

# psyCHiatrie



## FACETTEN DER NOTFALL-PSYCHIATRIE

Notfallpsychiatrie hat einen hohen Stellenwert für Patienten. Sie birgt aber auch eine zentrale Herausforderung: deren Finanzierung.

> Seite 02



## FACTS AND FIGURES

Über 1.5 Mia. Menschen weltweit leiden an einer psychischen Erkrankung. Die BASS-Studie bescheinigt der Schweiz Versorgungslücken in der Notfallpsychiatrie.

> Seite 04



## LITERATURHINWEIS VON ALAIN DI GALLO

«Psychiatrisches Management von Kindern und Jugendlichen auf Notfallstationen»

> Seite 04



## IM EMERGENCY ROOM DER PSYCHIATRIE

# PSYCHIATRIE IM KRISENMODUS



Psychiatrische Notfallsituationen sind komplex und erfordern sofortige Diagnostik und Therapie. Krisen wie die aktuelle Coronaviruspandemie bewirken eine eigene Dynamik in diesem Bereich. Doch die Finanzierung ist in Schieflage – was eine politische und gesellschaftliche Diskussion über die Notfallpsychiatrie verlangt.

**Was ist für Sie beide, als Präsident der SGPP und Co-Präsident der SGKJPP, das Besondere an der Notfallpsychiatrie?**

**Alain Di Gallo:** Bei einem psychiatrischen Notfall geht es darum, die akute Gefährdung zu beurteilen und zu de-eskalieren. Da wir wissen, dass Kinder häufig Symptomträger systemischer Probleme sind, arbeiten wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oft im interprofessionellen Setting und beziehen das Umfeld immer mit ein.

**Pierre Vallon:** Lange Zeit waren psychiatrische Notfälle fast immer mit Zwang verbunden und mit geschlossenen Abteilungen assoziiert. Psychiater haben die Menschen jeweils prophylaktisch von den Mitmenschen getrennt. Mit dem Wandel hin zu offenen Psychiatrien und der Sozialpsychiatrie fand auch in dem Bereich ein Paradigmenwechsel statt. Wo früher Patienten mitmachen mussten, wirken sie heute mit. Wir als Psychiater agieren eher mehr mit Präsenz und weniger mit Medikamenten. Eine Notfallequipe stellt sich heute anderen Anforderungen und ist inzwischen interprofessionell besetzt. Psychiatrische Notfälle werden aber nach wie vor für Patienten, Angehörige und Behandelnde als einschneidende Ausnahmesituationen erlebt.

**Die Coronavirus-Pandemie ist eine der grössten Ausnahmesituation unserer Zeit. Welche Effekte hat diese auf die psychiatrischen Notfallbereiche?**

**Alain Di Gallo:** Rückblickend zeigt sich, dass wir vor allem mit der Umsetzung der Sicherheitskonzepte und den Vorbereitungen auf die mögliche stationäre Behandlung von psychiatrisch kranken Coronainfizierten zu tun hatten. Ein Patientenansturm ist zum Glück ausgeblieben. Im Gegenteil: Vorübergehend ging die Inanspruchnahme, besonders in der Ambulanz, zurück. Inzwischen hat sich die Situation normalisiert. Es gab bei uns während der akuten Krise nicht mehr Notfälle. Das darf uns aber nicht vor-

eilig beruhigen. Die letzten Monate waren für alle Menschen mit enormen psychosozialen Belastungen verbunden, was wir in unserer Arbeit noch zu spüren bekommen.

**Pierre Vallon:** In der Erwachsenenpsychiatrie waren die am schwersten beeinträchtigten Patienten oft erstaunlich stabil und mitwirkend. Es war für sie scheinbar ausgleichend, dass es in der ganzen Bevölkerung nun Angstsymptome gab. Auf der Welt gab es ja plötzlich keinen sicheren Ort mehr. Am schwierigsten war die Situation für die Einwohner der Alters- und Pflegeheime sowie die Schwerkranken, aber auch für ihre Familien die von ihnen getrennt wurden. Manche sind ohne die Anwesenheit ihrer Angehörigen gestorben. In diesen Fällen wird die Trauer schwer zu verarbeiten sein.

**Unterschied sich das Patientengut während der Pandemiewelle zum üblichen Notfallpatienten?**

**Pierre Vallon:** Wir Psychiater waren mehr mit generellen Ängsten als mit spezifischen psychiatrischen Notfällen beschäftigt. Allerdings wurden die eingerichteten Hotlines bspw. in der Waadt oder in Basel kaum genutzt. Ängste werden ja eher von den Patientinnen und Patienten verborgen.

**Alain Di Gallo:** Ich hatte den Eindruck, dass das enge «Aufeinandersein» und der fehlende Ausgleich durch Freizeit, Schule und Job in einigen Familien zu Eskalationen führte. Doch ich bin vorsichtig, aus diesen Beobachtungen gleich auf eine signifikante Zunahme zu schliessen. Die mit Schulangst oder Schulstress verbundenen Notfallsituationen gingen deutlich zurück. Die Probleme waren aber eher aufgeschoben als aufgehoben. Die vermehrten Anmeldungen im Juni bestätigen dies inzwischen.

**Wie hat der FMPP-Vorstand auf die Pandemie reagiert?**

**Alain Di Gallo:** Wir bildeten unverzüglich eine Taskforce, die aus wenigen Personen bestand, um agil und schnell handeln zu können. Ausgehend von den aktuellen politischen Vorgaben und Empfehlungen war das Ziel der Taskforce, die Mitglieder zeitnah und kontinuierlich über alle, unsere Arbeit betreffenden Themen zu informieren. Im Zentrum standen zwei Dinge: Die Sicherheit der Patienten und Therapeuten sowie die praktischen, fachlichen und ökonomischen Aspekte unseres Arbeitsalltags.

**Pierre Vallon:** Wir kümmern uns darum, was wir als Psychiater noch machen dürfen oder nicht und wie unsere Behandlungen bezahlt werden? Es war für uns Psychiater wichtig, die Botschaft zu vermitteln, dass unsere Praxen offenbleiben, um Präsenzbehandlungen oder Telemedizin anzubieten. Die Pandemie hat die Telemedizin enorm vorangetrieben, sogar ältere Psychiater wie ich zoomen nun ohne Probleme.

