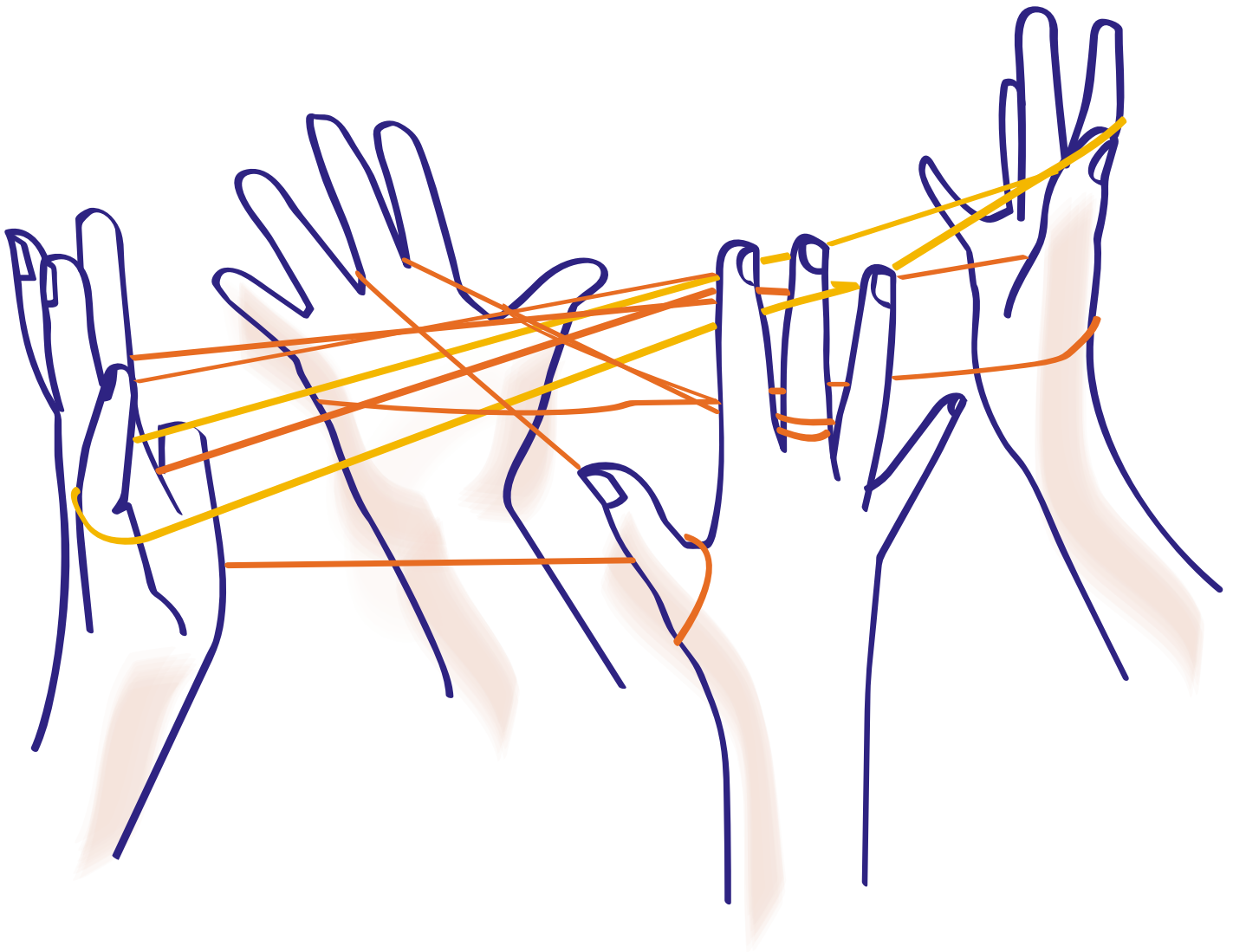


Münchener Leitfaden zur vernetzten Versorgung psychisch Kranker



Verfasst vom

**Ausschuss „Vernetzte Versorgung
psychisch Kranker in München“**

Herausgegeben von

ÄKBV
Ärztlicher Kreis-
und Bezirksverband München

Impressum

Münchner Leitfaden zur vernetzten Versorgung psychisch Kranker;
Herausgeber: Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband München, Elsenheimerstr. 63, 80687 München, www.aekbv.de, Tel. 089 547116-0;
Verantwortlich für den Inhalt: Dr. Peter Scholze, ÄKBV München;
Druck: D.O.S GmbH, 82319 Starnberg-Percha; Grafik: Kathrin Herwig, München;
Auflagenzahl: 2000 Stück; 2. Auflage Januar 2015; © ÄKBV München 2012

Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden von „Hausärzten“ / „Fachärzten“ gesprochen und zur Vereinfachung nur die männliche Form gewählt. „Hausärzte“ sind hier: Alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte. „Fachärzte“ sind hier: Fachärztinnen und -ärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Inhalt

Vorwort	5
1 Einleitung	7
1.1 Münchner Haus- und Fachärzte für eine vernetzte Versorgung psychisch Kranker	7
1.2 Erläuterung zum Leitfaden	8
1.3 Leitfaden-Übersicht	8
2 Themenfelder	9
2.1 Diagnose-Sicherheit	9
2.2 Therapeutisches Vorgehen	10
2.3 Förderung der Adhärenz	11
2.4 Psychische Krise – Dringlichkeit – Suizidalität	12
3 Arbeitshilfen	13
3.1 zur Diagnose-Sicherheit	13
3.2 zum therapeutischen Vorgehen	14
3.3 zur Förderung der Adhärenz	15
3.4 zur psychischen Krise – Dringlichkeit – Suizidalität	18
4 Spezielle Problembereiche	22
4.1 Suchterkrankungen in der ambulanten vernetzten Versorgung	22
4.2 Kinder psychisch kranker Eltern	23
5 ICD-10: Auswahl von F-Diagnosen und Z-Diagnosen	24
6 Datenschutz	26
7 Individuelle Kooperationsabsprachen	27
8 Adressen / Notfallnummern	28
9 Literaturhinweise	39

Vorwort



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

der Ärztliche Kreis- und Bezirksverband München (ÄKBV) legt erstmals für seine Mitglieder einen Leitfaden vor, mit dem ein Beitrag geleistet werden soll, die Versorgung psychisch Kranker in München zu verbessern. Dass dies erforderlich wäre in einer Stadt, die ein qualitativ hochstehendes und außergewöhnlich dichtes medizinisches Versorgungsangebot – ambulant wie stationär – für alle Erkrankungsfälle vorhält, darüber bestand Einigkeit in einer ÄKBV-Delegiertenversammlung, die daraufhin einen Ausschuss einsetzte und diesen mit der Aufgabe beauftragte. Dieser Leitfaden richtet sich an alle Münchner Ärztinnen und Ärzte, ganz überwiegend aber die Kolleginnen und Kollegen, die sich mit der ansteigenden Zahl an Patientinnen und Patienten mit sogenannten „Psycho-Diagnosen“ befassen. Es ist zu hoffen, dass der Leitfaden auch den Klinikärzten von Nutzen sein wird, die ihre Patienten nach der Akutbehandlung in den Kliniken in die zunehmend vernetzten ambulanten Versorgungsstrukturen weiterleiten wollen bzw. müssen.

Der Leitfaden soll einen Beitrag leisten, um Versorgungsengpässe zu überwinden, Unsicherheiten und Missverständnisse zu vermeiden. Was muss der erstbehandelnde Hausarzt wissen, was soll, was kann er tun? Wann und wie lange sind die Fachärzte gefragt? Wie können die Kommunikationswege zwischen den Kolleginnen und Kollegen ein Stück besser definiert und – wenn möglich – verkürzt werden? Der Leitfaden wird den Haus- und Fachärzten dezentral in verschiedenen Stadtbezirken vorgestellt, diskutiert und hoffentlich weiterentwickelt.

Für den Vorstand bedanke ich mich bei den Mitgliedern des Ausschusses, in dem auch Vorstandsmitglieder aktiv mitgearbeitet haben, und insbesondere bei Herrn Dr. Welschhold, leitender Oberarzt des Atriumhauses und zuständig für den Krisendienst Psychiatrie München (KPM), und bei Frau Wüst, der Geschäftsführerin vom Münchner Bündnis gegen Depression.

Alles kann noch besser gemacht werden. Und daher warten wir mit Interesse auf Ihre Vorschläge und Anregungen, wenn Sie mit dem Leitfaden des ÄKBV Ihre ersten Erfahrungen gemacht haben.

Dr. Christoph Emminger
Vorsitzender des
ÄKBV München

Kooperationspartner:

**Münchner
Hausärztkreise**

**Arbeitsgemeinschaft
Münchner Nervenärzte
und Psychiater e.V.**



1 Einleitung

1.1 Münchner Haus- und Fachärzte für eine vernetzte Versorgung psychisch Kranker

Im Jahr 2010 regten mehrere Münchner Hausarztkreise an, die Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten bei der Betreuung psychisch Kranker zu verbessern. Viele Münchner Hausärzte wünschen sich zur Betreuung psychisch Kranker mehr inhaltliche Orientierung, mehr Informationen zu regionalen Versorgungsangeboten, die Klärung von Verantwortlichkeiten an den Schnittstellen und Hilfen für den Umgang mit psychischen Krisen und dringlichen Situationen.

Diese Anregung wurde von einer vorbereitenden Arbeitsgruppe aufgegriffen, die sich zusammensetzte aus Vertretern von Münchner Hausarztkreisen, Münchner Fachärzten für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Vertretern des ÄKBV München, des Münchner Bündnisses gegen Depression und des Krisendienstes Psychiatrie München.

Die Delegiertenversammlung des ÄKBV München beschloss in ihrer Sitzung vom 26.11.2010, zu diesem Themenbereich einen Ausschuss „Vernetzte Versorgung psychisch Kranker in München“ einzurichten.

Der Ausschuss setzt sich für folgende übergeordnete Ziele ein:

- ▶ Verbesserung der Kooperation zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und Sektoren
- ▶ Verbesserung der Identifikationsrate und Diagnostik psychischer Erkrankungen
- ▶ Bereitstellung multimodaler Behandlungsansätze für psychisch Kranke mit Schwerpunkt auf stadtteilbezogene Vernetzungsstrukturen
- ▶ Durchführung stadtteilbezogener Pilotprojekte unter Beteiligung von Münchner Hausärzten und Fachärzten für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*

Der hier vorgestellte Leitfaden ist das erste Ergebnis des Ausschusses „Vernetzte Versorgung psychisch Kranker in München“. Er stellt die Arbeitsgrundlage für die geplanten Pilotprojekte dar. Die einzelnen Kapitel wurden von unterschiedlichen Autoren aus deren Perspektive und Erfahrungshintergrund formuliert. Der Leitfaden wird im Verlaufe des Projektes weiterentwickelt.



Dr. Peter Scholze

Vorsitzender des Ausschusses „Vernetzte Versorgung psychisch Kranker in München“

Zur zweiten Auflage 2015

Im Jahr 2012 fanden sechs Stadtteil-bezogene Pilotveranstaltungen mit Münchner Haus- und Fachärzten statt. Mit den dort gewonnenen Erfahrungen wollen wir für die Zukunft nachhaltige Strukturen entwickeln. Grundlage unserer Arbeit sind weiterhin die vier Themenfelder: „Diagnose-Sicherheit, therapeutisches Vorgehen, Förderung der Adhärenz und Psychische Krise – Dringlichkeit – Suizidalität“. Zwei weitere Schwerpunkte werden jetzt in unser Konzept aufgenommen: Die Schwerpunkte „Sucherkrankungen“ und „Kinder psychisch kranker Eltern“. Die Patientenperspektive soll stärker einbezogen werden. Die Pilotveranstaltungen zeigten, dass Stadtteil-bezogene Kontakttreffen, die ganz München abdecken sollen, nur mit sehr hohem Aufwand zu organisieren sind und eine Mischung von kleinräumigen und München-weiten Initiativen besser zu realisieren ist.

