damit konkret gemeint? Den Intensivmediziner werden in der Notaufnahme durch die (angehenden) Psychiater Patienten unterschiedlicher Kategorien vorgestellt:

1. der psychiatrische Patient mit (potenziell) (lebens-)bedrohlichen Komplikationen
2. der psychisch auffällige Patient mit (potenziell) (lebens-)bedrohlicher somatischer Grunderkrankung
3. der intoxikierte Patient

4. der „unklare“ Patient

Alle vier Patientengruppen zeigen – das ist die Herausforderung – sowohl psychische als auch somatische Symptome. Die Kunst besteht nun darin, diese zu erfassen, zu bewerten und schnell herauszufinden, was von wem getan werden kann bzw. muss. Dabei müssen zuerst die wahrscheinlichsten Diagnosen abgeklärt werden, ehe man sich den Exoten zuwendet. Es ist unmöglich, im Rahmen dieses Leitfadens auf alle Situationen einzugehen, die einem begegnen können. Aber es ist möglich, sich ein einfaches Vorgehen anzueignen, welches diese Situationen weniger bedrohlich und damit beherrschbarer macht. Zunächst sollte man sich mit folgenden Punkten auseinandersetzen:

1. Wie geht es dem Patienten (Vitalparameter, Vigilanz, Labor ...)?
2. Was berichtet der Patient (keine Fachdisziplin erlernt das Explorieren so gut wie Psychiater ...)?
3. Welche potenziellen Bedrohungen bestehen und in welcher Ausprägung und welchem Zeitfenster sind sie zu erwarten?
4. Ergibt sich aus 1.–3. eine Überwachungs- und Behandlungsindikation? Wenn ja, welche und durch wen?

Das hört sich wie eine Binsenweisheit an, ist aber in der Praxis oft schwerer als gedacht. Vor allem Punkt 4 führt immer wieder zu Konflikten, weil es hier nicht nur um den einzelnen Patienten geht, sondern unter Umständen die (teure und knappe) intensivmedizinische Kapazität ausgeschöpft ist und mehrere Patienten um ein Bett konkurrieren (Triage-Situation).

Der psychiatrische Patient mit (potenziell) (lebens-)bedrohlichen Komplikationen

Diese Patienten sind auch durch den am Beginn seiner Ausbildung stehenden Psychiater gut zu identifizieren. Darunter fallen zum einen Patienten mit hoher akuter Suizidalität und Eigengefährdung (Selbstverletzung etc.), die sich aber noch nicht somatisch geschädigt haben und deshalb durch den Psychiater selbst akut behandelt werden müssen. Dem gegenüber stehen die Patienten, die sich somatisch geschädigt haben. Hier sind Art und Ausmaß der Schädigung maßgebend für eine Mit- oder Alleinbehandlung durch die somatischen Disziplinen einschließlich Intensivmedizin. Infolge psychiatrischer Grunderkrankungen verletzte Patienten werden durch den Chirurgen versorgt. Dann muss entschieden werden, ob eine Weiterbehandlung primär durch die Chirurgen oder die Psychiater erfolgt oder aber so eine gravierende Verletzung vorliegt, dass sogar eine intensivmedizinische Betreuung notwendig ist. Dazu orientiert man sich in erster Linie an den Vitalparametern (Kreislauf, Atmung, Vigilanz, wesentliche Laborwerte wie Blutbild, BZ, ggf. Gerinnung), des Weiteren an zu erwartenden Komplikationen (Blutungen, Infektionen). Bei einer effektiven konsiliarischen Betreuung durch die Chirurgen können diese Patienten durchaus auf einer psychiatrischen Station entsprechend ihrer Grunderkrankung versorgt werden. Eine Ausnahme bilden Patienten, die einer intensivmedizinischen Überwachung und



Therapie bedürfen, z.B. wegen einer notwendigen Analgosedierung, um das chirurgische Sanierungsergebnis nicht zu gefährden.

Eine weitere potenziell lebensbedrohliche Komplikation bei psychisch erkrankten Patienten stellt das schwere Delir dar. Hierunter fallen insbesondere Entzugssyndrome bei Substanzabusus (in erster Linie Alkohol und Benzodiazepine). Wenn sich bei diesen Patienten bereits eine ausgeprägte vegetative Symptomatik zeigt, muss der Patient ggf. intensivmedizinisch vorgestellt werden. Eine Sonderstellung kommt den Patienten mit Intoxikationen zu, auf die deshalb im Folgenden separat eingegangen wird.