**Gibt es wegen der Pandemie einen Anstieg an notfallpsychiatrischen Patienten?**

**Alain Di Gallo:** Studien von früheren Pandemien oder Krisen belegen, dass Depressionen, Suizidraten und häusliche Gewalt zunehmen. Die aktuelle Unsicherheit in Bezug auf den Verlauf der Virusverbreitung sowie die düsteren wirtschaftlichen Prognosen stellen existentielle Belastungen für alle dar.

**Pierre Vallon:** Die Diskussionen tangieren unsere Menschenwürde, dazu stellen wir uns generelle Fragen zum Leben. Hinzu kommen die kursierenden Verschwörungstheorien. Wir Psychiater verfolgen daher sehr aufmerksam, was nun passiert – insbesondere auch, ob Notfälle zunehmen.

**Viele Psychiaterinnen und Psychiater bemängeln die Finanzierung der Notfallpsychiatrie?**

**Alain Di Gallo:** Die Notfallpsychiatrie ist personalintensiv und wird auch wegen der Vorhalteleistungen teuer. Je nach Notfallsituation braucht ein Patient in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine systemische Intervention, welche die durch den TARMED abgeholzten Leistungen überschreitet. Der ambulante Tarif ist für die Notfälle nicht kostendeckend, was dazu führt, dass einige Kantone die institutionelle Notfallbehandlung über gemeinwirtschaftliche Leistungen mitfinanzieren. Diese Leistungen geraten aber politisch zunehmend unter Druck.

**... und der neue Tarif?**

**Pierre Vallon:** Im neuen Tarif wird die Psychiatrie besser abgegolten, die Zeitlimitationen bleiben aber. Ich glaube, dass die einheitliche Finanzierung im ambulanten und stationären Sektor (EFAS) eine Lösung bringen könnte. Im Übrigen kostet die Notfallpsychiatrie im Vergleich mit der Somatik nicht mehr.

**Alain Di Gallo:** Auch der TARDOC wird, meiner Ansicht nach, nicht dazu führen, dass kinder- und jugendpsychiatrische Ambulatorien ihre Notfallversorgung kostendeckend anbieten können.

## VORWORT DES PRÄSIDENTEN

### Der psychiatrische Notfalldienst

Die Antwort auf einen medizinischen Notfall kann je nach medizinischer Disziplin sehr unterschiedlich ausfallen. Nehmen wir das klassische Beispiel eines chirurgischen Notfalls: das akute Abdomen. Dieses oft dramatische Krankheitsbild erfordert eine dringende klinische Untersuchung und den Einsatz technischer Mittel (Ultraschall, Röntgen, MRI), um eine Diagnose und die Indikation zur Behandlung zu stellen. Oft ist der notfallmässige chirurgische Eingriff die angemessenste Reaktion. Gibt es einen Unterschied zwischen dem Team, das für diese Notfalloperation zuständig ist, und dem Team, das einen geplanten Eingriff durchführen muss? Mit Ausnahme der Situation, in der ein Patient bei einem Unfall polytraumatisiert wurde, wird sich die Zusammensetzung des Operationsteams in beiden Fällen nicht gross unterscheiden.

In der Psychiatrie benötigt man im Notfall keine ausgeklügelten technischen Mittel. Hingegen erfordert der psychiatrische Notfall deutlich mehr Zeit als eine übliche Therapie-sitzung sowie in gewissen Fällen auch mehr medizinisches Personal. Wenn der Patient erregt, selbst- oder fremdgefährdend ist, muss nicht selten auch die Polizei hinzugerufen werden. Unabhängig davon, ob zu Hause oder im Krankenhaus durchgeführt, ist ein psychiatrischer Notfalleinsatz deutlich teurer als eine übliche ambulante oder stationäre Behandlung. Die zu Recht erfolgte gesetzliche Stärkung der Patientenrechte, der Kinder und der Erwachsenen, erhöht ebenfalls den Zeitaufwand der psychiatrischen Notfälle.

Für den psychiatrischen Notfalldienst braucht es mehr Ressourcen. Muss eine Psychiaterin oder ein Psychiater im Notfalldienst einen Patienten zu Hause alleine aufsuchen, so geschieht das oft mit einem mulmigen Gefühl; es kann unangenehm und sogar gefährlich sein. Ein multidisziplinäres Team von zwei bis drei Personen, möglicherweise mit polizeilicher Unterstützung, wäre die geeignete Lösung dieses Problems. Aber wie sollen diese zusätzlichen Mittel finanziert werden? Im ambulanten Tarif kann die Notfallintervention über die Position der Krisenintervention in Rechnung gestellt werden. Wie wird der Dienst eines aufsuchenden Teams finanziert werden? Das sind die Fragen, mit denen wir uns in Zukunft auseinandersetzen müssen, um den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden.



Ihr Pierre Vallon, Präsident FMPP und Präsident SGPP

### Übersicht Psychiatrische Notfälle

Die häufigsten psychiatrischen Notfälle umfassen Intoxikationen, Erregungszustände und Suizidalität mit Eigen- oder Fremdgefährdung.

#### Absolute Notfallindikationen

- Erfolgreicher Suizidversuch
- Konkrete Suizidpläne oder -vorbereitungen
- Hochgradiger Erregungszustand
- Aggressivität / Gewalttätigkeit
- Konkrete Fremdtötungsabsichten
- Schwere Intoxikation
- Delir

#### Relative Notfallindikationen

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



## FACETTEN DER NOTFALLPSYCHIATRIE UND IHRE HERAUSFORDERUNGEN

WENN AUCH BEREITS DIE DEFINITION EINES PSYCHIATRISCHEN NOTFALLS SCHWIERIG IST, SO HAT DIE NOTFALLPSYCHIATRIE EINEN HOHEN STELLENWERT FÜR DIE ERKRANKUNGS-BIOGRAFIE VON PATIENTEN UND FÜR DIE AMBULANTE UND STATIONÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG.

### «GUT AUSGEBILDETE NOTFALLPSYCHIATER TREFFEN SORGFÄLTIGE FU-ENTSCHEIDE»

Hanna Steinmann leitet im ZGPP-Vorstand die Neuorganisation des kantonalen psychiatrischen Notfalldienstes in Zürich. Sie wünscht sich mehr Anonymität und Pikettenschädigungen.

### Noch vor Jahren gab es keinen flächendeckenden psychiatrischen Notfalldienst im Kanton Zürich. Wie ist der ambulante psychiatrische Notfalldienst dort heute organisiert?