Wir würden uns freuen, wenn möglichst viele Kolleginnen und Kollegen, die sich für eine vernetzte Versorgung psychisch Kranker in München interessieren, zum Ausschuss Kontakt aufnehmen (z. B. über die Geschäftsstelle des ÄKBV, Tel. 089 547116-12 oder sekretariat@aekbv.de).

Die Mitglieder des Ausschusses:

Dr. Peter Scholze (*Vorsitzender*), Dr. Hans Martens (*stv. Vorsitzender*), Dr. Sibylle von Bibra, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Siegfried Rakette, Dr. Katharina Teubner, Dr. Peter Christian Vogel.

Die kooptierten Mitglieder:

Dr. Michael Welschehold-Greife (*Krisendienst Psychiatrie München*), Dr. Patricia Haberl

Externe Berater:

Dr. Joachim Hein, Stephanie Kramer (*Münchner Bündnis gegen Depression*).

1.2 Erläuterung zum Leitfaden

Der Leitfaden gibt einen komprimierten Überblick über die wichtigsten Aspekte der Versorgung psychisch Kranker. Er bietet zugleich Orientierungs- und Arbeitshilfen für eine „strukturierte Kooperation“ zwischen Hausärzten und Fachärzten.

Zur Gliederung:

Der Leitfaden beschreibt vier patientenbezogene Themenfelder, die in der hausärztlichen Praxis besonders häufig vorkommen und zur Kontaktaufnahme mit dem Facharzt bzw. anderen Leistungserbringern führen (siehe Kapitel 2):

1 Diagnose-Sicherheit

2 Therapeutisches Vorgehen

3 Förderung der Adhärenz

4 Psychische Krise – Dringlichkeit – Suizidalität

Für jedes dieser Themenfelder werden die fünf idealtypischen Handlungsschritte aufgezeigt, nach denen in der Regel entschieden wird, wann fachärztliche Unterstützung eingeschaltet wird bzw. welche weiteren Maßnahmen getroffen werden.

A Klärung der Ausgangssituation

B Klärung der Zuständigkeit

C Abstimmung mit Patienten


D Kommunikationswege


E Rückmeldungen


Im Anschluss finden Sie zu jedem Themenfeld spezifische Arbeitshilfen zur fachlichen Vertiefung (siehe Kapitel 3).


1.3 Leitfaden-Übersicht

	1 Diagnose-Sicherheit	2 Therapeutisches Vorgehen	3 Förderung der Adhärenz	4 Psychische Krise – Dringlichkeit – Suizidalität
A Klärung der Ausgangssituation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ unklar ▶ Verdacht ▶ gesichert 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Abwartendes Verhalten ▶ Medikamentöse Behandlung ▶ Psychotherapie ▶ Komplementäre Hilfen ▶ Sofortmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kooperation ▶ beidseitiges Vertrauen ▶ Behandlungseinsicht ▶ Behandlungsbereitschaft ▶ Krankheitseinsicht/-gefühl 	Dringlichkeit ... <ul style="list-style-type: none"> ▶ höchste (sofort/taggleich) ▶ mittlere (innen 24 Stunden) ▶ niedrige (in nächsten Tagen)
B Klärung der Zuständigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Beobachtung durch HA ▶ Diagnostik durch HA ▶ Überweisung an FA 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ „Beratung“ ▶ Mitbehandlung ▶ Übernahme 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ansprechpartner ▶ Rahmenbedingungen ▶ Aufklärung & Information 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unterstützung notwendig? ▶ Spezifische Kompetenzen? ▶ Verfügbarkeit?
C Abstimmung mit Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Krankheitsverständnis ▶ Erklärungsmodell & Zusammenhänge ▶ verbindliche Absprache 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gemeinsame Entscheidungsfindung ▶ konkrete, einfache Absprachen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Einfache Interventionen ▶ Patientenperspektive ▶ Gesprächsführung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Überzeugen & Mitwirken ▶ Zusätzliche Ressourcen ▶ Unterbringung bei Gefährdung
D Kommunikationswege	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Überweisungsformular mit Syndrom/ Diagnose ▶ Direkter Kontakt zu FA ▶ Datenübermittlung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Akutfall: telefonische Absprache mit FA ▶ Regelfall: Per Fax ▶ Überweisung zur Mit-/ Weiterbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unmittelbare/persönliche Kommunikation ▶ Einplanung ausreichender zeitlicher Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erreichbarkeit ▶ Notfallnummern ▶ Verbindliche Übernahme
E Rückmeldungen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sofort-Info/Kurz-Info ▶ Bericht/Verlaufsbericht ▶ Status bei laufender Psychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sofort-Info/Kurz-Info ▶ Bericht/Verlaufsbericht ▶ Status bei laufender Psychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unmittelbare/persönliche Rückmeldung ▶ Rückübernahme/Gespräch nach Zwangsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Rückübernahme nach Krise ▶ Informationsaustausch









2 Themenfelder

2.1 Diagnose-Sicherheit

Von den Beschwerden und Anliegen des Patienten zur Diagnose!

Dieses Thema führt vom Anliegen und den Beschwerden des Patienten zum Syndrom, dann zur Diagnose (unklar, Verdacht auf, gesichert) und zu den Differentialdiagnosen.

A Klärung der Ausgangssituation

Nachdem der Hausarzt die Anliegen und Beschwerden des Patienten erkannt hat, beschreibt er die Symptome und entscheidet sich für ein Syndrom (*siehe Arbeitshilfen 3.1.1*).

Ist die Benennung einer Diagnose möglich?

- ▶ unklare Diagnose
- ▶ Verdachtsdiagnose
- ▶ gesicherte Diagnose

B Klärung der Zuständigkeit

Will der Hausarzt bei unklarer Diagnose abwarten oder sofort eine weiterführende Diagnostik einleiten?

Kann der Hausarzt die vertiefende Diagnostik primär selbst durchführen oder überweist er an einen Facharzt?

C Abstimmung mit dem Patienten

Eine gute Abstimmung über das diagnostische Vorgehen erhöht die Adhärenz des Patienten. Der Patient soll grundsätzlich in die Entscheidungsfindung eingebunden werden. Eine Ausnahme bildet lediglich das Vorliegen von Eigen- oder Fremdgefährdung.

Besonders wichtig ist es, mögliche somato-psychische Zusammenhänge zu erörtern (Krankheitsverständnis), das Erklärungsmodell des Patienten einzubeziehen sowie verbindliche, möglichst einfache Absprachen zwischen Arzt und Patient zu formulieren:

- ▶ Information über erhobene Befunde und Verdachtsdiagnosen
- ▶ Motivierung des Patienten zur weiteren fachärztlichen Abklärung
- ▶ Bei wem soll sich der Patient als nächstes vorstellen?
- ▶ Wann stellt er sich vor?
- ▶ Wie geht es danach weiter?
- ▶ Über wen läuft die Rückmeldung?
- ▶ Welche Informationen sollen/dürfen an die Angehörigen erfolgen?
- ▶ Sind minderjährige Kinder zu versorgen?

D Kommunikationswege (vom Hausarzt zum Facharzt)

Das aktuelle Überweisungsformular ermöglicht dem Hausarzt, einen Facharzt gezielt zu informieren (*siehe Arbeitshilfen 3.1.2*).

Auf dem Überweisungsformular sollte unter Diagnose eine Angabe zum Syndrom (*siehe Tabelle in Arbeitshilfen 3.1.1*), eine Verdachtsdiagnose oder eine gesicherte Diagnose mitgeteilt werden.

Die direkte Informationsvermittlung vom Hausarzt zum Facharzt sollte am besten per Fax erfolgen. Zur sicheren Datenübermittlung siehe Datenschutz (*siehe Kapitel 6*).

Vorbefunde und relevante Diagnosen (ambulant oder stationär) sollten ebenfalls vorab per Fax übermittelt werden.

E Rückmeldungen (vom Facharzt an den Hausarzt)

- ▶ Sofort-Info: Per Telefon, E-Mail oder Fax bei akuter stationärer Einweisung.
- ▶ Kurz-Info: Kurzer Brief mit Diagnose, Therapieversuch und eingeleitetem Procedere (z.B. verordnete Medikamente, eingeleitete Zusatzdiagnostik etc.).
- ▶ Bericht: Üblicher Arztbrief mit Stichpunkten zu Anamnese, Befund, Diagnose, Therapieversuch und eingeleitetem Procedere.
- ▶ Verlaufsbericht: Bei Weiterbehandlung durch den Facharzt soll dieser Befundänderungen und das weitere Vorgehen beschreiben (1x/Quartal, nur bei besonderem Bedarf häufiger).
- ▶ Bei laufender Richtlinien-Psychotherapie nur kurze Mitteilung, ob die Psychotherapie fortgeführt wird. Ebenso kurze Mitteilung, wenn die Psychotherapie beendet wird.

2.2 Therapeutisches Vorgehen

Die beste Lösung finden zwischen abwartendem Verhalten und Notfallmaßnahme!

Die therapeutischen Optionen reichen von abwartendem Verhalten über medikamentöse Behandlung und Psychotherapie bis zum Knüpfen eines umfassenden psychosozialen Netzwerkes oder zur Einleitung von Sofortmaßnahmen.

A Klärung der Ausgangssituation

Was ist zielführend:

- ▶ Abwartendes Verhalten?
- ▶ Medikamentöse Behandlung?
- ▶ Psychotherapie?
- ▶ Komplementäre Hilfen?
- ▶ Sofortmaßnahmen? (siehe Themenfeld 2.4)

B Klärung der Zuständigkeit

- ▶ Möchte der Hausarzt die Behandlung selbst übernehmen?
- ▶ Sucht der Hausarzt Unterstützung und Rat beim Facharzt?
- ▶ Will der Hausarzt die Therapie an den entsprechenden Facharzt abgeben und über Art und Dauer der Therapie informiert werden?
- ▶ Wichtig: Verbindliche Absprachen zwischen Hausarzt und Facharzt!

C Abstimmung mit dem Patienten

Der Patient soll grundsätzlich in die Entscheidungsfindung eingebunden werden. Eine Ausnahme bildet lediglich das Vorliegen von Eigen- oder Fremdgefährdung.

Besonders wichtig für den weiteren Verlauf sind verbindliche, möglichst einfach formulierte Absprachen zwischen Arzt und Patient:

- ▶ Bei wem soll sich der Patient als nächstes vorstellen?
- ▶ Wann stellt er sich vor?
- ▶ Wie geht es danach weiter?
- ▶ Über wen läuft die Rückmeldung: Über den Patienten oder zwischen den Ärzten?
- ▶ Welche Informationen sollen/dürfen an die Angehörigen erfolgen?
- ▶ Sind minderjährige Kinder zu versorgen, in Not oder gefährdet?

D Kommunikationswege

Die Kommunikationswege richten sich in erster Linie nach der Dringlichkeit der therapeutischen Intervention und dem inhaltlichen Anliegen. Sie können von der sofortigen telefonischen Kontaktaufnahme bis zur Überweisung mit der Bitte um Konsil oder Weiterbehandlung gehen (siehe Arbeitshilfen 3.2.1).

