



Klinikum Stuttgart



Notfallpflegekongress

Psychiatrische Patienten in der Notaufnahme: eine besondere Herausforderung?

09.10.2025

Dipl.-Psych. C.D. Kieser

Psychologischer Psychotherapeut

Notfallpsychologe (BDP)

Leitung M-KIT

Klinikum Stuttgart

Zentrum für Seelische Gesundheit

Institut für Klinische Psychologie, Neuropsychologie und
Psychotherapie

Klinik für Suchtmedizin und Abhängiges Verhalten



Agenda

01 Einführung

02 Leitsymptome

03 Triage

04 Was Tun

05 Haltung



01

Einführung





Einführung

Bei psychiatrischen Patient:innen geht es immer darum

- den/die Patient:in zu erreichen
- Einen Zugang zu bekommen
- Den/die Patient:in zu beruhigen

Das unterscheidet sich nicht zum somatischen Vorgehen

.... Allerdings sind die Methoden unterschiedlich



Einführung

Sind psychiatrische Notfälle eine Herausforderung?

Und wenn ja, warum?

Struktur

Wissen

Haltung / Einstellung



Einführung

- Etwa 10–12% aller Notfallpatienten weisen psychiatrische Beschwerden auf.
- Bei etwa 24–50% dieser Patienten liegen laut älteren Untersuchungen gleichzeitig medizinische Erkrankungen vor, die per se behandlungsbedürftig sind bzw. psychiatrische Symptome verursachen können.
- Zudem können begleitende somatische Erkrankungen eine vorliegende psychiatrische Symptomatik negativ beeinflussen.



Einführung

Zum Management psychiatrischer Notfälle sollten der Psychiater und **das behandelnde Team** zumindest über folgende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen:

- 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
- Sicherheit in psychodiagnostischen Standards und psychopathologischer Diagnostik

Pajonk & D'Amelio, S.12

02

Leitsymptome





Leitsymptome

Leitsymptome des psychiatrischen Notfalls sind:

- **Störungen des Bewusstseins**
- **Störungen des Antriebs**
- **Störungen der Stimmung**

Repetitorium Notfallmedizin: Zur Vorbereitung auf die Prüfung "Notfallmedizin" 2020



Leitsymptome

Leitsymptome des psychiatrischen Notfalls sind:

➤ **Störungen des Bewusstseins**

Quantitativ: Benommenheit, Somnolenz, Sopor und Koma

Qualitativ: Bewusstseinstrübung, Bewusstseinsverengung, Bewusstseinsverschiebung / Bewusstseinsweiterung

➤ **Störungen des Antriebs**

Gesteigert: Erregungszustände; Aggression;

Gemindert: Antriebsminderung

➤ **Störungen der Stimmung**

Gehoben: z.B. Manie

Erniedrigt: Depression

Repetitorium Notfallmedizin: Zur Vorbereitung auf die Prüfung "Notfallmedizin" 2020



Einführung

Bewusstsein:

Wachheit, Aktivität, Klarheit (Eindeutigkeit der eigenen Perzeption und Intention), Zielgerichtetheit in der Zuwendung zur Umwelt, Ansprechbarkeit, Fixierbarkeit im Gespräch, Reagibilität auf Umweltreize, Orientierung, Aufmerksamkeit, Auffassungsfähigkeit, Merkfähigkeit, Wahrnehmung und allgemein des Denkens, Wollens und Handelns (AMDP, 2007)

Bewusstseinsstörungen können vorübergehend, anhaltend, fluktuierend und fortschreitend sein quantitative und qualitative Bewusstseinsstörungen unterschieden. Unter quantitativen Bewusstseinsstörungen werden Störungen der Vigilanz verstanden. Qualitative Bewusstseinsstörungen bezeichnen ein „verändertes“ Bewusstsein; Beispiele sind Verwirrtheit, Delir, amnestisches Syndrom und Dämmerzustand.

Quantitative Bewusstseinsstörungen

Quantitative Bewusstseinsstörungen sind charakterisiert durch alle Abstufungen von leichter Benommenheit bis zu voller Bewusstlosigkeit. Üblicherweise werden folgende Abstufungen verwendet: wach, benommen, somnolent, soporös, komatös.