Im Kanton Zürich gibt es für psychiatrische Notfälle einen zentralen Pikett-Praxisdienst, der von Montag bis Samstag bis 21 Uhr und am Sonntag bis 18 Uhr verfügbar ist. Zudem gibt es rund um die Uhr einen aufsuchenden Dienst, den die niedergelassenen Psychiater gemeinsam mit den SOS-Ärzten leisten. Im Kanton Zürich sind alle Ärzte bis zur Praxisaufgabe dienstpflichtig. Sonst sind Ersatzabgaben in der Höhe von 2.5% des AHV-pflichtigen Einkommens oder maximal 5000 CHF zu bezahlen.

### Was sind die Hauptaufgaben im ambulanten psychiatrischen Notfalldienst?

Typische Notfälle umfassen Erregungszustände, Psychosen, Suizidalität, schwere Belastungsstörungen und psychosoziale Krisen. Im aufsuchenden Dienst geht es meist um die Abklärung, ob es eine fürsorgliche Unterbringung (FU) braucht oder nicht. In 50% der Fälle kommt es dazu. Im Praxisdienst kann es auch um telefonische Beratungen gehen. Gerade in diesen seltsamen «Coronazeiten» ist dieser Dienst sehr hilfreich.

### Wieso braucht es Notfallpsychiater?

Nur gut ausgebildete Notfallpsychiater können sorgfältige FU-Entscheidungen treffen. Bei den anderen Notfällen bieten wir mit unserem fachärztlichen Wissen eine fundiertere Unterstützung an. In der Notfallpsychiatrie ist es wichtig, die Situation rasch zu erfassen und dann überlegt aber zügig zu handeln. Es braucht Mut, auch einmal direktiv und bestimmend zu sein.

### Mit Blick auf Ihre Erfahrungen, wo liegen Herausforderungen?

Zu Beginn meiner Notfalldienstzeit fand ich die Vorstellung beklemmend, nachts im Langstrassenquartier allein in die Wohnung einer wildfremden Person zu gehen. Inzwischen habe ich diese Angst verloren, denn ich nehme in unklaren Situationen die Polizei mit. Ich finde es heute eine sehr abwechslungsreiche und sinnvolle Arbeit. Und doch hat es schwierige Elemente: So ist es keine einfache Entscheidung, einen Menschen gegen seinen Willen einzuweisen. Manche haben Mühe damit, manche fürchten auch die Rache eines unfreiwillig hospitalisierten Patienten. Hier wäre es sehr hilfreich, wenn wir «anonymer» auftreten könnten und unsere Praxisadresse weder auf dem FU-Formular noch auf der Rechnung preisgeben müssten. Ich bin heute überzeugt, dass Psychiater, die freiwillig und häufig Dienst leisten, bessere FU-Entscheidungen fällen, weil sie geübter sind. Der Erwerbsausfall ist aber ein Problem, denn wir leisten Dienst im Namen des Staats und tragen die Kosten selber. Um einen 24h-Notfalldienst mit Freiwilligen aufzubauen, muss er rentieren, wofür es aber zu wenig Notfälle hat. Eine Pikettenschädigung wäre hier zu diskutieren.



Die in Schweden geborene und in der Schweiz aufgewachsene **Hanna Steinmann** ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit eigener Praxis. Seit 2015 ist sie im Vorstand der ZGPP.

### SPEZIALISIERTE NOTFALLMEDIZIN LOHNT SICH

In der Schweiz stösst die kinder- und jugendpsychiatrische Notfallversorgung an ihre Grenzen. St. Gallen sucht mit einem Krisenteam und dem Ausbau des Notfallpiketts neue Wege.

Krisenintervention ist ein wichtiges Element in der psychiatrischen Versorgung. Der Bedarf dafür steigt exponentiell. Dies drängt die Verantwortlichen, ihre Angebote anzupassen – so auch den Kanton St. Gallen. Die Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste, Suzanne Erb, hat dort – inspiriert durch das entsprechende Angebot in Zürich – die Idee einer spezialisierten Notfallequipe mitentwickelt. «Während wir über viele Jahre Notfälle im Rahmen der regulären Sprechstundentätigkeit mitbehandelten, ist dies mit rund 500 Kriseninterventionen jährlich nicht mehr zu schaffen», erklärt sie. Die Gründe für den Systemwechsel seien vielschichtig, so Erb: «Unsere ambulanten Bereiche sind überlastet, wofür die Ökonomisierung mitverantwortlich ist, wie auch der Mangel an Niedergelassenen sowie der Anstieg der Patientenzahlen.» Alleine die KJPD in St. Gallen verzeichneten eine Zunahme der Fälle von 2000 im Jahr 2008 auf 3200 im Jahr 2018.

### Kriseninterventionen binden Ressourcen

Bei kinder- und jugendpsychiatrischen Notfällen geht es meist um die Frage nach Selbst- oder Fremdgefährdung, eine Exazerbation unter Behandlung oder auch eine Dekompensation eines Patienten. Als Kinder- und Jugendpsychiaterin beurteile sie die Situation, stelle eine Diagnose, schätze die Gefährdung ein, leite Behandlungs- oder Schutzmassnahmen ein und weise bei Bedarf Patienten auch stationär ein, erklärt Erb. «Eine Krisenintervention in dieser Altersgruppe beinhaltet den Einbezug der Eltern oder des Umfelds und dauert bis zu sechs Stunden». So liegt es auf der Hand, dass Notfälle, die in bereits volle Sprechstunden eingeschoben werden, Auswirkungen auf andere Patienten haben. Alle Termine verzögern sich. «Das irritiert andere Patienten mit negativen Folgen», betont Erb. Auch die Fachpersonen leiden darunter: «Wenn wir gleichzeitig wartende Patienten haben, können wir uns dem Notfall nicht gleich widmen.» Im erstmaligen Kontakt ist aber das Erleben der Patienten entscheidend: «Je sorgfältiger eine Krisenintervention gemanagt wird, desto effektvoller ist sie für die Prognose des Patienten.»