E Rückmeldungen (vom Facharzt an den Hausarzt)

- ▶ Sofort-Info: Per Telefon, E-Mail oder Fax bei akuter stationärer Einweisung.
- ▶ Kurz-Info: Kurzer Brief mit Diagnose, Therapieversuch und eingeleitetem Prozedere (z.B. verordnete Medikamente, eingeleitete Zusatzdiagnostik etc.).
- ▶ Bericht: Üblicher Arztbrief mit Stichpunkten zu Anamnese, Befund, Diagnose, Therapieversuch und eingeleitetem Prozedere.
- ▶ Verlaufsbericht: Bei Weiterbehandlung durch den Facharzt soll dieser Befundänderungen und das weitere Vorgehen beschreiben (1x/Quartal, nur bei besonderem Bedarf häufiger).
- ▶ Bei laufender Richtlinien-Psychotherapie nur kurze Mitteilung, ob die Psychotherapie fortgeführt wird. Ebenso kurze Mitteilung, wenn die Psychotherapie beendet wird.

2.3 Förderung der Adhärenz

Verlässliche Kooperation zwischen Arzt und Patient steigert Behandlungsbereitschaft und Behandlungserfolg!

Der Begriff „Adhärenz“ unterstreicht das beidseitige Engagement: Sowohl die Kooperationsbereitschaft des Arztes als auch die des Patienten. Kommt es zu Adhärenz-Problemen, muss sich das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bewähren bzw. eine entsprechende Vertrauensbasis wieder aufgebaut werden.

A Klärung der Ausgangssituation

Wo liegt das Problem?

Der Patient handelt nicht so wie

- ▶ er es selber beabsichtigt?
- ▶ die Angehörigen es wollen?
- ▶ der medizinische Rat es vorsieht?

Der Arzt kann nicht so handeln wie

- ▶ es den Vorstellungen des Patienten entspricht?
- ▶ es mit dem Patienten vereinbart war?
- ▶ er es selber gerne möchte?

B Klärung der Zuständigkeit

Bei mündigen Patienten ist immer der Patient als selbständige, selbstverantwortliche und entscheidungsfähige Person anzusprechen. Bei (starkem) Leidensdruck der Angehörigen sollten diese nach Rücksprache und unter Einverständnis des Patienten in einem gemeinsamen oder separaten Gespräch informiert, nach ihrem Standpunkt befragt und als Unterstützer für das gemeinsame weitere Vorgehen gewonnen werden. Informationen von Dritten können bei der Bewertung der akuten Situation hilfreich sein.

C Abstimmung mit dem Patienten

Adhärenz-Probleme erschweren die Abstimmung mit dem Patienten. Folgende Techniken können helfen:

- ▶ Einfache Interventionen: Informieren, aufklären, appellieren, Ratschläge erteilen, Entscheidungen treffen, Fertigkeiten beibringen, sagen was zu tun ist, auf weiterführende Hilfen, Selbsthilfe und Adressen hinweisen.
- ▶ Klärung der Patientenperspektive: Gemeinsam mit dem Patienten konkrete Anliegen, Wünsche und Zielvorstellungen besprechen, Prioritätenliste erstellen.
- ▶ Adhärenz-fördernde Gesprächsführung: Verschiedene Gesprächstechniken sind hier hilfreich, wenn einfache Interventionen nichts ausrichten, Zwangsmaßnahmen aber übertrieben sind (*siehe Arbeitshilfen 3.3*).

D Kommunikationswege

Bei entscheidungsfähigen und rechtlich mündigen Patienten ist immer der Patient selber der Ansprechpartner.

Wichtig ist, im Vorfeld zu klären:

- ▶ Ist der Patient über die beabsichtigten Schritte und die Beweggründe ausreichend aufgeklärt? Hier kann ein persönliches, informatives und aufklärendes Gespräch notwendig sein.
- ▶ Steht ausreichend Zeit und Gelegenheit für ein entsprechendes Gespräch zur Verfügung?
Wenn nicht, sollte ein verbindlicher Termin neu vereinbart werden.

Ist ein Patient infolge einer psychischen Erkrankung oder geistigen oder körperlichen Behinderung nicht mehr in der Lage, seine eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise zu regeln, kann eine gesetzliche Vertretung in Form einer Betreuung notwendig sein (*siehe Arbeitshilfen 3.4.5 Zivilrechtliche Unterbringung*).

E Rückmeldungen zwischen Arzt und Patient

Eine direkte Rückmeldung zwischen Arzt und Patient ist selbstverständlich und notwendig. Oft fällt es psychisch erkrankten Patienten schwer, ihr Anliegen konkret zu formulieren. Dem Arzt hingegen fehlt häufig die Zeit für ein ausführliches Gespräch. Wichtig ist es dennoch, bei den Äußerungen des Patienten jeweils nachzufragen, ob diese auch richtig verstanden wurden sowie das oft langsamere Tempo des Patienten zu berücksichtigen. Gutes Feedback und gute motivierende Gesprächsführung ist in der Regel daran zu erkennen, dass der Patient mehr redet als der Arzt.

Auf dieser Basis lässt sich ein operationales und persönliches Problemverständnis des Patienten erreichen („wenn ich..., dann...“), und bleibt die Eigenverantwortung für sein Verhalten erhalten.

Bei einer Unterbringung des Patienten nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz (BayUG) oder anderen Zwangsmaßnahmen sollte nach Entlassung und Rückübernahme des Patienten die Zwangseinweisung thematisiert werden. Hier gilt es nicht nur, die Sachlage aus Sicht des Arztes zu schildern, sondern auch die Patientenperspektive zu berücksichtigen, um einer ähnlichen Zuspitzung zukünftig gemeinsam entgegenwirken zu können.

2.4 Psychische Krise – Dringlichkeit – Suizidalität

Der Charakter einer Krise: Möglichkeiten und Gefahren.

Der Umgang mit akut zugespitzten Situationen seelischer Krisen oder psychiatrischer Notfälle und die damit einhergehende Dringlichkeit stellt für die hausärztliche Praxis eine besondere Herausforderung dar. Für die einzelnen Handlungsschritte in einer Krise können folgende Leitfragen hilfreich sein:

A Klärung der Ausgangssituation

- ▶ Welches Leitsyndrom ist feststellbar?
- ▶ Liegt überhaupt eine Krisensituation vor? Wenn ja, welche Dringlichkeitsstufe?
- ▶ Ist Suizidalität im Spiel? Wenn ja: In welchem Schweregrad?
- ▶ Welche (Hilfe-) Maßnahmen sind wann erforderlich?

B Klärung der Zuständigkeit

- ▶ Kann die Krisensituation vom Hausarzt alleine gelöst werden?
- ▶ Wenn nein, welche spezifischen Kompetenzen sind im vorliegenden Fall gefragt?
- ▶ Wo sind diese Kompetenzen – jetzt – verfügbar?

C Abstimmung mit dem Patienten

- ▶ Wie kann der Hausarzt den Patienten für seine Überlegungen gewinnen, wie die Mitwirkung des Patienten erreichen?
- ▶ Falls dies nicht möglich ist: Liegen Kriterien für eine „Zwangseinweisung“ nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz vor?
- ▶ Welche sofortige Unterstützung von dritter Seite braucht der Hausarzt dann im Umgang mit dem Patienten und wer kann diese Hilfe leisten?

D Kommunikationswege

- ▶ Wie ist der vom Hausarzt avisierte Ansprechpartner zu erreichen? (während der Sprechzeiten, zu Unzeiten, am Wochenende)
- ▶ Wie kann der Hausarzt sicherstellen, dass die Übernahme des Patienten durch seinen Ansprechpartner verbindlich gewährleistet ist?

E Rückmeldungen

- ▶ Kann der Krisenpatient nach erfolgter Intervention wieder in die hausärztliche Praxis zurückübernommen werden?
- ▶ Wenn ja: Welche genaue Information braucht der Hausarzt von seinem Ansprechpartner, um den Patienten gut/nahtlos weiterbetreuen zu können? Auf welchem Weg soll die Information erfolgen?

3 Arbeitshilfen

3.1 Arbeitshilfen zur Diagnose-Sicherheit

3.1.1 Häufige Leitsyndrome nach Hippus¹ ¹⁾ siehe Literaturliste

Die Leitsyndrome dienen der Beschreibung, sie sind keine diagnostische Festlegung im Sinne der ICD 10. Sie sind die Grundlage der gemeinsamen Sprache zwischen Hausarzt und Facharzt.

Leitsyndrome	Leitsymptome
dementielles Syndrom	Gedächtnisstörungen, Desorientiertheit, Ratlosigkeit, verworrenes Denken
delirantes Syndrom	fluktuierende Symptomatik, wechselnde Halluzinationen, psychomotorische Unruhe, fluktuierende Desorientiertheit
Syndrom süchtigen Verhaltens	übermäßige, unkontrollierte oder ärztlich nicht indizierte Zufuhr von psychotropen Stoffen
suizidales Syndrom	alle Gefühle, Impulse oder Absichten, die sich in Form einer gegen die Person selbst gerichteten Aggression ausdrücken
Erregungszustand	gesteigerte psychische, insbesondere psychomotorische Aktivität bis hin zu Tobsuchtsanfällen
depressives Syndrom	Herabgestimmtheit, gedrückte Stimmung, Lustlosigkeit, Freudlosigkeit
manisches Syndrom	überschießende Hochgestimmtheit, Antriebssteigerung, Enthemmung
Angstsyndrom	ungerichtete oder konkrete Ängste oder Befürchtungen
anankastisches Syndrom alias Zwangssyndrom	Zwangsdanken, -impulse oder -handlungen im Vordergrund
Syndrom der Wahnstimmung	Erleben etwas sei „im Gange“, Gefühl von etwas nicht Fassbarem bedroht zu sein
paranoides Syndrom	Verfolgungs-, Beeinträchtigungs-, Vergiftungs-, Größen-, Verarmungs-, Verschuldens-, bizarrer Wahn oder andere Störungen des inhaltlichen Denkens
halluzinatorisches Syndrom	Trugwahrnehmungen optischer, akustischer, somatoformer, olfaktorischer oder taktiler Qualität
katatonies alias gehemmt-apathisches Syndrom	Verlust der Initiative, Fehlen spontaner Aktivität, psychomotorische Gehemmtheit bis zur völligen Erstarrung/Stupor
neurasthenisches Syndrom	Erleben rascher Erschöpfbarkeit bereits bei geringer Belastung, rasche Ermüdbarkeit, mangelnde Leistungsfähigkeit
hypochondrisches Syndrom	Befürchten von oder Klagen über körperliche Beschwerden, beharrliche Sorgen um Gesundheit und Leben, trotz Sicherung, dass sie sachlich unbegründet sind
Syndrom der gestörten körperlichen Befindlichkeit	Störung des Körperempfindens ohne Vorliegen eines ausreichenden somatischen Befundes

3.1.2 Erläuterungen zum Überweisungsschein

Unter **Befund/Medikation** sollten Leitsymptome mitgeteilt werden, inklusive relevanter somatischer Diagnosen und aller derzeitiger Medikation (u.a. wegen Wechselwirkungen).

Unter **Auftrag** sollte der überweisende Arzt formulieren, welche Erwartung er an den Facharzt stellt (Leitbegriffe: Konsil, Mitbehandlung, Weiterbehandlung).