Qualitative Bewusstseinsstörungen

Es werden Bewusstseinstrübung, Bewusstseinsengung, Bewusstseinsverschiebung und Bewusstseinsweiterung unterschieden. Die Patienten sind meist in der Lage, einen Gesprächskontakt aufzunehmen und einfache Handlungen durchzuführen. Meist oder zeitweise besteht auch eine Verknennung oder nicht realitätsgerechte Einschätzung des Alltags, der Umgebung oder der Identität. Der Verlauf ist typischerweise gekennzeichnet durch starke Fluktuationen. In seltenen Fällen können Schlafentzug, Hypnose und Meditation qualitative Bewusstseinsstörungen auslösen.

s2-k Leitlinie

03

Triage





Triage

- Ein psychiatrischer Notfall ist ein Zustand, der einen unmittelbaren Handlungszwang zur Abwendung von Lebensgefahr oder von anderen schwerwiegenden Folgen mit sich bringt.
- Erfordert eine sofortige, an der akuten Symptomatik orientierte, gezielte Therapie, um eine Gefahr für die Gesundheit des Patienten und evtl. anderer Personen abzuwenden.
- Entsteht meist auf der Grundlage einer psychiatrischen Erkrankung



Triage

Absolute Notfallindikationen:

- Hochgradige Erregungszustände
- Psychische Störungen mit Aggressivität / Gewalttätigkeit
- Erfolgreicher Suizidversuch
- Konkrete Suizidpläne
- Konkrete Fremdschädigungsabsichten im Rahmen einer psychischen Störung
- Schwere Alkohol- und Drogenintoxikationen
- Akutes Delir

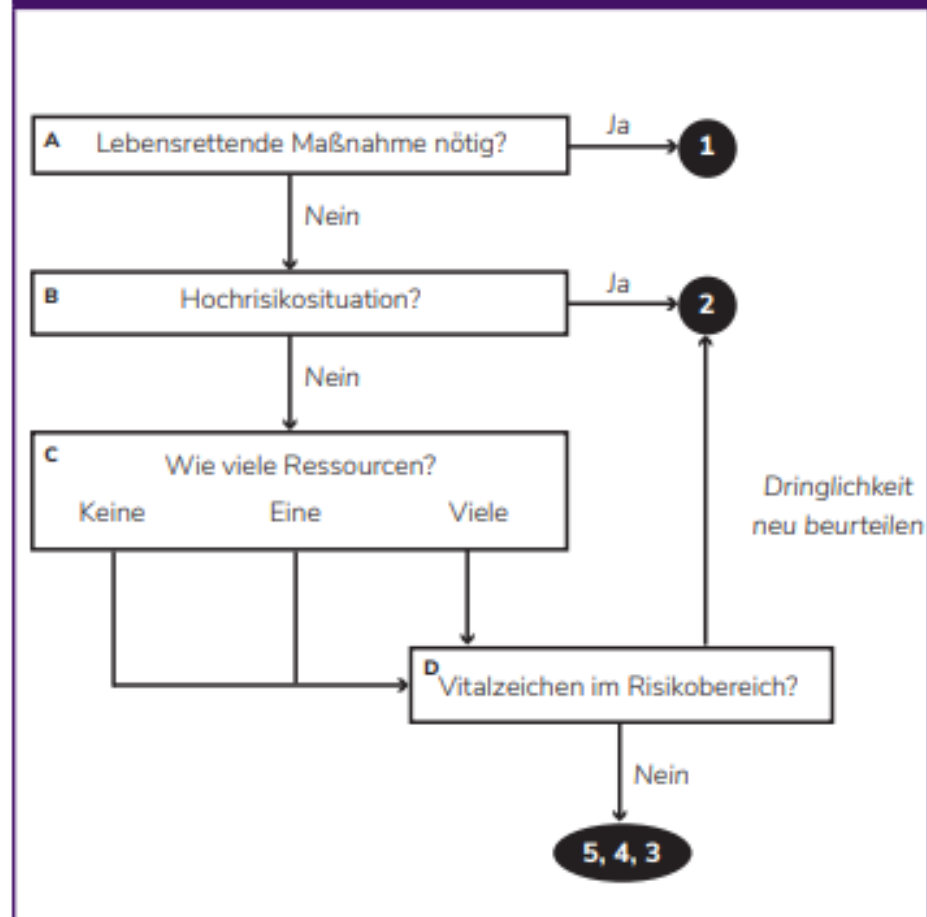
Relative Notfallindikationen

- Verwirrheitszustände
- Entzugssyndrome
- Suizidgedanken ohne konkrete Pläne
- Angst- und Panikzustände
- Akute Belastungsreaktion