### Notfallequipe und Ausbau des Pikettendienstes

«Wenn wir das richtig machen, spart die spezialisierte Notfallbehandlung Ressourcen und hat einen grossen Nutzen», sagt Erb. Nun hat St. Gallen das Problem angepackt: Nachdem das Gesundheitsdepartement die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung evaluierte, zeigte sich, dass in der Notfall- und Krisenversorgung Lücken bestehen. «Wir haben deshalb vorgeschlagen, ein spezialisiertes Krisen- und Notfallteam zu bilden», erklärt Suzanne Erb. Nun schafft die Regierung zusätzliche Stellenprozent für ein dreiköpfiges Präsenzteam während der Öffnungszeiten. Zudem soll der bereits bestehende Pikettendienst für Notfälle ausserhalb der Öffnungszeiten ausgebaut werden. So wird der hausärztliche Notfalldienst unterstützt und rund um die Uhr eine Notfallabklärung durch kinder- und jugendpsychiatrische Fachpersonen garantiert.



**Suzanne Erb** ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und leitet seit 2012 als Chefärztin die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen.



### EINE MEDIZINISCHE, ETHISCHE, RECHTLICHE UND POLITISCHE HERAUSFORDERUNG

Wie in jeder medizinischen Disziplin, so stellt auch in der Psychiatrie ein Notfall eine Herausforderung dar, vor allem wenn eine fürsorgliche Unterbringung (FU) erwogen wird.

Bei einer FU sind zwei Ebenen zu unterscheiden: Die Rolle des (Notfall-)Psychiaters, speziell mit Blick auf die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung, sowie die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen, in die das ärztliche Handeln eingebettet ist.

### Rolle und Selbstverständnis

Ziel jeder psychiatrischen Behandlung ist es, die Autonomie der Patienten zu stärken. Mit dem eklatanten Widerspruch, diese Maxime zu verletzen und dennoch in bestimmten Situationen eine markante Einschränkung der Autonomie, eine FU, anzuordnen, muss jede ärztliche Fachperson umgehen lernen. Der psychiatrische Notfalleinsatz erfordert daher neben der raschen Erfassung komplexer Situationen, einer zuverlässigen Diagnostik und konkreten Therapievorschlägen stets auch die Reflexion ethischer Fragen (Überwiegt der Nutzen meiner Anordnung das mögliche Risiko?) sowie des beruflichen Selbstverständnisses (Gibt es eine therapeutische Beziehung trotz FU? Wo verläuft die Grenze zwischen ärztlichen und polizeilichen Aufgaben? Wie stehe ich zu hoheitlichen Aufgaben der Psychiatrie, etwa der FU?).

### Rahmenbedingungen

Das 2013 in Kraft getretene Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) brachte ohne Frage eine Vereinheitlichung, erhöhte Transparenz und Stärkung der Rechtssicherheit. Doch machen die kantonalen Einführungsgesetze

markant unterschiedliche Vorgaben zur konkreten Umsetzung: FU-Kompetenz bei allen praxisberechtigten Ärzten oder nur bei Fachärzten? Maximaldauer einer ärztlich angeordneten FU (je nach Kanton liegt diese zwischen wenigen Tagen und 6 Wochen)?

Oft wird die Bedeutung des gesellschaftlichen Diskurses über «medizinische Massnahmen ohne Zustimmung» unterschätzt. Er ist aber dringend nötig: Die Schweiz weist, trotz ihres leistungsfähigen Gesundheitswesens, eine vergleichsweise hohe FU-Rate aus. Robuste Daten, die eine landesweite Analyse und interkantonale Vergleiche ermöglichen würden, liegen nur begrenzt vor. Entsprechend steht auch die systematische empirische Forschung zur FU in den Anfängen.

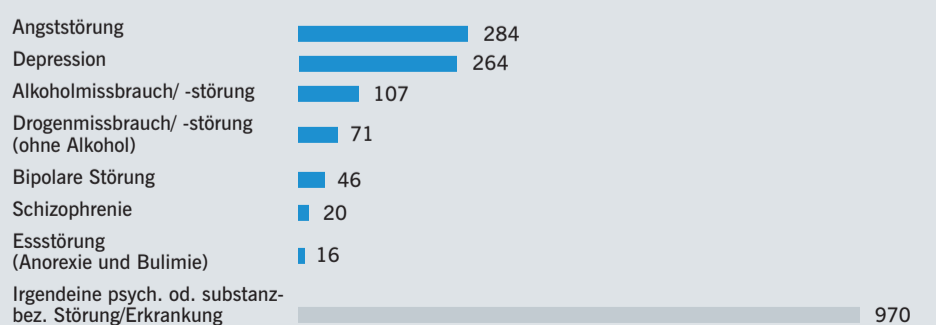
Um Missverständnissen vorzubeugen: Die durch das KESR erzielten Fortschritte sind sehr begrüssenswert. Sie entbinden Psychiatrie und Gesellschaft aber nicht von der Verpflichtung, das Feld der Zwangsmassnahmen – diese sind die Achillesferse der Psychiatrie! – kontinuierlich kritisch zu hinterfragen und durch das Handeln im Einzelfall, durch innovative Forschung und durch geeignete rechtlich-politische Rahmenbedingungen Verbesserungen zu erzielen.



**Paul Hoff** ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und stellvertretender Klinikdirektor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

## WELTWEITE TRENDS

Weltweite Anzahl an Betroffenen ausgewählter psychischer Erkrankungen und Substanzmissbrauch im Jahr 2017 (in Millionen)



© Statista 2020

## «DIE SPRECHENDE MEDIZIN BESSERSTELLEN!»

Die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie vernetzt Psychiatrie und Somatik und zielt auf somatopsychische sowie psychosomatische Zusammenhänge. Sebastian Euler zufolge liegt auch hier eine grosse Herausforderung in Finanzierungsfragen.

### Was sind die Hauptaufgaben der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie?

Unser Fachbereich bildet die zentrale Schnittstelle zwischen Psychiatrie und psychosozialer Medizin einerseits und der somatischen Medizin andererseits. Das Behandlungsspektrum ist vielfältig, so behandeln wir Patienten mit einem postoperativen Delir, andere mit einer posttraumatischen Belastungsstörung nach einer schweren Verbrennung, Menschen nach Suizidversuchen oder unterstützen onkologische und kardiologische Patienten in der Krankheitsverarbeitung. Besonders wichtig ist in der Konsiliarpsychiatrie auch der Einbezug von Angehörigen. Unsere Fachpersonen arbeiten im Liaisondienst zudem in integrierten somatischen Behandlungsteams mit. Zusätzlich bilden wir diese in psychiatrischen und psychosomatischen Fragestellungen weiter.