Weitere Leitbegriffe könnten sein: **Zweitmeinung, Krisenintervention, stationäre Behandlung, Überprüfung AU (evtl. Hinweis auf Anforderung MDK), sozialmedizinische Stellungnahme Rente/Schwerbehinderung.**

3.2 Arbeitshilfen zum therapeutischen Vorgehen

3.2.1 Grundsätzliches

Psychisch Kranke wünschen sich häufig mehr Zeit für das Gespräch und mehr Geduld und Empathie von Seiten der Behandler.

Zur optimalen Versorgung psychisch Kranker fehlen in den Arztpraxen jedoch oft die Rahmenbedingungen. Zeitdruck und überbordende Bürokratie schaffen allzu oft eine für therapeutische Schritte hinderliche Atmosphäre. Auch sind in den bestehenden Honorierungssystemen Gesprächs- und Betreuungsleistungen deutlich unterbewertet.

Eine „vernetzte Versorgung psychisch Kranker“ kann hier nicht alles, jedoch vieles leisten. Wichtige Kriterien sind: Der Patient fühlt sich angenommen und verstanden. Der Hausarzt klärt situationsabhängig, wie weit er selbst therapeutisch aktiv werden kann und wo seine eigenen Grenzen sind. Bei Hinzuziehen eines Facharztes klärt dieser, welche Therapie dem Patienten am meisten nützen kann und entwickelt Behandlungsoptionen.

„Vernetzte Versorgung“ bedeutet vor allem die Klärung von Verantwortlichkeiten mit dem Ziel, unter den gegebenen Bedingungen für den Patienten eine optimale Behandlungsperspektive zu finden. Über diesen Weg kann ein dreifacher Vorteil erzielt werden: Für den Patienten, für den Hausarzt und für den Facharzt.

Gerade unter Zeitdruck müssen Gespräche mit psychisch Kranken gut strukturiert werden. Hierzu zählt:

- ▶ Der Patient kann seine Anliegen und Probleme ohne Unterbrechung ansprechen. Ausreden lassen spart meist Zeit! (Viele Studien zeigen, dass die allermeisten Patienten in solchen Situationen maximal zwei bis drei Minuten reden!).
- ▶ Der Hausarzt gibt dann dem Patienten eine positive Rückkoppelung – Verständnis, Ernstnehmen und Mitgefühl. Mit diesen Schritten ist schon viel gewonnen.
- ▶ Zwischen Arzt und Patient sollte der weitere Rahmen geklärt werden:
Kann das Gespräch jetzt vertieft werden? Zeitrahmen?
- ▶ Soll ein Folgetermin vereinbart werden (am Rande der Sprechstunde, Gesprächssprechstunde)?
- ▶ Kann der Patient bis zum nächsten Termin etwas klären?
- ▶ Übernimmt der Hausarzt die weitere Behandlung? Sind weitere Ärzte, Psychotherapeuten oder Gesundheitseinrichtungen mit einzubeziehen?
- ▶ Besteht eine Notfallsituation?

3.2.2 Der Weg vom Hausarzt zum Facharzt

Eine Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt ist für viele psychisch Kranke zunächst belastend. Hier kann folgendes helfen:

- ▶ Der Hausarzt bespricht mit dem Patienten Grund und Ablauf der Überweisung, dann wird die Zustimmung des Patienten eingeholt.
- ▶ Hausarzt und Patient klären, wie der Patient zur gewünschten Facharzt-Behandlung kommt (zu welchem Facharzt? Terminvereinbarung durch Patienten selbst oder über Hausarztpraxis? Dringlichkeit?)
- ▶ Hausarzt und Patient klären, wie wichtige Informationen, Befunde und ein Medikamentenplan an den Facharzt vermittelt werden (Weitergabe direkt von Hausarzt zu Facharzt oder über Patienten?).
- ▶ Bei Bedarf sollte telefonischer Kontakt zwischen Hausarzt und Facharzt hergestellt werden.

3.2.3 Weitere Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Facharzt

Psychisch Kranke werden häufig parallel von Hausarzt und Facharzt behandelt. Hier können Synergien helfen, Missverständnisse aber zu einer Gefährdung des Patienten führen. Darum gilt:

- ▶ Hausarzt und Facharzt müssen sich zeitnah gegenseitig informieren, wenn sich die Situation des Patienten oder das Behandlungskonzept ändert.
- ▶ Hausarzt und Facharzt müssen absprechen, wer welche Medikamente neu ansetzt, weiter verschreibt und Dosierungen verändert.

Eine Rückmeldung vom Facharzt zum Hausarzt sollte insbesondere folgende Punkte einbeziehen: Änderung der Medikation, Einleitung der Psychotherapie, stationäre Einweisung, Einleitung einer Betreuung, Einschaltung des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Kontaktaufnahme zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, Beratungsstellen, Verordnung von Arbeits-/Ergo-/Kunsttherapie oder anderer komplementärer Angebote.

3.3. Arbeitshilfen zur Förderung der Adhärenz

3.3.1 Grundsätzliches

Es gibt keine Patentrezepte, wie man Menschen dazu bewegt, Dinge zu tun, die sie nicht tun wollen. Ein direkter, konfrontativer Stil erhöht den Widerstand gegen eine kooperative Zusammenarbeit. Ein reflektierender, unterstützender Umgang vermindert den Widerstand und erhöht die Kooperationsbereitschaft. Demütigung, Scham, Schuld und Angst sind nicht primäre Triebkräfte für eine Zusammenarbeit, eher Entwicklungshemmnisse.

Eine befähigende, akzeptierende Atmosphäre fördert konstruktive Verhaltensänderungen.

3.3.2 Motivierende Gesprächsführung

Bei Adhärenzproblemen ist es wichtig, im Gespräch mit dem Patienten bestimmte Grundhaltungen einzunehmen und die Prinzipien motivierender Gesprächsführung zu kennen.

Grundhaltung

- ▶ Partnerschaftlichkeit (Kein autoritäres Übergeordnetsein!)
- ▶ Ressourcenorientiertheit
- ▶ Achtung der Selbstbestimmtheit, Selbstverantwortung und der persönlichen Freiheit des Patienten

Prinzipien motivierender Gesprächsführung

Empathie ausdrücken

- ▶ Akzeptanz der individuellen Sichtweise des Patienten
- ▶ aktives Zuhören
- ▶ Ambivalenzkonflikte erkennen, ansprechen und vertiefen

Diskrepanz entwickeln

- ▶ Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem, wie man sein möchte.
- ▶ Bewusstwerden der Nachteile der gegenwärtigen Verhältnisse verglichen mit den möglichen Vorteilen einer Veränderung (bzgl. Gesundheit, Erfolg, Familie, positives Selbstbild).
- ▶ So liefert der Patient selbst die Gründe für seine Kooperationsbereitschaft, nicht der Arzt.

Widerstand umlenken

- ▶ Einladung an den Patienten, neue Informationen zu bedenken und neue Perspektiven zu betrachten. „Nimm was du willst, lass den Rest zurück“.
- ▶ Probleme/Fragen werden an den Patienten zurückgegeben, da jede Person kompetent und autonom genug ist, um wichtige Einsichten und Ideen zur Lösung eigener Probleme zu entwickeln.
- ▶ Einseitiges Argumentieren seitens des Arztes sollte vermieden werden.
- ▶ Widerstand ist ein Signal, die ärztliche Vorgehensweise zu überdenken.
- ▶ Widerstand kann nicht direktiv oder konfrontativ beendet werden.

Selbstwirksamkeit fördern

- ▶ Stärkung des (Selbst-)Vertrauens in die Fähigkeit, mit Schwierigkeiten umzugehen und Veränderungen erfolgreich umzusetzen.
- ▶ Selbstwirksamkeit und persönliche Verantwortung gehören untrennbar zusammen.
- ▶ Vertrauen und Hoffnung (auch des Arztes!) sind wichtige Elemente für eine Veränderung („Self-fulfilling-prophecy“).

3.3.3 Wie kann eine Motivation zur Veränderung aufgebaut werden?

Grundsätzliches

- ▶ Dringlichkeit und Zuversicht bezüglich einer Veränderung einschätzen lassen, evtl. per Visuell-analog-Skala.
- ▶ Agenda aufstellen, die sich an den Prioritäten des Patienten orientiert, bzw. Raum dafür bietet.
- ▶ Gesprächsführung:
Aktives Zuhören; offene Fragen stellen; auf Antwort mit Reflexion reagieren; nicht mehr als zwei Fragen hintereinander stellen; den Patienten wertschätzen und bestätigen; Zusammenfassungen der Patientenäußerungen geben („spiegeln“).

Beispiele für offene Fragen, die Veränderungsüberlegungen hervorrufen können:

Nachteile des Status quo

- ▶ „Was beunruhigt Sie an der gegenwärtigen Situation?“
- ▶ „Was führt Sie dazu, zu glauben, dass Sie etwas für ... tun müssen?“
- ▶ „Was könnten Sie oder andere an ... Besorgnis erregend finden?“
- ▶ „Inwiefern gibt Ihnen ... zu denken?“
- ▶ „Wie hat ... Sie davon abgehalten, bestimmte Dinge in Ihrem Leben zu unternehmen?“
- ▶ „Was glauben Sie wird geschehen, wenn Sie nichts verändern?“

Vorteile einer Veränderung

- ▶ „Wie hätten Sie es gerne anders?“
- ▶ „Was wäre denn das Gute an ...?“
- ▶ „Wie möchten Sie denn, dass Ihr Leben in fünf Jahren aussieht?“
- ▶ „Wenn Sie mittels eines Zauberstabes Ihre Situation sofort ändern könnten, was wäre dann besser?“
- ▶ „Was sind Ihrer Meinung nach die Hauptgründe für eine Veränderung?“
- ▶ „Was wären die Vorteile einer solchen Veränderung?“

Optimismus bezüglich der Veränderung

- ▶ „Was gibt Ihnen die Zuversicht, eine solche Veränderung erfolgreich umsetzen zu können?“
- ▶ „Wer könnte zum Erfolg dieser Veränderung beitragen?“
- ▶ „Wann haben Sie in Ihrem Leben schon einmal eine Veränderung unternommen?“
- ▶ „Welche persönlichen Stärken oder Ressourcen können Ihnen bei der Veränderung helfen?“
- ▶ „Wer könnte Sie in diesem Prozess unterstützen und Ihnen Mut machen?“

Veränderungsabsicht

- ▶ „Wie denken Sie zurzeit über ...?“
- ▶ „Was glauben Sie, sollten Sie tun?“
- ▶ „Was wären Sie bereit zu versuchen?“
- ▶ „Wie wichtig ist das für Sie?“
- ▶ „Welche der Möglichkeiten hört sich am besten für Sie an?“
- ▶ „Was beabsichtigen Sie zu tun?“

3.3.4 Umgang mit Widerstand

Was heißt denn da Widerstand?

- ▶ Widerstand markiert eine Dissonanz im Behandlungsprozess, er ist nicht von vorneherein krankhaft.
- ▶ Er kann ein Signal sein, dass der Beratungs- oder Handlungsprozess zu schnell geht.
- ▶ Er bezieht sich auf eine ganz bestimmte Veränderung, ist meist keine Grundhaltung.
- ▶ Er wird in einem großen Ausmaß vom Behandlungsstil beeinflusst, sowohl positiv wie auch negativ.
- ▶ Widerstand kann vermindert werden, indem er aufgenommen wird.