Ein besonderes psychiatrisches Krankheitsbild stellt die schwere (perniziöse) Katatonie dar, die zumindest bei indizierter EKT und klinischen Symptomen wie Exsikkose, Fieber etc. der Unterstützung des Anästhesisten u./o. Intensivmediziners bedarf.

Der psychisch auffällige Patient mit (potenziell) (lebens-)bedrohlicher somatischer Grunderkrankung

In diese Kategorie fallen alle Patienten, die im Rahmen einer schweren somatischen Erkrankung eine psychische Begleitsymptomatik bieten. Dazu zählen insbesondere delirante Zustände wie z.B. bei einer Infektionserkrankung. Nimmt diese einen akuten septischen Verlauf, kann gerade die psychische Symptomatik als Erstsymptom auftreten. Vor allem ältere Patienten werden oft primär so auffällig. Hier ist rasches differenzialdiagnostisches Handeln gefragt, um eine eventuelle somatische Ursache schnell auszuschließen bzw. zu therapieren. Allerdings bedeutet das Finden einer somatischen Ursache nicht zwangsläufig, dass der Patient jetzt nicht mehr psychiatrischer Mit- oder Primärbehandlung bedarf. Gerade eine Delir-Symptomatik kann bei gleichzeitiger Behandlung der Grunderkrankung abhängig von der Klinikorganisation prinzipiell auch in psychiatrischen Abteilungen therapiert werden. Zu diesen Grunderkrankungen zählen z.B. schwere Harnwegsinfekte, die somatisch oft relativ einfach zu beherrschen sind. Deshalb sollte jeweils interdisziplinär und konsensuell im Interesse des Patienten entschieden werden, welche Fachrichtung ihn wie am besten versorgt. Patienten mit Intensivüberwachungs- oder -behandlungspflicht müssen selbstverständlich durch den Intensivmediziner betreut werden.

Der intoxikierte Patient

Hier müssen suizidale Intoxikationen von akzidentiellen unterschieden werden. Letztere können z.B. infolge einer Dauermedikation (klassisch ist hier die Lithium-Intoxikation) oder als unbeabsichtigte Folge einer Akutintervention (z.B. Sedierung eines agitierten Patienten) auftreten. Die Entscheidung für das weitere Vorgehen hängt hier von mehreren Faktoren ab:

- Zeitpunkt der Ingestion
- Substanz(en) (Mono- oder Mischintoxikation, Dosis, Halbwertszeit[en])
- potenziell zu erwartende Komplikationen

■ klinisches Bild

Die ersten beiden Punkte können bei kooperativen Patienten in der Regel schnell eruiert werden. Sind die Substanzen bekannt, sollte immer der Giftnotruf konsultiert werden. Es ist aber zu beachten, dass die Empfehlungen dieser Kollegen eben Empfehlungen und keine Anweisungen sind. Die behandelnden Kollegen müssen immer das klinische Bild in die weitere Entscheidung einbeziehen. Wichtig ist eine Detoxikationsbehandlung (Aktivkohle), die bei entsprechender Indikation sofort durchgeführt werden muss. Wenn der Patient stark vigilanzgestört ist und eingeschränkte Schutzreflexe präsentiert, ist eine intensivmedizinische Überwachung obligat. Gleiches gilt bei instabilen Kreislaufverhältnissen. Ist der Patient zum Zeitpunkt der Vorstellung klinisch unauffällig, ist im Einzelfall in Abhängigkeit vom Ingestionszeitpunkt (Anflutung, Zeitpunkt der Maximalwirkung, Halbwertszeiten unter Beachtung der Nierenfunktion etc.) das weitere Vorgehen zu entscheiden. Nur wenige Intoxikationen entwickeln erst nach längerem Verlauf eine schwere Symptomatik (z.B. ein akutes Leberversagen) und sind deshalb auch bei noch unauffälliger Klinik intensiv-überwachungspflichtig (z.B. Paracetamol, Giftpilze). Sofortige Spiegelbestimmungen sind nicht immer sinnvoll, das Gewinnen von Asservaten selbstverständlich. Drogenscreenings können ggf. eingesetzt werden.

Häufig gibt es diskrepante Überlegungen zur Überwachung alkoholintoxizierter Patienten. Hier entscheidet nicht der absolute Alkoholspiegel, sondern klinisches Bild und Ingestionskinetik. Es gibt nicht wenige Patienten, die bei Alkoholspiegeln von deutlich mehr als 5 ‰ kooperativ sind (hier besteht eher die Gefahr einer akuten Entzugssymptomatik), während andere schon bei 1 ‰ tief komatös erscheinen. Hohe Alkoholspiegel lassen sich relativ schnell durch eine zügige Volumengabe einschließlich Glukoseangebot senken und bedürfen nur sehr selten einer intensivmedizinischen Intervention.