### Wie sind Sie organisiert?

Die Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik mit etwa 100 Mitarbeitern ist eine der über 40 Kliniken des USZ und universitär mit einem Ordinariat eingebettet. Im engeren Bereich des Konsiliar- und Liaisondienstes arbeiten zirka 30 ärztlich-psychologische Fachexperten. Dabei ist rund um die Uhr ein Jourarzt für Notfälle erreichbar. Fachärzte stehen in einem 24/7-Dienst vor Ort bzw. im Hintergrund zur Verfügung.

### Welche Notfälle kommen zu Ihnen?

Wir betreuen zum einen psychiatrische Notfälle auf den Bettenstationen des USZ. Zum anderen werden uns vom Institut für Notfallmedizin Patienten direkt zugewiesen. Wir behandeln in der Notfallstation Patienten mit Suizidabsichten oder nach Suizidversuch, aber auch Patienten in einem hochgradigen Erregungszustand. Zudem werden wir auch bei stationär hospitalisierten psychiatrischen Notfällen konsiliarisch hinzugezogen, beispielsweise bei schwer deliranten Patienten, die mitunter sehr unruhig und reizbar sein können. Da unsere Klinik keine eigenen Bettenstationen hat, weisen wir Patienten im Bedarfsfall in die psychiatrischen Kliniken der Umgebung ein, mit denen eine gute Zusammenarbeit besteht.

### Welche Kompetenzen brauchen Sie als Psychiater für diese Aufgabe?

Unsere fachlichen Kompetenzen umfassen somatopsychische und psychosomatische Zusammenhänge sowie deren Wechselwirkung. Zudem braucht es u.a. Wissen über Pharmakotherapie und pharmakologische Interaktionen, aber auch psychotherapeutische Kompetenzen. Ferner sind wir mit der Behandlung und dem Vokabular in der Akutpsychiatrie gut vertraut. Dies ergänzen persönliche Skills, wie Kommunikations- und Koordinationsfähigkeiten, Flexibilität und Prioritätensetzung sowie eine gute Form der Auftragsklärung.

### Wenn Sie die Entwicklungen in diesem Bereich anschauen, wo braucht es Verbesserungen?

Die grösste Herausforderung liegt wie in vielen Bereichen in Finanzierungsfragen. Gerade unsere Arbeit bringt nicht immer unmittelbar messbare finanzielle Effekte, so haben wir einen wachsenden Legitimationsdruck. Der Finanzdruck lastet aber auch auf den somatischen Kliniken, die sich im Rahmen der Pauschalabgeltungen überlegen müssen, wen sie wann beziehen. Eine klare Forderung an Politik und Behörden ist daher seit langem: die sprechende Medizin muss bessergestellt werden.



## VOM CARE-TEAM GRÜNDER ZUM SPEZIALISIERTEN PSYCHOTRAUMATOLOGEN

Der wesentliche Unterschied zur Notfallpsychiatrie ist, dass es bei der Care-Team-Arbeit um gesunde Menschen geht. Der Psychotraumatologe Robert M. McShine hat eines der ersten Schweizer Care Teams für den Zürcher Flughafen aufgebaut.

### Welche Rolle hat ein Psychiater in einem Care Team?

Care-Teams übernehmen die psychosoziale erste Hilfe bei Menschen nach belastenden Ereignissen, wie zum Beispiel bei schweren Unfällen, dem plötzlichen Verlust eines Angehörigen, bei Gewalttaten oder Naturkatastrophen. Unsere Arbeit ist zwar ähnlich, aber wir Psychiater arbeiten im Care Team nicht als Psychiater, sondern als «Care-Geber». Betroffene Menschen leiden ja nicht an einer psychiatrischen Erkrankung, sondern waren bis zum Ereignis in der Regel psychisch unauffällig.

### Wer arbeitet sonst in solchen Teams?

Meistens sind dies Psychologen oder Seelsorger, aber auch Laien. Care-Teams werden in der Schweiz in der Regel von Fachpsychologen geleitet. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass es für die Zertifizierung eines Care-Teams eine psychologische oder medizinische Fachperson mit einer Zusatzweiterbildung in psychologischer Nothilfe braucht.

### Wie kamen Sie dazu?

Ende der Neunziger Jahre wurde mein damaliger Arbeitgeber, das Psychiatriezentrum Hard in Embrach vom Zürcher Flughafen angefragt, ob wir Interesse hätten, ein Care-Team für sie aufzubauen. Ausschlaggebend war damals, dass die internationale Luftfahrtorganisation im Nachgang verschiedener Flugzeugunglücke von den Flughafenbetreibern solche Care-Teams verlangte. Ich übernahm die Aufgabe und bildete mit Psychiatern, Psychologen, Seelsorgern und Pflegefachleuten das erste Care-Team des Flughafens. Wir waren dann auch bei Abstürzen der Crossair in Bassersdorf und Nassenwil und der Swissair in Halifax im Einsatz.

### Inzwischen ist die Fliegerei sicherer ...

Genau, so übernahm das Care-Team mehr und mehr Einsätze ausserhalb des Flughafens, unter anderem für den Kanton Zürich. Heute wird die psychosoziale erste Hilfe im Kanton zu einem grossen Teil von der Notfallseelsorge Kanton Zürich (NFSZH) getragen, das auch die Polizei beim Überbringen von Todesnachrichten unterstützt. Auch gibt es inzwischen private Organisationen wie Care Link.

### Was also machen Sie heute?

Nachdem ich das Projekt leitete, habe ich mich im Bereich der Psychotraumatologie spezialisiert. Dies ist ein relevanter Fachbereich, denn wir sehen, dass ca. 60% aller Männer und ca. 50% aller Frauen im Laufe ihres Lebens mindestens einmal mit einem Trauma konfrontiert sind, das die Stressorenkriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt.

## PSYCHIATRISCHE NOTFALLVERSORGUNG MUSS ETWAS WERT SEIN

Notfallpsychiatrie ist Teil des psychiatrischen Diagnose- und Behandlungsspektrums. Trotz des hohen Nutzens, ist deren Finanzierung nicht kostendeckend. Deshalb ist die Politik gefordert.

Die Notfallpsychiatrie der «Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD)» ist Teil des multidisziplinären, universitären Notfallzentrums am Inselspital. «In der Stadt Bern gibt es einen Notfalldienst der Niedergelassenen, doch wir stellen den einzigen psychiatrischen Notfall für Stadt und Agglomeration, den zusätzlich noch viele Menschen ausserhalb des Versorgungsgebietes nutzen», sagt Sebastian Walther, Chefarzt an den UPD. Vorort hat die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie zwei Stationen mit gesamt 36 Betten – im Kriseninterventionszentrum auf dem Campus des Inselspitals. «Die Hälfte der Patienten, die auf den Notfall kommen, braucht eine stationäre Behandlung, für die anderen organisieren wir eine ambulante Weiterbehandlung», ergänzt er.