Methoden des Umgangs mit Widerstand – Variationen reflektierender Äußerungen

- ▶ **Einfache Reflexion:** einfache, wertfreie Anerkennung, dass die Person anderer Meinung ist, andere Gefühle oder Wahrnehmungen hat. Ermöglicht weitere Exploration anstatt einer fortgesetzten Abwehrhaltung. Widerstand nicht mit Widerstand begegnen!
- ▶ **Verstärkte Reflexion:** Zurückspiegeln des Gesagten in einer verstärkten, überzogenen oder extremen Form, ermöglicht die andere Seite der Ambivalenz zu aktivieren. Cave: Sarkasmus, Ironie, Ungeduld, Zweifel.
- ▶ **Doppelseitige Reflexion:** Bezug auf Aussagen, die die Person schon früher geäußert hat und wertfreie Wiederholung des aktuell Gesagten, um beide Seiten der Ambivalenz gleichberechtigt darzustellen.

Andere Reaktionen

- ▶ **Den Fokus verändern:** Aufmerksamkeit vom Hindernis ablenken, das Thema zumindest vorerst zurückstellen, das Besorgnis erregende Thema zunächst ent-aktualisieren, die Aufmerksamkeit auf ein Thema richten, das eher bearbeitet werden kann.
- ▶ **Umformulieren oder Zustimmung mit einer Wendung:** Bestätigen/Validieren der Patienten-Wahrnehmung, Ergänzung mit einer neuen Bedeutung oder Interpretation der Wahrnehmung (z. B. Alkoholtoleranz ist nicht nur Zeichen von größerer Verträglichkeit, sondern auch Zeichen abnehmender Warnsignale). Vermittlung von Informationen, die das Verständnis der Situation verbessern oder in einem anderen Licht erscheinen lassen.
- ▶ **Betonung der persönlichen Wahlfreiheit und Kontrolle:** Betonung der Autonomie, Reaktanz erfolgt oft bei befürchteter Bedrohung der Autonomie/Selbstbestimmung. Betonung des persönlichen Wahlfreiheit entspricht der Realität und verhindert Reaktanz
- ▶ **Zur Seite treten:** Bedenken des Patienten gegen eine Veränderung ausformulieren, ihn damit zu einem „Rollentausch“ bewegen, bei dem er die Gründe für eine Veränderung formuliert (im Sinne der Ambivalenz-Waage).

3.4 Arbeitshilfen zur psychischen Krise – Dringlichkeit – Suizidalität

3.4.1 Wichtige Grundsätze der Krisenintervention

- ▶ Vermeidung von Gefahren und Risiken
- ▶ Hilfe zur Selbsthilfe/Selbstbefähigung
- ▶ Maßnahme so wenig einschneidend wie möglich
- ▶ Fokussierung im Vorgehen
- ▶ Nutzung vorhandener persönlicher, sozialer, materieller Ressourcen des Patienten
- ▶ Einbeziehung des Umfeldes
- ▶ Helfer sollten ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten (strukturell, situativ, kompetenzbezogen) bzw. Grenzen kennen

3.4.2 Wichtigste Schritte in der Krisenintervention

Psychische Krisen können sich sehr rasch, z. B. in Folge belastender Ereignisse, entwickeln. Auch auf Grundlage schon länger bestehender Belastungsfaktoren, die die individuellen Kompensationsmöglichkeiten eines Menschen überfordern, kann es zum psychischen Zusammenbruch kommen. Dieser kann sehr unterschiedlich aussehen: Meistens finden sich Gefühle von Überforderung, Hilf- und Ausweglosigkeit, Verzweiflung, unter Umständen Impulse, so nicht mehr weiterleben, sich aufgeben zu wollen.

Drei Fragen sind in dieser Situation vorrangig klärungsbedürftig und zu fokussieren:

▶ Welche Probleme stehen im Vordergrund?

Welcher Aspekt der Krise ist der aktuell vordringlichste? Liegen Selbst- oder Fremdgefahr und damit notfallmäßiger Interventionsbedarf vor? Wie dringlich/akut ist die Gesamtsituation (*siehe unten 3.4.3.*)? Lassen sich die psychischen Symptome diagnostisch grob, gegebenenfalls syndromal oder bereits in Richtung einer Verdachtsdiagnose zuordnen? (*siehe Arbeitshilfen 3.1.1 Leitsyndrome*).

▶ Welche Art von Hilfe ist erforderlich?

Welche Kompetenz und Professionalität wird zur Deeskalation der Krise benötigt? Ist der momentan in der hausärztlichen Sprechstunde gegebene Rahmen, insbesondere bezüglich verfügbarer Zeit, ausreichend und geeignet, den Patienten zu beruhigen, ihn anzuhören, sein Problem anzuerkennen, ihn zu entlasten? Oder braucht es weiterführende, spezifische Hilfen bzw. einen anderen Rahmen?

▶ Wann ist die Hilfe/Unterstützung erforderlich?

- ▶ sofort/taggleich
- ▶ binnen 24 Stunden
- ▶ in den nächsten Tagen

Dies wird im Wesentlichen davon bestimmt, wie dringlich die Situation eingeschätzt wird (*siehe unten 3.4.3*).

Faustregel: Je dringlicher bzw. gefährlicher die Situation, umso rascher soll die Hilfestellung erfolgen; dabei: je spezifischer, umso besser. Oft muss sich das Vorgehen sehr pragmatisch daran orientieren, welches Hilfeangebot im Augenblick überhaupt verfügbar bzw. erreichbar ist. Ist beispielsweise die Überweisung zum Facharzt wegen der vorgefundenen Dringlichkeit hier nicht mehr möglich, muss auf Notfallhilfen zurückgegriffen werden, etwa den Rettungsdienst oder Krisendienst Psychiatrie München. Manchmal reicht ein sofortiges, entlastendes Gespräch jedoch aus, um zunächst Zeit zu gewinnen, einen neuen Termin zu vereinbaren, die gezielte Weitervermittlung mit dem Patienten gemeinsam in Ruhe vorzubereiten.

3.4.3 Dringlichkeit – beispielhafte Fallkonstellationen

Die wichtigste Aufgabe im Umgang mit Menschen in psychischen Krisensituationen stellt die Erkennung von Gefahren und Risiken dar; immer ist dazu die Einschätzung der Dringlichkeit erforderlich.

▶ **Höchste Dringlichkeit**

Bewertung: „**Situation kann so nicht fort dauern.**“ (ggf. Kombination mehrerer Punkte)

Beispiele:

- ▶ Akute Suizidalität oder Fremdgefahr (*siehe Arbeitshilfen 3.4.4 Suizidalität*)
- ▶ Akute Symptomatik vorherrschender psychiatrischer Erkrankungen (z. B. Psychose, Depression, Angstzustände)
- ▶ Zusammenbruch und kurzfristig nicht wieder herstellbare Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen und seines Umfeldes
- ▶ Keine Ressourcen beim Betroffenen vorhanden bzw. verfügbar („aufgebraucht“)
- ▶ Eskalierte, nicht mehr steuerbare Krisensituation im häuslichen Umfeld („Systemkrise“)
- ▶ Unklare, unübersichtliche, im Erstkontakt nicht auflösbare Krisensituation hoher Komplexität mit fraglichem Gefährdungspotenzial oder weiterem Eskalationsrisiko

Nutzung des Umfeldes: Zur Fremdanamnese; zur aktiven (argumentativen) Unterstützung bzw. zum Mittragen der professionell für erforderlich erachteten/ eingeleiteten Hilfestrategie.

▶ **Mittlere Dringlichkeit**

Bewertung: „**Situation kann so maximal bis morgen bleiben, nur mit Hilfe kurzfristig ab sprechbarer Überbrückung.**“

Beispiele:

- ▶ Hoher Leidensdruck, es sind aber noch erschließbare und unmittelbar verfügbare Ressourcen des Patienten erkennbar
- ▶ Deutliche Krisensituation und Hilflosigkeit des Patienten, es gibt aber noch ein verlässliches, kooperatives und unterstützungsbereites Umfeld
- ▶ Selbsteinschätzung des Klienten: „Durchhalten“ möglich, wenn verbindliche und selbst präferierte Hilfe am Folgetag verfügbar ist
- ▶ Akute Lebenskrise ohne klar zuordenbare, manifeste psychiatrische Symptomatik

Nutzung des Umfeldes: Zur Fremdanamnese; zur aktiven, direkten Unterstützung/ Mitwirkung, meist kurzfristig bzw. überbrückend; zur unmittelbaren Entlastung/ Begleitung des Betroffenen; zur direkten Kooperation mit den Professionellen.

▶ **Niedrige Dringlichkeit**

Bewertung: „**Es brennt nicht, allerdings sollte gezielte Hilfe in den nächsten Tagen/ möglichst bald zumindest beginnen.**“

Beispiele:

- ▶ Schon lange bestehendes, immer wieder eskalierendes, aber bisher zumeist vom Betroffenen selbst noch beherrschtes Problem
- ▶ In letzter Zeit sich allmählich zuspitzende seelische Notlage, die offensichtlich ohne professionelle Unterstützung nicht mehr alleine bewältigt werden kann
- ▶ Chronische Belastung mit zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme beim Betroffenen zwar noch erhaltenen, sich jedoch erschöpfenden Restfunktionen bzw. Bewältigungsstrategien

Nutzung des Umfeldes: Zur Fremdanamnese; zur Übernahme bzw. Durchführung von professionell empfohlenen, in eigene Verantwortung übernommenen Maßnahmen.

Verfügbare Einrichtungen

Je nach Einschätzung der Dringlichkeit einer akuten Krisensituation stehen in München verschiedene Ansprechpartner für die (Mit-) Übernahme von Hilfemaßnahmen zur Verfügung (siehe beigelegte Übersicht Notfalladressen).

Beachte: Kinder im Blick haben!!


Im Zusammenhang mit psychischen Krisen sollte darauf geachtet werden, ob minderjährige Kinder im Haushalt bzw. in der Familie leben, ob sich aus der psychischen Krise bzw. psychiatrischen Erkrankung der Bezugsperson (in der Regel ein Elternteil) Belastungen ergeben, die das Kindeswohl betreffen und evtl. Konsequenzen nach sich ziehen müssen.

3.4.4 Suizidalität

Für die Beurteilung von Suizidalität ist die Unterscheidung nach Schweregraden eine wichtige Orientierungshilfe. Die Abklärung erfolgt immer durch eine aktive Exploration.