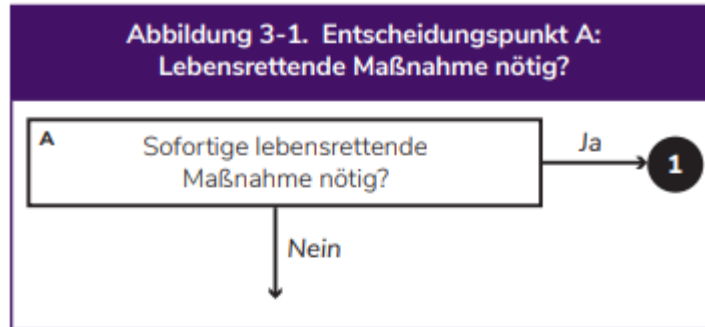
Triage

Abbildung 2-1. Emergency Severity Index
Konzeptioneller Algorithmus





Triage / ESI



Beispiele für ESI-Level 1 Kriterien

Beispiele für ESI-Level 1 sind unter anderen:

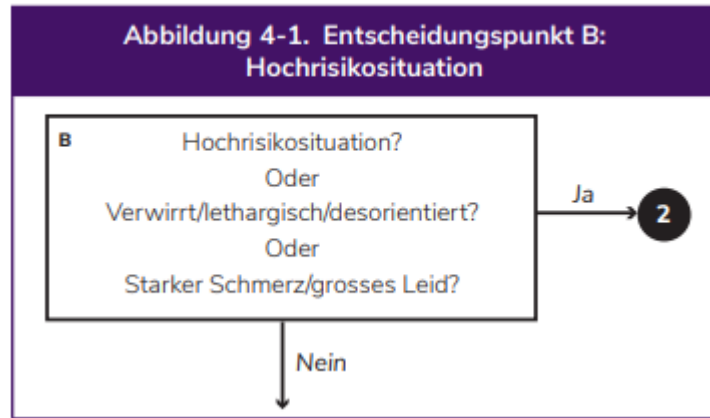
- Ineffektives Freihalten der Atemwege
- Ineffektives Atemmuster
- Beeinträchtigter Gasaustausch
- Ineffektive Gewebepfusion
- Bewusstseinsgetrübte/nicht ansprechbare Person
- $\text{SpO}_2 < 90\%$, wenn dies für diese Patient*in nicht normal ist, zusammen mit anderen Anzeichen einer Beeinträchtigung der Atmung
- Anaphylaxie
- Hypotonie mit Anzeichen für Hypoperfusion (z. B. Thoraxschmerz mit Anzeichen von Hypoperfusion und einem systolischen Blutdruck von 80 mmHg)
- Hypoglykämie
- Extreme Bradykardie oder Tachykardie
- Schlaffes Kleinkind
- Herz- und/oder Atemstillstand (oder scheint sich abzuzeichnen)



Bewusstseins-eintrübung / nicht ansprechbar



Triage / ESI



Anhand der folgenden Fragen wird ermittelt, ob die Patientin/der Patient die ESI-Level 2 Hochrisikokriterien erfüllt.

- Liegt eine Hochrisikosituation vor?
- Ist eine Verschlechterung des Zustands der Patientin/des Patienten wahrscheinlich?
- Weist die Patientin/der Patient eine akute Veränderung des Mentalstatus auf?
- Hat die Person starke Schmerzen oder erfährt sie großes Leid (physisch oder psychisch)?

Erlebt die Patientin / der Patient eine neu aufgetretene Verwirrtheit, Lethargie oder Desorientiertheit?

Hat die Patientin / der Patient starke Schmerzen oder erfährt großes Leid?