### Breites Spektrum an psychiatrischen Notfällen

Walther zufolge kommen in den psychiatrischen Notfall Patienten aller Altersgruppen und mit allen Problemen, die man sich nur vorstellen kann: «Wir sehen vom Paarkonflikt bis zum Suizidversuch alles, also das gesamte Spektrum». So gebe es verschiedene Cluster: «Zum einen sehen wir Patienten, die sich selbst gefährden und vom Umfeld gebracht werden.» Dann gebe es die, die in ihrer psychischen Krise andere gefährden, fährt er fort: «Diese sind meist uneinsichtig, aggressiv und werden von der Polizei gebracht». Eine weitere Gruppe leidet an akuten Belastungsstörungen und kommt selbständig in den Notfall. «Es gibt auch die Gruppe chronisch Kranker, die bei einer Verschlechterung akut Hilfe suchen», sagt er. Zudem kommen Menschen mit einem neu aufgetretenen Problem, das sie nicht ohne professionelle Anleitung lösen können, wie z.B. einer Angststörung. «Eher selten geht es um eine fürsorgliche Unterbringung», ergänzt er. «Die meisten Patienten suchen selber Schutz und Hilfe.» Notfallpsychiater müssen rasch entscheiden, was die beste Behandlung für diesen individuellen Patienten in dieser Situation ist. Die Ansprüche der Umgebung sind dabei oft kontrovers. Walther hält fest: «Wir werden oft kritisiert, egal ob wir jemanden zwangseinweisen oder nach Hause schicken.»

### Psychiatrische Notfallversorgung ist nicht kostendeckend

Eine Herausforderung ist laut Sebastian Walther die zunehmende Patientenzahl auf dem Notfall: «Wir beobachten über die letzten Jahre Steigerungen von 20% pro Jahr.» Nach dem Grund gefragt, antwortet er: «Zum einen ist die Akzeptanz psychiatrischer Behandlungen gestiegen, aber vielen sind die Wartezeiten auf Termine bei Psychiatern zu lange». Auch wurden Notfallangebote gestrichen. «Psychiatrische Notfallversorgung ist heute also vor allem eine Vorhalteleistung der Institutionen», sagt er. Ein grosses Ärgernis ist für den Psychiater die Finanzierung: «Wenn wir einen Patienten aus dem Notfall nach Münsingen einweisen, müssen wir die Transportkosten übernehmen, was mit 800 CHF mehr ist, als wir für die gesamte Notfallbehandlung von der Krankenkasse erhalten.» Der heutige Tarif sei nicht auf den Betrieb einer Rund-um-die-Uhr-Notfallstation ausgerichtet. Er deckt Vorhalteleistungen nicht ab, erklärt er: «Den niedergelassenen Kollegen, die Notfalldienst machen, geht es auch so.» Psychiatrische Notfallbehandlungen sind wichtig und unumgänglich, aber sie bringen Kosten und Erträge der Institutionen in Schieflage. Er fordert deshalb: «Uns allen und insbesondere der Politik muss die psychiatrische Notfallversorgung etwas wert sein!».

## WEITERBILDUNG

### NOTFALLPSYCHIATRIE ALS ELEMENT DER FACHARZTWEITERBILDUNG

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden in der Weiterbildung in Notfallpsychiatrie ausgebildet.

Das Fach Psychiatrie und Psychotherapie befasst sich mit der Diagnostik, der Therapie und der Prävention sowie der wissenschaftlichen Erforschung psychischer, psychosomatischer, psychosozialer Störungen und Erkrankungen, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zudem mit den entwicklungsbedingten Störungen im Kindes- und Jugendalter. In fachärztlichen Weiterbildungsprogrammen werden die Rahmenbedingungen für die Erlangung dieser Qualifikationen festgelegt. Die Notfallpsychiatrie nimmt eine wesentliche Stellung ein.

### Praktika in Weiterbildungsstätten mit Notfall

Die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie dauert sechs Jahre, von denen mindestens ein Jahr in einer Akutstation einer stationären Psychiatrie der Kategorie A und mindestens ein Jahr in einem psychiatrischen Ambulatorium der Kategorie A absolviert werden müssen. Fachärzte in der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut absolvieren ebenfalls sechs Jahre mit den gleichen Anforderungen. Weiterbildungsstätten der Kategorie A müssen über eine Akutabteilung oder ein Ambulatorium mit notfallpsychiatrischen Interventionen und Akutbehandlungen verfügen.

### Lernziele für Notfallpsychiatrie festgelegt

Die Lernziele der fachärztlichen Weiterbildung sind im Lernzielkatalog verankert. Die Weiterbildung berücksichtigt theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten gleichgewichtig. So wird theoretisches Wissen über die Diagnose und Behandlung eines psychiatrischen Notfalls, über das Erkennen von und den Umgang mit suizidalem Verhalten sowie über Konzepte der Krisenintervention eingefordert. Ebenso benötigt es praktische Fertigkeiten: Fachärzte müssen Grundlagen der Sofortmassnahmen bei somatischen und psychiatrischen Notfällen kennen, diese diagnostizieren und behandeln können, Konzepte und Organisation der Krisenintervention anwenden und eine fürsorgliche Unterbringung (FU) einleiten können.

### Evaluation dieser Lernziele

In den regelmässig stattfindenden Supervisionen der integriert psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (IPPB), sowie durch die viermal pro Jahr stattfindenden Mini CEX (Arbeitsplatzbasiertes Assessment mit strukturiertem Feedback) werden diese Lernziele evaluiert und überprüft.

### Julius Kurmann, Präsident SKWF

Weitere Informationen: [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch)

Zum Management psychiatrischer Notfälle sollten Psychiater über folgende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen (Pajonk & D'Amelio, 2008):

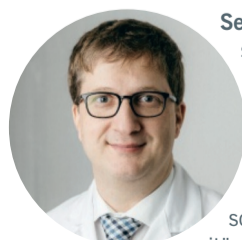
- Sicherheit in psychodiagnostischen Standards und psychopathologischer Diagnostik
- ausreichende somatomedizinische Kenntnisse
- Kenntnisse in verbaler Krisenintervention
- Sicherheit im Umgang mit Notfallmedikamenten
- Kenntnisse der wichtigsten juristischen Rahmenbedingungen
- eingespielte und geübte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



Sebastian Euler ist Leiter der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik am UniversitätsSpital Zürich (USZ).