²⁾ siehe Literaturliste

Klinische Schweregrade von Suizidalität nach Wolfersdorf²

Wunsch nach Ruhe, Pause	<ul style="list-style-type: none">• Unterbrechung im Leben (mit dem Risiko zu sterben)		Passive Suizidalität
Todeswunsch	<ul style="list-style-type: none">• Jetzt oder in einer unveränderten Zukunft lieber tot zu sein als zu leben		Zunehmender Handlungsdruck, Zunahme des Handlungsrisikos
Suizidgedanke	<ul style="list-style-type: none">• Erwägung als Möglichkeit• Impuls (spontan sich aufdrängend, zwanghaft)		Aktive Suizidalität
Suizidabsicht	<ul style="list-style-type: none">• Mit oder ohne Plan• Mit oder ohne Ankündigung		
Suizidhandlung	<ul style="list-style-type: none">• Vorbereiteter Suizidversuch, begonnen und abgebrochen (Selbst- und Fremdeinfluss)• Durchgeführt (selbst gemeldet, gefunden)• Gezielt geplant, impulsiv durchgeführt		
Suizid	<ul style="list-style-type: none">• Tod durch oder in Folge der Handlung		

Explorationsfragen zur Suizidalität

- ▶ „Gibt es in Ihrer derzeitigen schwierigen Situation auch Gedanken, nicht mehr leben zu wollen?“
- ▶ „Was genau meinen Sie damit, dass tot sein besser wäre?“
- ▶ „Denken Sie dabei auch an Suizid? Drängen sich diese Gedanken auf?“
- ▶ „An was denken Sie genau, wenn Sie sagen, Sie könnten sich umbringen?“
- ▶ „Wie oft kommen die Gedanken an Suizid? Wie lange halten sie an?“
- ▶ „Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie sich umbringen würden, haben Sie schon Vorbereitungen getroffen (z. B. Medikamente gesammelt)?“
- ▶ „Haben Sie darüber schon mit jemandem gesprochen?“
- ▶ „Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?“
- ▶ „Welche Menschen oder Dinge halten Sie momentan am meisten am Leben?“

3.4.5 Zwangseinweisung

Die sogenannte Zwangseinweisung zählt zu den schwierigsten Aufgaben, da durch die Einleitung von Maßnahmen gegen den Willen des Betroffenen die Arzt-Patienten-Beziehung massiv belastet wird. Folgende Faktoren müssen berücksichtigt werden:

Öffentlich-rechtliche Unterbringung gemäß Bayerischem Unterbringungsgesetz

Wichtigste Inhalte

- ▶ Untergebracht werden kann derjenige, der **psychisch krank oder in Folge von Geistesschwäche oder Sucht psychisch gestört ist und dadurch in erheblichem Maße die öffentliche Sicherheit oder Ordnung gefährdet**. Die Unterbringung ist insbesondere zulässig, wenn jemand sein Leben oder in erheblichem Maße seine Gesundheit gefährdet (Zweck: Gefahrenabwehr). (Art. 1–2 Bayerisches Unterbringungsgesetz)
- ▶ Rechtsgrundlage für eine „sofortige vorläufige Unterbringung“ („Einweisung“ gemäß Art. 10 Bayerisches Unterbringungsgesetz):
- ▶ Die vorläufige Unterbringung kann nur dann erfolgen, wenn die **Erheblichkeit der Gefährdung** und die **Unaufschiebbarkeit der Sofortmaßnahme** festzustellen sind und eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann.
- ▶ Zuständig ist nach Artikel 10 Bayerisches Unterbringungsgesetz die Kreisverwaltungsbehörde im Gesundheitsreferat. In unaufschiebbaren Fällen und soweit die Kreisverwaltungsbehörde nicht erreichbar ist (nachts, am Wochenende und an Feiertagen) entscheidet die Polizei selbst.

Absatz 1:

„Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass die Voraussetzungen für die Unterbringung nach Art. 1 Abs. 1 vorliegen und kann eine gerichtliche Entscheidung ... nicht mehr rechtzeitig ergehen, um einen für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung drohenden Schaden zu verhindern, so kann die Kreisverwaltungsbehörde die sofortige vorläufige Unterbringung anordnen und ... vollziehen.“

Absatz 2:

„In unaufschiebbaren Fällen des Absatzes 1 kann die Polizei den Betroffenen ohne Anordnung der Kreisverwaltungsbehörde in eine Einrichtung im Sinne des Art. 1, Abs. 1 einliefern.“

Vorgehen bei Einweisung gegen den Willen des Betroffenen

Im Falle einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung und bei mangelnder Distanzierungsfähigkeit des Patienten sollte eine stationäre Aufnahme auf **freiwilliger Basis** angestrebt werden.

Falls Patient nicht kooperativ ist:

- ▶ **Beachte:** Einweisungen gegen den Willen des Betroffenen auf Grundlage des Bayerischen Unterbringungsgesetzes können nur von der Kreisverwaltungsbehörde im Gesundheitsreferat oder der Polizei vorgenommen werden! (Behandlungsnotwendigkeit allein, z. B. bei Alkoholismus, ist kein ausreichender Grund!) Patient wird von Polizei und Sanitätern in eine psychiatrische Klinik gebracht. Stehen bedrohliche körperliche Erkrankungen im Vordergrund, kann der Patient vor der Unterbringung in der psychiatrischen Klinik zur Abklärung und Notfallbehandlung in eine somatische Klinik gebracht werden.
- ▶ An Werktagen (Montag bis Donnerstag: 8 bis 16 Uhr; Freitag: 8 bis 12:30 Uhr) Kontaktaufnahme zur Kreisverwaltungsbehörde im Gesundheitsreferat (Tel. 233-37764/-37610/-37680) und Besprechung des weiteren Vorgehens. **Beachte:** Eine Einweisung gegen den Willen des Betroffenen ist grundsätzlich nur möglich, wenn akute Selbst- oder Fremdgefährdung aufgrund einer aktuellen ärztlichen Untersuchung eindeutig beschreibbar ist; fremdanamnestic Angaben sind nur bedingt verwertbar!
- ▶ Außerhalb der Öffnungszeiten der Kreisverwaltungsbehörde oder bei Notwendigkeit sofortiger Gefahrenabwehr **muss** die Polizei hinzugezogen werden (Tel. 110).
- ▶ Sofern der Patient nach Aufnahme in der Klinik nicht freiwillig bleibt, ist zwingend ein richterlicher Beschluss notwendig, der unverzüglich, spätestens am Folgetag durch die Klinik eingeholt werden muss („Richtervorbehalt“). Der Richter entscheidet dann auf Grundlage einer fachärztlichen Stellungnahme über die weitere Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung. Erlässt der Richter keinen Beschluss und bleibt der Patient nicht freiwillig, muss der Patient aus der Klinik entlassen werden.

Zivilrechtliche Unterbringung

Ist eine Einweisung nach Bayerischem Unterbringungsgesetz nicht möglich, kann alternativ dazu die Einrichtung einer Betreuung beantragt werden, die ebenfalls durch ein ärztliches Attest zu stützen ist.

Auch auf diesem Weg ist letztlich eine Behandlung gegen den Willen eines Patienten möglich, die Einrichtung dauert jedoch in der Regel zwei bis sechs Wochen. Sie kann durch jede Person beim Betreuungsgericht, Linprunstr. 22, 80097 München, Fax 089 55974900 (bis 2009 „Vormundschaftsgericht“) angeregt werden. Vordrucke und weitere Informationen sind über www.justiz.bayern.de/gericht/ag/m/daten/01415/ abrufbar.

4 Spezielle Problembereiche

4.1 Suchterkrankungen in der ambulanten vernetzten Versorgung

Substanzmissbrauch und Abhängigkeit sind weit verbreitete Phänomene und Suchterkrankungen sind häufige psychiatrische Erkrankungen. Die Zwölfmonatsprävalenz der Alkoholabhängigkeit wird für die EU mit 3,5–5,5 % angegeben. Die Zahl der täglichen Raucher in der EU liegt bei 27 %. Die Zwölfmonatsprävalenz einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen wird für die EU mit 0,5 % beziffert.

Nach aktuellen Schätzungen gibt es zwischen 1,3 und 2,5 Millionen alkoholabhängige Menschen in Deutschland, davon 30 % Frauen. Etwa 9,5 Millionen konsumieren Alkohol in riskanter Weise.

Das Robert-Koch-Institut schätzte 2002 den jährlichen volkswirtschaftlichen Schaden auf 20 Milliarden Euro. Im ambulanten und stationären Versorgungssystem in Deutschland hat Alkoholabhängigkeit im Bereich der Suchterkrankungen die größte Bedeutung. Die Diagnose „F10 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ ist nach Herz-Kreislauf-erkrankungen die zweithäufigste Diagnose in internistischen Kliniken. 30–40 % des männlichen Gesamtklientels psychiatrischer Versorgungskliniken sind alkoholkrank.

In der Versorgung alkoholkranker Patienten spielt die allgemeinärztliche Praxis die Hauptrolle. Nach epidemiologischen Schätzungen befinden sich nur 5 % der suchtkranken Patienten zur Diagnostik und Therapie in einer nervenärztlichen oder psychiatrischen Facharztpraxis. Nach einer Diagnosestatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2012) liegt die Alkoholkrankheit bei Psychiatern mit 2,7 % der Fälle auf Rang 14 der 20 häufigsten gesicherten Diagnosen.

Bei Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten finden sich Suchtpatienten nicht unter den 20 häufigsten Diagnosen, obwohl sich die Möglichkeiten ambulanter psychotherapeutischer Behandlung gemäß eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses im Jahre 2011 deutlich verbessert haben.

Herausragend wichtig ist bei der Erstdiagnose einer Suchterkrankung die erste Anlaufstelle beim Hausarzt. Durch kurze Screeningtests (CAGE, AUDIT und MALT) können alkoholranke Patienten rasch identifiziert werden. Internationale Studien zeigen, dass einerseits 20–30 % der Hausarztpatienten riskantes Trinkverhalten aufweisen und andererseits, dass bereits verbale Kurzinterventionen in der allgemeinärztlichen Versorgung effektiv sind. Leider haben sich nur wenige niedergelassene psychiatrisch tätige Nervenärzte und Psychiater auf die Behandlung von suchtkranken Patienten spezialisiert. Das gleiche gilt für ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten. Gut und flächendeckend finden sich Angebote zur Suchtberatung und zur ambulanten Entwöhnung bei verschiedenen Trägern.

Bisher unzureichend und sehr lückenhaft ist die Vernetzung in der ambulanten Versorgung Suchtkrankter. Es existieren zwar koordinierende Gremien wie die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS), das „Netzwerk Sucht in Bayern“ und der Arbeitskreis Sucht im Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München, jedoch sind der Informationsfluss und die Kooperation an den Übergängen Hausarzt-Facharzt, Hausarzt-ambulante Entwöhnung, Facharzt-ambulante Entwöhnung gering entwickelt. Dies ist u.a. auch durch das in der Behandlung Suchtkrankter spezifische Problem des dualen Suchthilfesystems bedingt: Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert Haus- und Facharzt, psychiatrische und andere Kliniken (Diagnostik, primäre medizinische Versorgung, Entgiftung, qualifizierter Entzug, Behandlung somatischer Folgeerkrankungen). Die Rentenversicherungsträger hingegen finanzieren ambulante, teilstationäre und stationäre Entwöhnung.

Das Suchthilfesystem bietet ein sehr differenziertes Angebot von Beratung über Leistungen zur sozialen und medizinischen Rehabilitation (Entzug, Entwöhnung, Substitution, Adaption, Betreutes Wohnen) bis zu tagesstrukturierenden Maßnahmen und Maßnahmen der beruflichen Integration.

Es herrscht ein großer Mangel hinsichtlich des Übergangsmangements zwischen den Sektoren. Dieses duale Suchthilfesystem erschwert auch die Etablierung von Modellen integrierter Versorgung in diesem Bereich sowie die Umsetzung von leitlinienbasierten Behandlungspfaden.

In der Praxis können die im Leitfaden allgemein für die Versorgung psychisch Kranker definierten Hinweise der Diagnosesicherheit, des therapeutischen Vorgehens und der Förderung der Adhärenz auch auf die ambulante Diagnostik und Therapie der Suchterkrankungen angewendet werden. Die skizzierten Besonderheiten der Versorgung in dieser Gruppe von psychischen Erkrankungen rechtfertigen die an dieser Stelle formulierten besonderen Hinweise.

4.2 Kinder psychisch kranker Eltern

Auch Eltern mit psychischen Schwierigkeiten bzw. Erkrankungen haben Kinder. Eine Erhebung im Jahr 2011 an allen „Münchener Sozialpsychiatrischen Diensten (SPDIs)“, die psychiatrisch kranke Menschen ambulant betreuen, zeigte, dass von 1.456 Patienten/Klienten knapp 20 % minderjährige Kinder hatten. Von diesen insgesamt 265 Kindern hatte knapp die Hälfte noch ein oder mehrere Geschwister.