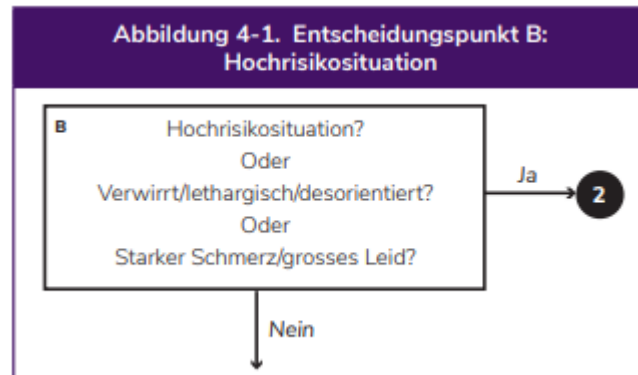
Großes Leid:

- Verzweiflung nach einem sexuellen Übergriff
- Schwere Verhaltensstörungen während der Triage
- Aggressivität
- Opfer sexueller Gewalt
- Opfer häuslicher Gewalt
- Akute Trauerreaktion
- Selbstmordgedanken, -plan oder –versuch
- Spontanabort



Triage

Typische notfallpsychiatrisch relevante Störungen und Syndrome in der Notfallmedizin



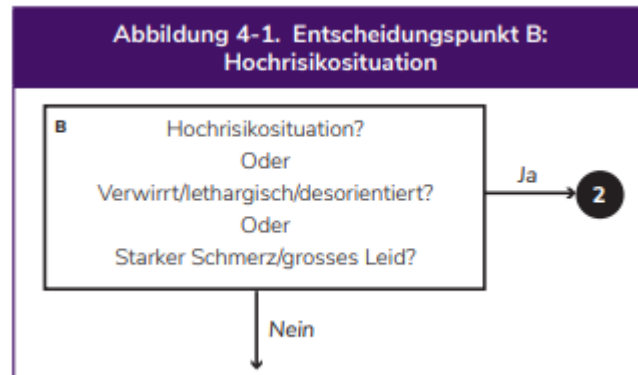
- Suizidalität
- Erregungszustände
- Delir
- Bewusstseinsstörungen und Verwirrtheit
- Intoxikation / Entzug und andere substanzbedingte Störungen
- Paranoid – halluzinatorisches Syndrom
- Manisches Syndrom
- Stupor und Katatonie
- Angststörungen
- Psychosoziale Krise und Traumatisierung
- Anorexie

„Medical Screening“ von Notfallpatienten mit psychiatrischen Symptomen; Michael Christ; Christian H. Nickel
Notaufnahme up2date 1 · 2023



Triage

Typische notfallpsychiatrisch relevante Störungen und Syndrome in der Notfallmedizin



- Suizidalität
- Erregungszustände
- Delir
- Bewusstseinsstörungen und Verwirrtheit
- Intoxikation / Entzug und andere substanzbedingte Störungen
- Paranoid – halluzinatorisches Syndrom
- Manisches Syndrom
- Stupor und Katatonie
- Angststörungen
- Psychosoziale Krise und Traumatisierung
- Anorexie

„Medical Screening“ von Notfallpatienten mit psychiatrischen Symptomen; Michael Christ; Christian H. Nickel
Notaufnahme up2date 1 · 2023

04

Was Tun?





Was Tun Selbstschädigendes Verhalten: Suizidalität

Hintergrund

➤ Selbstverletzung

Nicht-Suizidales selbstschädigendes Verhalten bei z.B. Borderline-PS; Trichotillomanie; Störungen der Impulskontrolle; Sucht

➤ Suizidalität

als Folge von z.B. Depressionen, Lebensereignissen, Verlust, Traumafolge, starken körperlichen Schmerzen und/oder Beeinträchtigungen, Großer Leidensdruck, Imperativen Stimmen

Achtung: Erweiterter Suizid



Was Tun

Selbstschädigendes Verhalten: Suizidalität

Einschätzung konkreter Gefährdung

- Risikofaktoren (z.B. Psychiatrische Erkrankung, Lebenskrise, Trauma, Suizidversuche in der Vorgeschichte, in der Familie; höheres Lebensalter, soziale Isolierung)
- Präsuizidales Syndrom (Einengung; gehemmte, gegen die eigene Person gerichtete Aggressivität, Suizidphasen)
- Suizidgedanken dauern länger an, sind häufig, zwanghaften Charakter
- Fehlende Distanzierung von suizidalen Handlungen
- Methoden einer Handlung durchdacht
- Konkrete Vorbereitungen sind getroffen
- Mehr Gründe für Sterben als für Leben werden genannt
- Starke Schuld- und /oder Wutgefühle (Achtung: erweiterter Suizid)
- Keine Sozialpartner die Einschreiten können (Vereinsamung)
- Gelassene Schilderung mit „pseudo-rationalen Argumenten
- Wenn nach depressiver Phase oder starken Angstzuständen eine Gelassenheit oder heiter Stimmung Eintritt