Viele Intoxikationen in suizidaler Absicht werden mit Antidepressiva realisiert, die potenziell die QT-Zeit verlängern können. Wenn der Patient keine auffälligen Symptome wie z.B. schwere Vigilanzstörungen aufzeigt, ist eine Gefährdung von dieser Seite ohne zusätzliche Risikofaktoren wie Hypokaliämie/Hypophosphatämie eher nicht zu erwarten. Erst eine QTc-Zeit von > 450 ms bei Männern und > 480 ms bei Frauen gilt als verlängert; Zeiten > 500 ms sind potenziell bedrohlich.

Eine Intoxikation durch Sedierung ist in der Regel gut beherrschbar, weil spezifische Antidote zur Verfügung stehen, die allerdings nur bei starker Somnolenz u./o. Reflexuntüchtigkeit zum Einsatz kommen sollten. Der Patient kann die Medikamentenwirkung meist „ausschlafen“. Er muss dafür zwar überwacht, aber nicht unbedingt auf die Intensivstation verlegt werden.

Wenn keine Intensivüberwachungs- oder -behandlungspflicht besteht, muss der Patient nicht zwangsläufig auf einer somatischen Station betreut werden. Vor allem bei Suizidalität ist eine Versorgung in der Psychiatrie indiziert.



Der „unklare“ Patient

In diese Kategorie fallen alle Patienten, die nicht den oberen 3 Gruppen zugeordnet werden können. Gerade deshalb droht eine klinische Unterversorgung, weil sich mitunter keine Fachdisziplin zuständig fühlt. Hier ist interdisziplinäres Handeln und Kommunikation (siehe oben!) erstes Gebot ärztlichen Handelns. In der Praxis kommt es leider immer wieder vor, dass diese Patienten nacheinander von den Kollegen der einzelnen Fachabteilungen eingeschätzt werden. Dadurch kann der Patient zum „Ping-Pong-Fall“ werden, was wertvolle Zeit verstreichen lässt. Das ist besonders fatal im Bereitschaftsdienst. Es ist immens wichtig, dass die beteiligten Kollegen nicht Argumente gegen eine Zuständigkeit für den „Fall“ austauschen, sondern gemeinsam am Bett entscheiden, wie weiter verfahren werden muss. Im Zweifelsfall sollten Sie immer darauf bestehen (auch gegenüber Ihren eigenen Hintergrunddiensten), dass Ihnen erfahrene Kollegen – und zwar nicht nur telefonisch – zur Seite stehen. Wenn vor Ort entschieden wird (und das sollte eigentlich selbstverständlich sein), muss der dienstälteste Kollege die Verantwortung übernehmen und das Procedere festlegen. Schematische Abläufe sind bei diesen Patienten nicht hilfreich.

Wer stellt die Indikation für eine Intensivüberwachung- u./o. -behandlung?

Ob ein Patient intensivmedizinisch versorgt werden muss, entscheidet letztendlich der diensthabende Intensivmediziner, der für diese Entscheidung die verantwortliche Fachkompetenz besitzt. Das gilt für alle 4 Patientengruppen.

Was bleibt zu tun, wenn der Patient tatsächlich durch die Intensivmediziner weiterversorgt wird?

In der Praxis erlebe ich es immer wieder, dass durch Kollegen verschiedenster Fachrichtungen nach Verlegung auf die Intensivstation zunächst das alte Prinzip „Aus den Augen, aus dem Sinn“ zur Anwendung kommt. Das ist ärgerlich und nicht im Sinne der Patienten. Natürlich besteht auch dann eine Mitbehandlungspflicht, und das nicht nur nach Konsilanforderung, sondern als Selbstverständlichkeit im Interesse einer effektiven kontinuierlichen und qualitativ hochwertigen interdisziplinären Versorgung.

Und last but not least: Wenn eine Intensivüberwachung u./o. -therapie nicht mehr notwendig ist, muss eine schnellstmögliche Weiterbehandlung auf der psychiatrischen Station organisiert werden, um das intensivmedizinische Bett nicht für nachkommende Notfälle zu blockieren.

Literaturempfehlung

Braun J, Preuss R (2012) Klinikleitfaden Intensivmedizin. Urban & Fischer München

Shem S (1996) House of God. Erstveröffentlichung 1978. Übersetzung von Heidrun Adler. G. Fischer Lübeck
Stuttgart Jena Ulm