Diese Kinder können durch die Erkrankung der Eltern deutlichen und dauerhaften Belastungen ausgesetzt sein, ihre Entwicklung und Entfaltung ist dadurch häufig erheblich beeinträchtigt.

So haben Kinder und Jugendliche, die in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, überproportional häufig psychisch kranke Eltern (bis zu 60 %), was zeigt, wie gefährdet diese Kinder sind.

Viele Eltern scheuen sich, über Probleme von und mit den Kindern zu sprechen. Wie können diese betroffenen Kinder dennoch identifiziert werden?

Was können wir Ärzte tun? Wir sollten fragen:

- ▶ Gibt es Kinder?
- ▶ Leben diese Kinder im selben Haushalt?
- ▶ Entspricht das Entwicklungsalter in etwa dem Lebensalter? (ggf. bei Kita, Schule oder Schulklasse nachfragen)
- ▶ Gibt es auch sonst Schwierigkeiten?
- ▶ Sind diese Kinder bereits in spezieller Betreuung?
- ▶ Sind die Kinder altersgerecht über die Schwierigkeiten/Erkrankung ihres Vaters/ihrer Mutter aufgeklärt?
- ▶ Wer ist der Kinderarzt? Wann wurden die Kinder dort zuletzt gesehen? Besteht der Eindruck, dass das Kind zusätzliche Diagnostik oder eine bestimmte Unterstützung benötigt, sollten folgende Fachleute zugezogen werden:
 - ▶ Kinder- und Jugendarzt
 - ▶ Kinder- und Jugendpsychiater
 - ▶ Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
 - ▶ Kita, Schule, Hort
 - ▶ Jugendamt

Das Jugendamt bietet eine Fülle von guten Hilfen für Eltern und Kinder an: Kindertagesbetreuung, Ferien- und Freizeitangebote, finanzielle Hilfen (z. B. Unterhaltsvorschuss), rechtliche Beratung im Umgangsrecht, Beratung für Eltern, Kinder und Jugendliche, Familienangebote, Unterstützung in familiären Notlagen (z. B. durch aufsuchende Familienhilfen), das speziell abgestimmte Münchner Hilfenetzwerk, Vermittlung von „Paten“.

Besteht der Eindruck einer Gefährdung des Kindeswohls, muss dringend zur weiteren Abklärung überwiesen werden an

- ▶ Kinderklinik
- ▶ Kinder- und Jugendpsychiater bzw. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (LMU oder Heckscher Klinik)
- ▶ Jugendamt (Info unter 089 233-4951, Mo-Fr 8-15 Uhr)
Wichtig ist, dass diese Fragen über die Kinder nicht nur einmalig, sondern im weiteren Verlauf immer wieder gestellt werden.

Weitere Infos über Kinder psychisch kranker Eltern bei „KIPSE“, Münchner Netzwerk für Kinder mit psychisch erkrankten Müttern/Vätern (www.kipse.de)

Mögliche Diagnosen bei Kindern in der ICD-10

T74.0	Vernachlässigung
T74.8	Mischformen von körperlichem und/oder psychischem Missbrauch
T74.9	Misshandlung
F90.0	Störung des Sozialverhaltens/ADHS
F92.8	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F94.2	Bindungsstörung

5 ICD-10: Auswahl von F-Diagnosen und Z-Diagnosen

Im Folgenden sind die am häufigsten verwendeten Diagnosen in Zusammenhang mit psychiatrisch-psycho-somatischen Erkrankungen zusammengestellt. Bei schwieriger zu differenzierenden Diagnosen wurde jeweils die „9“-Diagnose, der „nicht näher bezeichnete Typ“ gewählt. Wir weisen darauf hin, dass im Sinne der Diagnose-sicherheit von den Zusatzzeichen „G“ (gesichert) bzw. „V“ („Verdacht auf“) bzw. „n nb“ („nicht näher bezeichnet“) Gebrauch gemacht werden sollte. Zudem können auch „Syndrom-Diagnosen“ (siehe Arbeitshilfe 3.1.1) bei der Überweisung angegeben werden. Damit sollen ein Präjudizieren von Diagnosen und eine Stigmatisierung von Patienten vermieden werden.

Diagnosen

F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, n nb
F01.9	vaskuläre Demenz, n nb
F02.0	Pick-Demenz
F02.3	Demenz bei Parkinson-Krankheit
F05.0	Delir ohne Demenz
F05.1	Delir bei Demenz
F10.2	Alkoholabhängigkeit
F10.3	Alkoholentzug
F10.4	Delir bei Alkoholentzug
F10.6	amnestisches Syndrom bei Alkoholabhängigkeit („Korsakow-Syndrom“)
F11.2	Opiatabhängigkeit
F12.2	Cannabisabhängigkeit
F13.2	Abhängigkeit durch Sedativa oder Hypnotika
F17.2	Tabak-/Nikotinabhängigkeit
F19.2	Abhängigkeit mit multiplen Substanzgebrauch
F20.9	Schizophrenie, n nb
F22.0	wahnhafte Störung „Paranoia“
F25.9	schizoaffektive Störung, n nb
F30.9	Manie, nicht näher bezeichnet
F31.2	Manie bei bipolarer affektive Störung,
F31.4	Depression bei bipolarer affektive Störung
F31.6	gemischte Episode bei bipolarer affektive Störung,
F32.0	leichte depressive Episode
F32.1	mittelgradige depressive Episode
F32.2	schwere depressive Episode
F33.9	depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung, n nb
F34.1	Dysthymia
F40.0	Agoraphobie
F40.1	soziale Phobie

Diagnosen

F41.0	Panikstörung
F41.1	generalisierte Angststörung
F42.2	Zwangsstörung (gemischt)
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
F43.2	Anpassungsstörung
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung nnb
F45.0	Somatisierungsstörung
F45.2	Hypochondrische Störung
F45.4	anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F48.0	Neurasthenie
F50.0	Anorexia nervosa
F50.2	Bulimia nervosa
F51.9	nichtorganische Schlafstörung nnb
F52.0	Mangel o. Verlust von sexuellem Verlangen
F52.2	Versagen genitaler Reaktionen
F53.9	psychische Störung im Wochenbett nnb
F55.2	Missbrauch von Analgetika
F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet
F63.0	pathologisches Glücksspiel
F71	mittelgradige Intelligenzminderung
F90.0	Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
F95.0	Ticstörung
F95.2	Tourette-Syndrom

Zusatzdiagnosen:

Z60.0	Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände
Z60.5	Zielscheibe feindlicher Diskriminierung oder Verfolgung
Z63.0	Probleme in der Beziehung zum (Ehe-)Partner
Z63.4	Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen
Z63.5	Familienzerrüttung durch Trennung oder Scheidung
Z64.0	Probleme bei unerwünschter Schwangerschaft
Z65.3	juristische Probleme
Z72.3	Mangel an körperlicher Bewegung
Z72.4	ungeeignete Ernährungsweise und Essgewohnheit
Z73.0	Erschöpfungssyndrom
Z73.2	Mangel an Freizeit oder Entspannung
Z76.5	Person, die Erkrankung vortäuscht

6 Datenschutz

Daten psychisch Kranker müssen oft schnell übermittelt werden, gleichzeitig sind dabei die vorherige Einwilligung des Patienten und die strikte Beachtung des Datenschutzes besonders zu beachten. Hier kann für die behandelnden Ärzte ein Spannungsfeld zwischen möglichst schneller und möglichst sicherer Informationsübermittlung entstehen.

Informationswege

- ▶ **1. Der verschlossene Brief, direkt an den betreffenden Arzt gerichtet, stellt die sicherste Variante dar.**
Nachteil: Der Postweg dauert mindestens ein bis zwei Tage.
- ▶ **2. Faxbericht**
Sowohl in der Fachliteratur als auch in Kreisen der Datenschützer wird anerkannt, dass ein Faxbericht zulässig ist. Voraussetzung: Zu dem empfangenden Faxgerät haben ausschließlich Verfügungsberechtigte (der Arzt und seine medizinischen Mitarbeiter) Zugang. Unzulässig wäre z. B. eine Faxübermittlung in die Krankenhausverwaltung zur Weiterleitung an den behandelnden Facharzt. Es ist jedoch schon darauf zu achten, dass es nicht zu Verwechslungen bei der Nummerneinspeisung und Fehlleitungen kommt.
- ▶ **3. E-Mail**
E-Mails sollten nur in verschlüsselter Form gesendet werden. Eine unverschlüsselte E-Mail wäre allenfalls dann zulässig, wenn der Patient mit dieser Art von Übertragung einverstanden ist.

Einwilligung des Patienten

Grundsätzlich muss der Patient vor Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden schriftlich einwilligen. Ist die Einholung der Einwilligung aufgrund des akuten Krankheitsbildes nicht möglich und liegt gleichzeitig ein unaufschiebbarer Behandlungsfall vor, kann unter Abwägung der Rechtsgüter und nach Einzelfallprüfung vom mutmaßlichen Einverständnis des Patienten ausgegangen werden. Liegen Anhaltspunkte vor, die beim einwilligungsfähigen Patienten von einer Nichteinwilligung ausgehen, muss auf eine Information des weiterbehandelnden Kollegen verzichtet werden.

Im akuten Krisenfall, in dem aus ärztlicher Sicht eine Einwilligungsfähigkeit nicht gegeben ist, jedoch die Begleitumstände dafür sprechen, dass eine Zuführung zur Krisenintervention unaufschiebbar ist, kann unter Abwägung der Rechtsgüter auch bei ggf. nicht vorliegender Einwilligungsfähigkeit ein Bruch der ärztlichen Schweigepflicht bewusst in Kauf genommen werden, da dann im vorliegenden Fall ein rechtfertigender Grund gegeben ist, der dies im Interesse des Patienten zulässt. Dies wäre beispielsweise dann anzunehmen, wenn der Patient von einer dritten Person begleitet wird, die zusichert, dem Rat des Arztes Folge zu leisten und in dem Zusammenhang auch bittet, die Information weiterzugeben, damit sachgerecht interveniert werden kann. (*Literaturempfehlung siehe Kapitel 7.1*)

7 Individuelle Kooperationsabsprachen sind hilfreich!

Der Praxisalltag bringt es mit sich: Man weiß oft alles, aber es funktioniert nichts. Oft scheitern gut durchdachte Behandlungskonzepte an kleinen, aber realen Hindernissen im Praxisalltag.

Der Ausschuss „Vernetzte Versorgung psychisch Kranker in München“ möchte anregen, dass Hausärzte und Fachärzte, die nachbarschaftlich miteinander kooperieren, zur besseren Versorgung ihrer psychisch kranken Patienten konkrete und individuelle Kooperationsabsprachen treffen. In diesen Kooperationsabsprachen sollte insbesondere geklärt werden, wie die vernetzte Versorgung psychisch Kranker optimiert und Kompetenzen klarer verteilt werden können.