Was Tun

Selbstschädigendes Verhalten: Suizidalität

Vorgehen

Ansprechen und Zuhören

Erfassen wie stark der Drang ist, wie konkret die Pläne sind, wie eingeeengt die Person ist, was sie treibt und was sie abhält und zu was sie bereit ist!

z.B.: Denken Sie daran ihr Leben zu beenden?
Wollen Sie nicht mehr Leben oder einfach mal etwas Ruhe (Ruhewunsch) haben
Bei Ruhewunsch: Sie wollen sich nicht umbringen?
Grübeln: Denken Sie bewusst über Suizid nach, oder drängen sich die Fragen auf
Haben Sie schon mal einen Suizidversuch unternommen, wenn ja, wie?
Haben Sie einen Plan, wie Sie sich umbringen wollen?
Was hat Sie bisher zurück gehalten?
Bei Wut: (Achtung: erweiterter Suizid; Deeskalative Strategie und auf Beziehung achten)
Gibt es jemand auf den Sie wütend sind, der in Ihren Augen schuldig ist, dem Sie den Tod wünschen?

Haltung

**Geduldig, Aufmerksam, Authentisch (Echtheit), Empathisch (bzgl. der Problemlage), Wertfrei, besonnen
klare Haltung, Erfassen der Ressourcen**



Was Tun

Selbstschädigendes Verhalten: Suizidalität

Vorgehen

Vereinbarung / Handeln

- **Suizidhinweise immer ernst nehmen**
- Finale Abklärung über Facharzt oder Psychologischer Psychotherapeut
- Bei Verzicht auf Klinikeinweisung: Weiterbetreuung sicher stellen, feste Bezugsperson, u.U. Info an Bezugsperson; bei Medikamentengabe: Ist eine verlässliche Einnahme gegeben? Achtung Benzodiazepine!
- Achtung: Behandlungsvertrag / Antisuizidvertrag ist juristisch ohne Bedeutung
- Bei Einschätzung einer Gefährdung: Anbieten von Behandlung in Fachklinik
- Bei Zustimmung Patient:in bis zur Verlegung nicht alleine lassen
- Bei Ablehnung
Zwangseinweisung:
 - Versuch Patient:in in Klinik zu halten (Achtung Eigenschutz / rechtliche Lage bzgl. Halten / Einschluss)
 - Ggf. Fahndung einleiten



Was Tun Selbstschädigendes Verhalten: Suizidalität

Wichtig

- Die Beurteilung der individuellen und konkret-aktuellen Suizidalität ist eine schwierige diagnostische Aufgabe und muss eine Restunsicherheit akzeptieren (Simon & Hales, 2012).
- Deshalb sollte die Beurteilung akuter Suizidalität durch einen Facharzt für Psychiatrie oder verwandter Fachrichtungen vorgenommen werden.
- Im Zweifelsfall ist die Sicherheit des Betroffenen über dessen Recht auf Freiheit stellen (z. B. durch eine Unterbringung nach den anzuwendenden Rechtsvorschriften).
- Suizidalität kann und soll offen angesprochen werden.
- Jede Suizidäußerung oder -ankündigung ist ernst zu nehmen.



Was Tun Erregungszustände

Hintergrund

➤ Erregungszustände

als Folge bei z.B. Ängsten, Schockreaktionen, Belastungsreaktion, Manien, Schizophrenie, Intoxikation, ..., oder auch bei organischen Erkrankungen

Steigerung von Antrieb und Motorik, Hin- und Hergehen, Ringen der Hände, Gestikulieren, angespannter Gesichtsausdruck, affektive Enthemmung, Kontrollverlust, Äußern aggressiver Inhalte, gewalttätiges Verhalten, Zerstörungswut

➤ Gewalttätiges Verhalten / Fremdgefährdung

Erregungszustände mit meist körperlichen Angriffen. Auslöser sind sehr vielfältig und können bei z.B. Psychosen, Abhängigkeit, Störungen der Impulskontrolle, Dissozialen Persönlichkeitsstörung vorkommen. Daneben können auch organische Erkrankungen zugrunde liegen.