Robert M. McShine ist heute Chefarzt für Spezial- und ambulante Angebote der Erwachsenenpsychiatrie der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (IPW).



Sebastian Walther ist stellvertretender Direktor und Chefarzt der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bern. Er leitet den psychiatrischen Notfall am Universitären Notfallzentrum und das Kriseninterventionszentrum.



## FINANZIERUNGSASPEKTE DER NOTFALLPSYCHIATRIE

EINE HOCHSTEHENDE PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHE NOTFALLVERSORGUNG KANN NUR BEI ADÄQUATER FINANZIERUNG GEWÄHRLEISTET WERDEN. DIE HERAUSFORDERUNGEN UNTERSCHIEDEN SICH, JE NACHDEM OB DIE NOTFALLELEISTUNGEN NIEDERGELASSENE ERBRINGEN ODER DIE INSTITUTIONELLE PSYCHIATRIE.

### Ambulanter psychiatrischer Notfalldienst

Aufgrund der im Medizinalberufegesetz (MedBG) gesetzlich definierten Verpflichtung zum Notfalldienst der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte müssen die entsprechenden Notfallpositionen im eidgenössisch gültigen, ambulanten Tarif TARMED abgebildet sein. Dazu gehören die Abgeltung der sogenannten Vorhalteleistungen (Notfallinkonvenienzpauschale) 00.2510 ff sowie die unterschiedlich hohen Prozent-Zuschläge je nach Einsatzzeit (am Abend/ in der Nacht oder am Wochenende) sowie eine Wegentschädigung als Zuschlagsleistung (Position +02.0015 aus dem Kapitel 02). Die psychiatrische Krisenintervention selbst wird mit der Position 02.0080 aus dem Kapitel 02 abgerechnet, die zeitlich unlimitiert ist. Die medizinische Interpretation der Notfalkriterien Tag (tarifarisch) wird im TARMED Browser definiert.

### Fazit und Problem

Grundsätzlich werden die Notfalleleistungen der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie nach derselben Tariflogik des TARMED abgegolten, die auch für die ambulant tätigen Fachärzten und Fachärztinnen anderer Fachdisziplinen gelten. Allerdings benötigen die psychiatrischen Notfalleinsätze meist viel mehr Zeit als die somatischen Notfalleinsätze. Nicht selten dauert ein psychiatrischer Einsatz ein bis zwei Stunden. Die Notfallinkonvenienzpauschalen können allerdings nur einmal pro Einsatz abgerechnet werden. Dadurch werden unsere Vorhalteleistungen im Vergleich zu den somatisch tätigen Notfallärztinnen und -ärzten, die in ihren Notfalleinsätzen viel häufigere, aber eher kurze Einsätze absolvieren, schlechter entlohnt.

Alexander Zimmer, Präsident der Ständigen Tarifkommission (STK) der FMPP

### Institutionelle ambulante oder stationäre Notfallpsychiatrie

Die Notfallversorgung ist im Leistungsauftrag des Kantons an die Institutionen formuliert. Die stationären Leistungen psychiatrischer Institutionen werden durch das Tarifsysteem Tarpsy mit einem dualen Kostenteiler vergütet. Die Leistungsabgeltung einer Behandlung im Tarpsy ist abhängig von der Diagnose, dem Schweregrad und der Aufenthaltsdauer. Die Notfallvorhaltungen, wie ein Dienstarzsystem, sind darin indirekt enthalten und werden aus den Erträgen der Patientenbehandlungen finanziert. Nicht diagnosespezifische Leistungen, die notwendige Vorhalteleistungen darstellen, werden anteilig aus den Erträgen aller stationärer Behandlungen finanziert. Für eine psychiatrische Klinik mit kantonalem Leistungsauftrag und Aufnahmepflicht wird ein Arzt, meist auch eine Pflegeperson rund um die Uhr finanziert. Die Leistungen für die Notfallversorgung gehen somit in die Kosten der Institution für die stationäre Behandlung ein und können – im optimalen Fall – auf die Tarife umgelegt werden. In der Praxis ist dies jedoch nur selten möglich, da in den Verhandlungen mit den Versicherern diese Kosten nicht separat ausgewiesen werden. Nicht alle Kliniken sind aber in gleicher Weise mit dem Problem der Notfallversorgung konfrontiert: Es trifft v.a. Kliniken der Maximalversorgung mit Aufnahmepflicht. Wird ein Notfallpatient nicht stationär aufgenommen, sondern ambulant behandelt, werden diese Leistungen durch den Tarmed abgegolten.

### Fazit und Problem

Die institutionelle ambulante Notfallversorgung kann zwar über die Position Krisenintervention abgerechnet werden. Allerdings sind die Vorhalteleistungen der ambulanten Institutionen nicht gedeckt, weil die Institutionen von der Verrechnung einer Notfallinkonvenienzpauschale im Tar-

med ausgenommen sind. Von den Kantonen werden den Institutionen meist sog. gemeinwirtschaftliche Leistungen gewährt, die jedoch selten klar definiert sind. Die Finanzierbarkeit eines Notfalldienstes in den Institutionen hängt somit von den stationären Tarifen und bei den ambulanten Leistungen von der Unterstützung der Kantone über gemeinwirtschaftliche Leistungen ab. In verschiedenen Institutionen und Kantonen wurden Kriseninterventionszentren aufge-

baut, die sowohl ein Krisenambulatorium wie auch eine stationäre Kriseninterventionseinheit beinhalten. Diese versorgungspolitisch und therapeutisch sehr sinnvollen Einrichtungen können bei den aktuell vorliegenden Tarifen nur durch die Subvention der öffentlichen Hand betrieben werden.