Hierzu wollen wir Ihnen eine Checkliste für konkrete Kooperationsabsprachen vorstellen:

Checkliste für konkrete Kooperationsabsprachen mit Klärung von

- Kommunikationswegen
(Telefonnummer, ggf. Geheim-Nummer, Fax, Handy, E-Mail, direkt zu Arzt, über MFA)
- Terminvereinbarung (durch Patient, durch Hausarzt-Praxis, durch Angehörige
Vorgehen zu Unzeiten und Urlaubszeiten)
- Vorgehen bei Dringlichkeit
- Überweisungsmodus (Klärung Auftrag/Konsil/Mitbehandlung)
- Welche Informationen soll der Hausarzt mitgeben? Relevante Vorbefunde, Vormedikation,
diagnostische Besonderheiten, situativ wichtige Lebensumstände
- Welche Informationen soll der Facharzt an den Hausarzt rückvermitteln?
- Wie geht es nach dem Facharzt-Besuch weiter?
- Wann Facharzt-Bericht und in welcher Form?
- Konzentration auf das Wesentliche, Wiederholungsbriefe
- Wer verschreibt die Medikamente?
- Klärung des weiteren Vorgehens. Wer übernimmt was?
- Wer kontaktiert Angehörige?
- Gemeinsame Sprache (bei Diagnostik, bei Einstufung von Dringlichkeit und
Selbst-/Fremdgefährdung)

8 Wichtige Adressen und Telefonnummern

Anlaufstellen für Psychosomatik/ Psychotherapie

Lehrinstitut für Psychotherapie und Psychoanalyse München (LPM)
Am Mitterfeld 11, 81829 M.,
Tel. 089 42017594
(Ambulanz 1), oder
089 28674867 (Ambulanz 2)

► **Stationäre / teilstationäre Einrichtungen**

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar
Langerstr. 3, 81675 M.,
Tel. 089 4140-4313

Koordinationsstelle Psychotherapie der KV Bayerns
Tel. 01805 809680 (kostenpfl.)

Verein zur Förderung der klinischen Verhaltenstherapie VFKV-Ambulanz
Lindwurmstr. 117, 80337 M.
Tel. 089 8346900

► **Weitere wichtige Anlaufstellen**

APK, Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, ihrer Freunde und Förderer München
Landsberger Str. 135/2, OG,
80339 M.,
Tel. 089 5024673

Max-Planck-Institut für Psychiatrie München
Kraepelinstr. 2, 80804 M.,
Tel. 089 30622-1

Seelische Krisen

Krisendienst Psychiatrie München
Tel. 089 729596-0

Landeshauptstadt München, Sozialreferat Betreuungsstelle
Mathildenstr. 3a, 80336 M.,
Tel. 089 233-26255

Münchner Insel
Marienplatz 1 (UG), 80331 M.,
Tel. 089 220041

Sozialpsychiatrische Dienste: SPD Bogenhausen
Region Nord-Ost, Denningerstr. 225, 81927 M.,
Tel. 089 932003

SPDi München-Giesing
Pilgersheimer Str. 38,
81543 M.,
Tel. 089 652021

SPDi Lain
Westendstr. 245, 80686 M.,
Tel. 089 54702090

SPDi Stadtmitte
Paul-Heyse-Str. 20, 80336 M.,
Tel. 089 233-47234

SPDi München-Nord
Riemerschmidstr. 16,
80933 M.,
Tel. 089 312096-50

SPDi Neuhausen-Nymphenburg
Blutenburgstr. 71/III,
80636 M.,
Tel. 089 126991452

SPDi München-Perlach
Peschelanger 11, 81735 M.,
Tel. 089 671051

SPDi Schwabing
Dachauer Str. 9a, 80335 M.,
Tel. 089 33007130

SPDi München-West
Landsberger Str. 509,
81241 M.,
Tel. 089 837043

Münchner Bündnis gegen Depression
Landshuter Allee 11, 80637 M.,
Tel. 089 54045120

Selbsthilfezentrum München
Westendstr. 68, 80339 M.,
Tel. 089 53295611

Frauen

Frauentherapiezentrum
Güllstr. 3, 80336 M.
Tel. 089 747370-0

Notfälle (tgl. 0-24 Uhr)

Atriumhaus Psychiatisches Krisen- und Behandlungszentrum
Bavariastr. 11, 80336 M.,
Tel. 089 7678-0

Klinikum München-Ost
Vockestr. 72, 85540 Haar
Zentrale Anmeldung
und Aufnahme
Tel. 089 4562-0

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU
Nußbaumstr. 7, 80336 M.,
Tel. 089 5160-5511

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Klinikums rechts der Isar
Ismaningerstr. 22, 81675 M.,
Tel. 089 4140-4241

Kinder und Jugendliche

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie und Psychosomatik der LMU
Nußbaumstr. 5a, 80336 M.,
Tel. 089 5160-5931

Heckscher-Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Deisenhofener Str. 28,
81539 M.,
Tel. 089 9999-0

Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle der LH München
Dachauer Str. 90, 80335 M.,
Tel. 089 233-37854/-37853

Seelische Krisen im Alter

Klinikum München-Ost Gerontopsychiatrie
Vockestr. 72, 85540 Haar,
Tel. 089 4562-0

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU
siehe oben unter „Notfälle“

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar
siehe oben unter „Notfälle“

Sucht

Klinikum München-Ost Kompetenzzentrum Sucht
Vockestr. 72, 85540 Haar,
Tel. 089 4562-0

ZAK – Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen und Krisen am Klinikum Schwabing
Köhler Platz 1, 81539 M.,
Tel. 089 3068-5955

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU
siehe oben unter „Notfälle“

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar
siehe oben unter „Notfälle“

SuchtHotline München
Tel. 19, 80331 M.,
Tel. 089 282822

Drogennotdienst L43
Landwehrstr. 43 Rgb.,
80336 M.,
Tel. 089 54908630

Suizidalität

Die Arche
Suizidprävention und Hilfe in Lebenskrisen
Saarstr. 5, 80797 M.,
Tel. 089 334041

Partnerkonflikt/Trennung/Scheidung

Ehe-, Familien- und Lebensberatung der Erzdiözese München und Freising
Rückelstr. 9, 80336 M.,
Tel. 089 544311-0

Evang. Beratungszentrum (ebz)
Landwehrstr. 15 Rgb., 80336 M.,
Tel. 089 59048-120

Familien-Notruf München
Pestalozzistr. 46, 80469 M.,
Tel. 089 2388566

Migration

Psychologischer Dienst für Ausländer
Landwehrstr. 26, 80336 M.,
Tel. 089 231149-50

Psychologischer Dienst für MigrantenInnen
Arbeiterwohlfahrt (AWO)
Goethestr. 53, 80336 M.,
Tel. 089 544247-53/-62

REFUGIO München
Marienplatz 10, 81541 M.,
Tel. 089 982957-0

Körperliche Erkrankungen

Psychosoziale Krebsberatungsstelle München
Nymphenburgerstr. 21a,
80335 M.,
Tel. 089 548840-21 (-22/-23)

BRK-Kreisverband München
Krebsberatungsstelle
Seitzstr. 8 Rgb., 80538 M.,
Tel. 089 2373276

Frauengesundheitszentrum
Grimmstr. 1, 80336 M.,
Tel. 089 1291195

www.aidshilfe-beratung.de
Tel. 01803319411 (9ct./min.)

Psychosoziale Beratungsstelle der Münchner Aids-Hilfe
Lindwurmstr. 71, 80337 M.,
Tel. 089 54333-0

Wohnungslosigkeit

Übersicht im Internet
www.sbd-betteninfo.de

Bahnhofsmision
Hauptbahnhof Gleis 11,
Bayenstr. 10a, 80335 M.,
Tel. 089 5945-76/-77

Frauenobdach Karla 51
(auch mit Kindern)
Karlsru. 51, 80333 M.,
Tel. 089 549151-0

Städt. Unterkunftsheim für Männer
Pilgersheimer Str. 9-11,
81543 M.,
Tel. 089 625020

Trauer/Todesfälle

Nicolaids Stiftung gemeinnützige GmbH
Adi-Maislinger-Str. 6-8, 81373 M.,
Tel. 089 74363202

Kriminalität/sexuelle Gewalt

Opferberatung der Polizei
Bayerstr. 35-37, 80335 M.,
Tel. 089 29104444

Frauenhaus München
Frauen helfen Frauen
Tel. 089 645169

Frauenhilfe München
Frauenhaus München gGmbH,
Postfach 900446, 81504 M.,
Tel. 089 35483-0/-11

Frauennotruf München
Tel. 089 763737

Zufluchtstelle für Mädchen u. junge Frauen IMMA,
Jahnstr. 38, 80469 M.,
Tel. 089 183609

Katastrophen/traumatisierende Ereignisse

Kriseninterventionsteam KIT-München
Adi-Maislinger-Str. 6-8,
81373 M.,
zu erreichen über Tel. 112

Weitere Notrufnummern

Polizei Tel. 110

Rettingsleitstelle Tel. 112

Giftnotruf Tel. 19240

Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bayern
Tel. 01805 191212

TelefonSeelsorge (evangelisch)
Tel. 0800 1110111

TelefonSeelsorge (katholisch)
Tel. 0800 1110222

Kinderkummertelefon
Tel. 0800 1110333

9 Literaturhinweise

- Arbeitsgemeinschaft f. Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie: Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde; Hogrefe-Verlag; 8. Auflage, 2006
- Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit; Klett-Verlag (1976)
- Benkert, O.; Hippus, H.: Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie; Springer Berlin Heidelberg; 8. Auflage, 2010
- Bronisch T., Sulz S.K.D.: Krisenintervention und Notfall in Psychotherapie und Psychiatrie; CIP-Medien; München (2009).
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M. H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V; Verlag Hans Huber, 6. vollst. Überarbeitete Auflage (2008)
- „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ (gemeinsam herausgegeben von BÄK und KBV, siehe Deutsches Ärzteblatt Jg. 105, Heft 19, 9. Mai 2008)
- Ermann, M.: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Kohlhammer Verlag (2007)
- Freyberger, H., Schneider, W., Stieglitz, R.D.: Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin; Verlag Hans Huber, 12. Auflage (2012)
- Geisler, L.: Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch; pmi-Verlag, vierte erweiterte Auflage 2002
- Härter M, Bermejo I., Niebling W.: Praxismanual Depression. Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen. Dt. Ärzteverlag, Köln (2007)
- Hippus, H.: Psychiatrie; in Zöllner, Häusler, Brandlmeier, Korfmacher: Taschenbücher Allgemeinmedizin; Springer Berlin Heidelberg (1979)
- Kremer, G., Schulz, M.: Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie; Psychiatrie-Verlag Bonn (2012)
- Kreutzkamp, B.: Behandlung von Patienten mit unipolarer Depression; Psychopharmakotherapie (17), 3, 137 – 146 (2010)
- Lenz, A.: Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Verlag Hogrefe (2008)
- Meerwein, F.: Das ärztliche Gespräch – Grundlagen und Anwendungen; Verlag Hans Huber (1974)
- Miller, W., Rollnick, St.: Motivierende Gesprächsführung; Lambertus-Verlag (2004)
- Möller H.-J. et al.: Psychopharmakotherapie: Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart (2000)
- Payk, T.: Psychopathologie - Vom Symptom zur Diagnose; Springer Berlin Heidelberg; 3. Auflage, 2010
- Reimer, C.: Ärztliche Gesprächsführung; Springer Berlin Heidelberg (1993)
- Rupp, M.: Notfall Seele. Thieme Verlag Stuttgart (2010, 3. Auflage)
- Scharmann, S., van Quekelberghe, P.: Psychiatrie; KVM Marburg (2012)
- Schmutz, E.: Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Verlag ISM (2010)
- Uexküll, T.: Psychosomatische Medizin, Studienausgabe; Kohlhammervlag, 6. Ausgabe (2003)
- Wolfersdorf, M.: Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart (2000)
- Zobel, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Verlag Hogrefe (2000)

Empfehlenswerte Leitlinien

S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (2012)
(www.awmf-leitlinien.de)

S3-Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (2012)
(www.awmf-leitlinien.de)

S3-Leitlinie „Behandlung von Angststörungen“ (2014)
(www.dgppn.de oder www.awmf-leitlinien.de)