➤ Unterscheidung und Fragestellung:

Verteidigung: Die Folge von massiven Ängsten / Bedrohungssituation (Real oder vom Pat. so empfunden)

Angriff: Nicht zielgerichtet

Angriff: Zielgerichtet



Was Tun Erregungszustände

Einschätzung konkreter Gefährdung

- Patient:in fühlt sich in die Enge getrieben
- Patient:in zeigt massive Ängste
- Subjektives Angstepfinden des Helfers (Zwei Seiten: Sicherheit / Macht)
- Drohgebärden des Helfers
- Misstrauen und Feindseligkeit, die nach Gesprächsangebot eher zu- als abnehmen
- Psychomotorische Erregung, Anspannung, Hyperaktivität, Perseveration, Schweigen
- Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, eingeschränkte Selbstkontrolle, fehlende Frustrationstoleranz, explosives Verhalten
- Verbale Aggressivität u.U. mit Gewaltandrohung
- Aggressives Verhalten (Türen zuschlagen, Gegenstände werfen, Sachbeschädigung)
- Pläne, anderen Menschen Gewalt anzutun
- Intoxikation



Was Tun

Bröset Stufen-Skala für drohende Aggression

Verwirrt	erscheint offensichtlich verwirrt und desorientiert. Ist sich möglicherweise der Zeit, des Ortes und der Personen nicht bewusst; erkennt Personen, Situationen	1
Reizbar	ist schnell verärgert oder wütend; zum Beispiel nicht in der Lage, die Anwesenheit anderer zu tolerieren	1
Lärmig	das Verhalten ist übermäßig laut oder Krach verursachend. Z. B. schlägt Türen, schreit beim Sprechen etc.	1
Körperliches Drohen	eine deutliche Absicht, eine andere Person zu bedrohen. Z. B. eine aggressive Körperhaltung einnehmen, an der Kleidung einer anderen Person reißen, Ballen der Faust, Heben eines Armes oder Fußes	1
Verbales Drohen	ein verbaler Ausbruch, der mehr ist als nur eine erhobene Stimme; und der die klare Absicht hat, eine andere Person zu verängstigen/einzuschüchtern, z. B. verbale Angriffe, Beschimpfungen, verbal neutrale Kommentare, die auf eine knurrende aggressive Art und Weise geäußert werden	1
Angriff auf Gegenstände	Eine aggressive Handlung, die sich gegen einen Gegenstand und nicht gegen eine Person richtet, z. B. das wahllose Zuschlagen oder Zerschlagen von Fenstern, Treten, Schlagen oder Kopframmen gegen einen Gegenstand oder Zerschlagen von Möbeln	1

Verwirrt	erscheint offensichtlich verwirrt und desorientiert. Ist sich möglicherweise der Zeit, des Ortes und der Personen nicht bewusst; erkennt Personen, Situationen	1
Reizbar	ist schnell verärgert oder wütend; zum Beispiel nicht in der Lage, die Anwesenheit anderer zu tolerieren	1
Lärmig	das Verhalten ist übermäßig laut oder Krach verursachend. Z. B. schlägt Türen, schreit beim Sprechen etc.	1
Körperliches Drohen	eine deutliche Absicht, eine andere Person zu bedrohen. Z. B. eine aggressive Körperhaltung einnehmen, an der Kleidung einer anderen Person reißen, Ballen der Faust, Heben eines Armes oder Fußes	1
Verbales Drohen	ein verbaler Ausbruch, der mehr ist als nur eine erhobene Stimme; und der die klare Absicht hat, eine andere Person zu verängstigen/einzuschüchtern, z. B. verbale Angriffe, Beschimpfungen, verbal neutrale Kommentare, die auf eine knurrende aggressive Art und Weise geäußert werden	1
Angriff auf Gegenstände	Eine aggressive Handlung, die sich gegen einen Gegenstand und nicht gegen eine Person richtet, z. B. das wahllose Zuschlagen oder Zerschlagen von Fenstern, Treten, Schlagen oder Kopframmen gegen einen Gegenstand oder Zerschlagen von Möbeln	1