Ulrich Hemmter, Vertreter der Institutionen der Erwachsenenpsychiatrie in der STK

## FACTS & FIGURES SCHWEIZ

### Daten BASS-Studie 2016: Behandlungsweisen nach Fachtitel und Angebotssetting

| Fachtitel   | Behandlungsweise  | Einzel- oder Gruppenpraxis | Ambulante/ Institutionen | Stationäre/ gemischte Institutionen |
|---|---|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Psychiatrie und Psychotherapie                    | Notfallpsychiatrische Behandlung und Krisenintervention | 7%                         | 15%                      | 47%                                 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | Notfallpsychiatrische Behandlung und Krisenintervention | 6%                         | 11%                      | 21%                                 |

### Daten BASS-Studie 2016: Psychiatrischer Notfalldienst und Krisenintervention

Zahlreiche Befragte erachten das Versorgungsangebot für psychiatrische Notfälle und Personen in Krisensituationen mit dringendem Unterstützungsbedarf als unzureichend, insbesondere auf dem Land. Fehlende Plätze und Kapazitäten für dringliche Akutbehandlung werden in allen Versorgungsbereichen festgestellt (niedergelassene Praxen, Ambulatorien, Kriseninterventionszentren, (Akut-) Tageskliniken sowie Spitäler und Kliniken). Um ihren Zweck zu erfüllen, müssten diese Angebote rasch und kurzfristig verfügbar sowie unkompliziert zugänglich sein. Betroffene Zielgruppen sind einerseits Personen mit schweren Erkrankungen und akuten Krisen (z.B. Depression, Psychose, Suizidalität).

Quelle: Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz, Studie erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit durch Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS und die Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften



## FORSCHUNG

### Literaturhinweis von Armin von Gunten: Warum verletzen sich die sehr alten Menschen selbst?

In einer spannenden Studie untersuchte die Forschergruppe um Anne P.F. Wand, warum sich Menschen im Alter von über 80 Jahren selbst verletzen und welche Folgen das für sie hat. Im Rahmen des Studienprotokolls erfolgte jeweils eine strukturierte psychiatrische Beurteilung einschließlich kognitiver Tests, was in einer DSM-5 Diagnose resultierte. Ein qualitatives Interview durch einen geriatrischen Psychiater zielte anschliessend auf die Gründe für die Selbstverletzung und deren Folgen. Über die Gründe für Selbstverletzung machten die Studienteilnehmer folgende Aussagen: «genug ist genug»; «Einsamkeit»; «Desintegration des Selbst»; «eine Last sein»; «kumulative Widrigkeiten»; «Hoffnungslosigkeit und endloses Leiden»; «Hilflosigkeit mit Ablehnung»; und «die unhaltbare Situation». Im Nachgang gaben die Teilnehmenden folgende Auswirkungen an: Dass sie sich nun entweder mehr mit der Familie beschäftigten oder sich von ihr distanzieren. Auch haben einige Ablehnung von Gesundheitsfachpersonen erfahren und neue Spannungen im Umfeld erlebt. Die Studie zeigt deutlich auf, dass Selbstverletzung ein Bedürfnis kommunizieren kann, das nicht anders ausgedrückt werden kann. Um darauf zu reagieren, braucht es einen personenzentrierten Ansatz und je nach Indikation eine Kombination von klinischen, medizinischen und psychosozialen Ansätzen. Der Einbezug der Familie in den Prozess des Verstehens der Selbstverletzung kann nützlich sein.

Anne P.F. Wand et al., Why Do the Very Old Self-Harm? A Qualitative Study, Am J. Geriatriche Psychiatrie, 2018; 26:862-871

### Literaturhinweis von Alain Di Gallo: Psychiatrisches Management von Kindern und Jugendlichen auf Notfallstationen

Die erste Anlaufstelle für agitierte Kinder und Jugendliche sind oft die Notfallstationen der allgemeinen Kinder- oder Erwachsenenpsychiatrie. Für Patienten, Angehörige und Personal können solche Situationen mit Stress und Gefahr verbunden sein. 16 Kinder- und Jugendpsychiater aus den USA einigten sich auf ein Consensus Statement zur Behandlung dieser Patienten. Der Artikel lässt erkennen, dass dies kein einfacher Prozess war. Die Autoren betonen denn auch, dass die Empfehlungen nur beschränkt auf Evidenz, sondern vornehmlich auf Expertenwissen beruhen. Einigkeit besteht über die Notwendigkeit des individuellen und multiprofessionellen Managements sowie der Kombination von nicht medikamentösen und pharmakotherapeutischen Deeskalationsmassnahmen. Gelingt es, die Ursache der Agitation zu eruieren, sind spezifische Interventionen möglich. Erste Massnahmen beinhalten die Schaffung einer möglichst reizarmen und Sicherheit bietenden Umgebung. Die Kommunikation sollte einfach, klar und konkret erfolgen. Vereinigung mit (oder, je nach Beziehungskonstellation, Trennung von) vertrauten Personen trägt oft zur Beruhigung bei. Die Gruppe war sich einig, dass die Medikation, wenn möglich, Aetiologie-gestützt erfolgen und die aufsteigende Dosierung einer Substanz der Polypharmakotherapie vorgezogen werden sollte. Lorazepam und Zweitgenerationen-Neuroleptica wie Risperidon, Quetiapin oder Olanzapin erhielten allgemeinen Zuspruch. Auch Diphenhydramin wird in den USA – bei moderater Agitation – oft verwendet.

Gerson R. et al. (2017). Best practices for evaluation and treatment of agitated children and adolescents (BETA) in the emergency department: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry. Western Journal of Emergency Medicine, 20:409-418. DOI: 10.5811/westjem.2019.1.41344

## IMPRESSUM

### Redaktion

Sibille Kühnel, Ressort Kommunikation FMPP, Vorstandsmitglied SGKJPP (bis 1.6.2020)  
Kaspar Aebi, Ressort Kommunikation FMPP, Vorstandsmitglied SGPP (bis 1.3.2020)  
Martin Pfeffer, Mitglied SGPP/SGKJPP  
Michael Kammer-Spohn, Mitglied SGPP  
Daniele Zullino, Mitglied SGPP  
Christoph Gitz, Geschäftsführer FMPP  
Jaqueline Haymoz, Leitung Sekretariat FMPP  
Petra Seeburger, Kommunikationsverantwortliche FMPP (Leitung)

### FMPP

Altenbergstrasse 29  
Postfach 686  
3000 Bern 8  
Telefon +41 (0)31 313 88 33  
fmpp@psychiatrie.ch

Auflage: 3000  
Erscheinungsdatum: 07.2020  
Layout: schroederpartners.com  
Druck: Neidhart + Schön AG, Zürich

psyCHiatrie im Dialog  
Schreiben Sie uns Ihre Meinung,  
wir freuen uns darauf!  
fmpp@psychiatrie.ch