Was Tun Erregungszustände

Vorgehen

- Eigenschutz
- Deeskalationsstrategien: verbal / Nonverbal / Pacing / Leading
- Patient:in ernst nehmen
- Angemessene Sprache
- Authentisch und Klar sprechen
- Bewegungsdrang akzeptieren; nicht zum sitzen zwingen; auf Augenhöhe bleiben;
- Evtl. Beleidigungen nicht persönlich nehmen (Selbstoffenbarungsohr)

Wenn ich keinen Zugang bekomme: Eigenschutz

- Bei Eigen- und / oder Fremdgefährdung u.U. Fixierung oder Polizei dazu rufen
- Vor Fixierung für ausreichend Personal sorgen; Vorgaben der Fixierung beachten

Fixierung ist eine Maßnahme des Schutzes und keine Maßnahme der Bestrafung oder Erziehung



Was Tun Schizophrenie / Paranoid-halluzinatorisches Syndrom

Hintergrund

➤ Schizophrenie

Überbegriff mit folgenden (möglichen) Symptomen:

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, oder Gedankenausbreitung
- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten (Gedanken, Gefühle sind nicht meine)
- kommentierende oder dialogisierende Stimmen; befehlende Stimmen
- kulturell unangemessener, bizarrer Wahn (z.B. Signale aus dem All, religiöser Wahn)
- - positiv / negativ-Symptomatik: positiv (formalen Denkstörungen, Lockerung der gedanklichen Assoziation, Erfinden neuer Worte, desorganisierte Sprache, Getriebenheit), negativ (Apathie, Alogie, Affektverflachung, Anhedonie, Konzentrationsprobleme)

➤ Paranoid – halluzinatorisches Syndrom

Es dominieren paranoide Wahnvorstellung, meist begleitet von Halluzinationen (meist akustisch) und Wahrnehmungsstörungen. Achtung: Imperative Stimmen



Was Tun Schizophrenie / Paranoid-halluzinatorisches Syndrom

Einschätzung konkreter Gefährdung

- Erregungszustände
- Aggressive Zustände
- Ängste
- Stupor / Katanonie
- Eigen- und Fremdgefährdung



Was Tun Schizophrenie / Paranoid-halluzinatorisches Syndrom

Vorgehen

- Ruhe bewahren
- Abschirmen (Reizreduktion)
- Für Sicherheit sorgen (In Sicherheit bringen)
- Gesprächsatmosphäre schaffen
- Wahnäußerungen anerkennen und nicht als Einbildung bezeichnen
- Bei Erregung: Verbal (Talk down, Deeskalierende Gesprächsführung); Nonverbal (Pacing / Leading)
Bsp: Wenn Bewegungsdrang nicht zum sitzen zwingen; auf Augenhöhe kommunizieren; nicht bevormunden; gemeinsam Lösung finden)
- Bei Eigen- und Fremdgefährdung: vgl. Erregung (Eigensicherung; Einweisung; u.U. Fixierung; u.U. Polizei)



Was Tun

Psychosoziale Krise und Traumatisierung

Hintergrund

➤ Psychosoziale Krise und Traumatisierung

Die Konfrontation mit Tod oder Lebensbedrohung, ernsthaften Verletzungen oder sexueller Gewalt (jeweils tatsächlich oder angedroht)

- direkt und persönlich
- als Zeuge
- indirekt, in dem man es erfährt,
- durch wiederholte oder extreme Konfrontation mit aversiven Details des traumatischen Ereignisses

➤ Es erfolgt ein Schockerleben oder eine Belastungsreaktion



Was Tun

Psychosoziale Krise und Traumatisierung

Einschätzung konkreter Gefährdung

- Die akute Belastungsreaktion oder Stressreaktion ist eine intensive, unangenehme physische und psychische Reaktion, die kurz nach einem überwältigenden traumatischen Ereignis beginnt und etwa einen Monat andauert.
- Sie betrifft Gefühle, Gedanken und Verhalten
- Auswirkungen können sein: Intrusionen, Negative Stimmung, Dissoziation, Vermeidung, Erregung
- Eine normale Reaktion auf eine nicht normale Situation!
- Wenn die Symptome länger als einen Monat andauern, ist eine psychologische Diagnostik / Behandlung zu empfehlen.
- Es können psychische Erkrankungen entstehen u.a. kann eine PTBS die Folge sein
- Bei Verlust von nahestehenden Personen auf Suizidalität achten



Was Tun Psychosoziale Krise und Traumatisierung

Vorgehen

- Sicherheit
- Reizabschirmung
- Orientierung schaffen
- Bedürfnisse erfassen
- Planung der nächsten Stunden (Wo gehen Sie jetzt hin; Wie kommen Sie dahin, ist jemand für Sie da,
- Wie kann es weiter gehen
- Suizidalität erfassen (z.B. bei Verlust von nahestehenden Menschen,)

Achtung: Auf Beruhigungsmittel (Benzodiazepine) oder starke Schlafmittel (Z-Drugs) wenn möglich verzichten!

Durch Medikamente wird die psychische Bearbeitung des Ereignisses erschwert und diese Medikamente können schnell zu einer Abhängigkeit führen. Risiken sind Toleranzentwicklung und Wirkumkehr. Die Entgiftung ist sehr belastend, langwierig und schmerzvoll!

04

Haltung





Haltung

Eine innere Einstellung, die durch Erfahrungen, Werte und Überzeugungen geformt wird und Handlungen, Gedanken und Gefühle einer Person beeinflusst.



Haltung

Eine innere Einstellung, die durch Erfahrungen, Werte und Überzeugungen geformt wird und **Handlungen**, Gedanken und Gefühle einer Person beeinflusst.



Haltung

Stigmatisierung ist ein Prozess der negativen Abwertung und Ausgrenzung von Personen oder Gruppen aufgrund bestimmter Merkmale, die von gesellschaftlichen Normen abweichen, wie beispielsweise Krankheiten, ethnische Zugehörigkeit oder Behinderung. Dieses Merkmal wird dabei verallgemeinert, wodurch das Individuum hinter seinem Stigma unsichtbar wird und es zu sozialer Distanzierung und Diskriminierung kommt.



Haltung

Psychiatrische Notfälle sollten mit derselben Konsequenz und Professionalität behandelt werden, wie internistische oder chirurgische Notfälle.

Akute psychiatrische Notfälle; Ein Leitfaden für den Notarzt und Rettungsdienst; S. 6

Es gibt Hinweise, dass Patient:innen mehr Bereitschaft zeigen eine Folgebehandlung zu beginnen, wenn sie im Erstkontakt (z.B. Hausarzt, Rettungsdienst, Notaufnahme, Ambulanz) einen wertschätzenden Umgang erfahren.



Literatur

Literatur

AWMF: S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“: Stand 13.04.2019 (Leitlinie derzeit in Überarbeitung)

Charité Berlin; Vorlesung Klinische Psychologie 2018; Internetzugriff vom 04.10.2025:
psychiatrie.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc15/psychiatrie/alt_vorlesungsfolien_psychologie/10-Notfallpsychiatrie.pdf

Christl, J.; Kamp, D.: Psychotraumatologie in der Notaufnahme; in Notaufnahme up2date 2, 2024 Psyche 7; S. 159-171; 2024

Hausmann, C.: Interventionen der Notfallpsychologie Was man tun kann, wenn das Schlimmste passiert; 2. überarbeitete Auflage 2021, facultas Verlag Wien

Hautzinger, M.; Thies, E.: klinische Psychologie Psychische Störungen Kompakt; Beltz-Verlag Weinheim Basel 2009

Kardels, B.; Kinn, M.; Pajonk, F.-G. B.: Akute psychiatrische Notfälle Ein Leitfaden für den Notarzt- und Rettungsdienst; Georg Thieme Verlag Stuttgart New York 2008

Kurzhals, S. (Hrsg.): Präklinische Notfallpsychiatrie und Krisenhilfe Ersteinschätzung, Risikobewertung, Intervention, Rechts- und Versorgungskontext; Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin 2024

Weltgesundheitsorganisation: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen; Verlag Hans Huber; überarbeitete Auflage 2010



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit