

Aus dem Zentrum Psychologische Medizin
Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Hochschule Hannover
Leiter: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. M. Emrich

Die Position der Notfallpsychiatrie in der zentralen Notaufnahme

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin in der
Medizinischen Hochschule Hannover

vorgelegt von
Christoph Andreis
aus Cloppenburg
Hannover 2005

Angenommen vom Senat der Medizinischen Hochschule Hannover

Am: 27.6.2006

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Hochschule Hannover

Präsident: Professor Dr. Dieter Bitter-Suermann

Betreuer der Arbeit: Prof. Dr. Stefan Kropp

Referent: Prof. Dr. Joachim Zeiler

Korreferenten: Prof. Dr. Ursula Seiler

Tag der mündlichen Prüfung: 27.6.2006

Promotionsausschussmitglieder: Prof. Dr. Friedhelm Lamprecht

Prof. Dr. Karin Weißenborn

Prof. Dr. Uwe Hartmann

Inhaltsverzeichnis		Seite
1	Einleitung	1
2	Material und Methode	5
3	Ergebnisse	9
3.1	Merkmale des Untersuchungskollektivs	9
3.1.1	Geschlecht	9
3.1.2	Alter	9
3.1.3	Wohnorte der Patienten nach psychiatrischer Sektorzugehörigkeit	10
3.1.4	Ankunftszeit in der Zentralen Notaufnahme (ZNA)	11
3.1.5	Aufenthaltsdauer in der ZNA	12
3.1.6	Wochentag der Vorstellung	14
3.1.7	Monat/Quartal der Vorstellung	15
3.2	Untersuchung der Arztbriefe der primärpsychiatrischen Patienten	16
3.2.1	Herkunftsort der Patienten	17
3.2.2	Begleitung	17
3.2.3	Initiierung der Vorstellung in der ZNA	18
3.2.4	Überweisungen bzw. Einweisungen	19
3.2.5	Zwangseinweisungen und Fixierungsmaßnahmen	19
3.2.6	Betreuungsstatus	20
3.2.7	Präklinische Medikamentenbehandlung	20
3.2.8	Medikamentengabe in der ZNA	20
3.2.9	Verteilung der Patienten auf die Diagnosegruppen nach ICD-10	21
3.2.10	Die 10 häufigsten Diagnosen nach ICD-10 Kapitel F	22
3.2.11	Gemessene Alkoholintoxikationen	23
3.2.12	Suizidalität	24
3.2.13	Diagnostik in der ZNA	25
3.2.14	Mitbehandlung durch andere Disziplinen	25

3.2.15	Verbleib der Patienten	26
3.2.16	Ambulant mitgegebene Medikamente	27
3.2.17	Angesetzte medikamentöse Therapie	28
3.2.18	Empfehlungen	28
3.2.19	Mehrfache Vorstellungen	29
3.3	Charakterisierung der einzelnen Diagnosegruppen nach ICD-10	30
3.3.1	F 0: Organische, einschliesslich symptomatische psychischer Störungen	30
3.3.2	F 1: psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	31
3.3.3	F 2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	33
3.3.4	F 3: Affektive Störungen	35
3.3.5	F 4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	36
3.3.6	F 6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	38
3.4	Konsiliarisch untersuchte Patienten	39
3.4.1	Verteilungen der Patienten auf die Diagnosegruppen nach ICD-10	39
3.4.2	Die 10 häufigsten vierstelligen Diagnosen nach ICD-10 Kapitel F	40
3.4.3	Primärdisziplin und weitere Konsile	41
3.4.4	Suizidalität	42
3.4.5	Alkoholintoxikation bei Konsilpatienten	43
3.4.6	Verbleib	44
3.5	Analytisch-statistische Auswertungen	45
3.5.1	Vorstellungszeitpunkte	45
3.5.2	Aufenthaltsdauern	48
3.5.3	Stationäre Aufnahmen	59
3.5.4	Sektorzugehörigkeiten	65
3.5.5	Vergleich der Patientengruppen Mehrfachvorstellungen und Einfachvorstellungen	69

4	Diskussion	75
4.1	Diskussion der Methodik und Limitation der Studie	75
4.2	Diskussion der eigenen Ergebnisse	76
4.2.1	Diskussion der Patientencharakteristika	76
4.2.1.1	Primär psychiatrische Patienten	77
4.2.1.1.1	Herkunft, Begleitung und Überweisungsschreiben	77
4.2.1.1.2	Diagnose, Alkoholspiegel	77
4.2.1.1.3	Mitbehandlung durch andere Disziplinen	78
4.2.1.2	Konsiliarisch untersuchte Patienten	78
4.2.1.2.1	Diagnose, Alkoholspiegel	78
4.2.1.2.2	Primär behandelnde Disziplinen	79
4.2.1.2.3	stationäre Aufnahme	79
4.2.1.3	Mehrfachvorstellungen	79
4.2.2	Diskussion von klinischen Einflussfaktoren	80
4.2.2.1	Ankunftszeitpunkt	81
4.2.2.2	Aufenthaltsdauer	81
4.2.2.3	Medikation in der ZNA	82
4.2.2.4	Diagnostik	82
4.2.2.5	Stationäre Aufnahme	82
4.3	Diskussion der eigenen Ergebnisse im Vergleich mit denen anderer Autoren	83
4.3.1	Charakteristika des Patientenkollektivs	83
4.3.1.1	Begleitung und Initiierung der Vorstellung	83
4.3.1.2	Diagnose und Alkoholspiegel	84
4.3.1.3	Suizidalität	85
4.3.1.4	Zwangseinweisung und Fixiermaßnahmen	85
4.3.1.5	Mehrfachvorstellungen	86
4.3.2	Organisatorische Faktoren	87
4.3.2.1	Aufenthaltsdauer	87
4.3.2.2	Aufnahme/Verbleib	88

4.4 Schlussfolgerungen für die klinische Praxis 89

5 Zusammenfassung 90

6 Literaturverzeichnis 91

Lebenslauf

Danksagung

Erklärung zur Dissertation

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab. 2.1:	Daten aus dem Aufnahmebuch	5
Tab. 2.2:	Daten aus den vorläufigen Arztbriefen	6
Tab. 3.1:	Alter im Untersuchungskollektiv	9
Tab. 3.2:	Sektorzugehörigkeit des Gesamtkollektivs	11
Tab. 3.3:	Verteilung der Vorstellungszeiten der Patienten auf 4- Stunden-Tagesabschnitte	12
Tab. 3.4:	Aufenthaltsdauer der Patienten in der ZNA in Zeitabschnitten von 30 bzw. 60 Minuten	13
Tab. 3.5:	Anzahl der Patienten an den einzelnen Wochentagen	14
Tab. 3.6:	Anzahl der Patienten in der ZNA in den einzelnen Monaten	15
Tab. 3.7:	Anzahl der Patienten in der ZNA pro Quartal	16
Tab. 3.8:	(unmittelbarer) Herkunftsort der Patienten	17
Tab. 3.9:	Begleitung der Patienten	18
Tab. 3.10:	Initiierung der Vorstellung	18
Tab. 3.11:	Anzahl der unterschiedlichen Einweisungen der Patienten	19
Tab. 3.12:	Anzahl der Patienten mit rechtlichen Betreuern	20
Tab. 3.13:	Name und Häufigkeit präklinisch gegebener Medikamente	20
Tab. 3.14:	Name, Häufigkeit und Durchschnittsdosis von in der ZNA verabreichten Medikamenten	20
Tab. 3.15:	Häufigkeit der Vergabe von Diagnosen nach ICD-10	21
Tab. 3.16:	Die 10 häufigsten Diagnosen nach ICD-10	22
Tab. 3.17:	Atem- bzw. Blutalkoholspiegel der Patienten	23
Tab. 3.18:	Gemessene Promillewerte unter den Patienten	23
Tab. 3.19:	Häufigkeit von Suizidalität bzw. Zustand nach Suizidversuch in der ZNA	24
Tab. 3.20:	Diagnostische Maßnahmen in der ZNA	25
Tab. 3.21:	Häufigkeit von Konsilen bei den primär psychiatrischen Patienten	25
Tab. 3.22:	Häufigkeit der einzelnen Disziplinen an Mitbehandlungen	26
Tab. 3.23:	Verbleib der Patienten	27
Tab. 3.24:	Die fünf häufigsten den Patienten ambulant mitgegebenen Medikamente	27

Tab. 3.25:	Die 10 am häufigsten in der ZNA verschriebenen/angesetzten Medikamente	28
Tab. 3.26:	Empfohlene Institutionen der behandelnden psychiatrischen Ärzten vom Dienst an den Patienten	29
Tab. 3.27:	Anzahl der Kontakte in der ZNA pro Patient	30
Tab. 3.28:	Alter der Patienten aus der F0-Gruppe	30
Tab. 3.29:	Die häufigsten Diagnosen aus dem Kapitel F0	31
Tab. 3.30:	Häufigkeit der stationären Aufnahme unter den Patienten der F0- Diagnosegruppe	31
Tab. 3.31:	Alter der Patienten der F1-Diagnosegruppe	32
Tab. 3.32:	Die häufigsten Diagnosen aus dem Kapitel F1	32
Tab. 3.33:	Suizidalität unter Patienten der F1-Diagnosegruppe	32
Tab. 3.34:	Häufigkeit von stationärer Aufnahme von Patienten der F1- Diagnosegruppe	33
Tab. 3.35:	Alter von Patienten der F2-Diagnosegruppe	33
Tab. 3.36:	Die fünf häufigsten Diagnosen von Patienten der F2- Diagnosegruppe	34
Tab. 3.37:	Häufigkeit von Suizidalität unter Patienten der F2- Diagnosegruppe	34
Tab. 3.38:	Häufigkeit von stationärer Aufnahme von Patienten der F2- Diagnosegruppe	34
Tab. 3.39:	Alter von Patienten der F3-Diagnosegruppe	35
Tab. 3.40:	Die häufigsten Diagnosen unter Patienten der F3- Diagnosegruppe	35
Tab. 3.41:	Häufigkeit von Suizidalität unter Patienten der F3- Diagnosegruppe	36
Tab. 3.42:	Häufigkeit von stationärer Aufnahme unter Patienten der F3- Diagnosegruppe	36
Tab. 3.43:	Alter der Patienten der F4-Diagnosegruppe	36
Tab. 3.44:	Die häufigsten Diagnosen unter den Patienten der F4- Diagnosegruppe	37
Tab. 3.45:	Suizidalität unter den Patienten der F4-Diagnosegruppe	37
Tab. 3.46:	Häufigkeit von stationärer Aufnahme unter den Patienten der F4-Diagnosegruppe	37

Tab. 3.47:	Alter unter den Patienten der F6-Diagnosegruppe	38
Tab. 3.48:	Die drei häufigsten Diagnosen der Patienten der F6-Diagnosegruppe	38
Tab. 3.49:	Suizidalität unter den Patienten der F6-Diagnosegruppe	39
Tab. 3.50:	Häufigkeit von stationärer Aufnahme unter Patienten der F6-Diagnosegruppe	39
Tab. 3.51:	Verteilung der Konsilpatienten auf die Diagnosegruppen nach ICD-10	40
Tab. 3.52:	Die häufigsten zehn Diagnosen unter den Konsilpatienten	41
Tab. 3.53:	Häufigkeit der Primärdisziplinen	41
Tab. 3.54:	Häufigkeit der weiteren Konsile unter den Konsilpatienten	42
Tab. 3.55:	Häufigkeit von Suizidalität unter Konsilpatienten	42
Tab. 3.56:	Atem- oder Blutalkoholspiegel der Patienten	43
Tab. 3.57:	Häufigkeit von Alkoholwerten unter den Konsilpatienten in Promille	43
Tab. 3.58:	Häufigkeit einer stationären Aufnahme unter den Konsilpatienten	44
Tab. 3.59:	Verbleib der Konsilpatienten nach Vorstellung in der ZNA	45
Tab. 3.60:	Aufenthaltsdauer in der Dienstzeit	48
Tab. 3.61:	Aufenthaltsdauer bezogen auf den Vorstellungszeitpunkt	49
Tab. 3.62:	Aufenthaltsdauer unter den ambulanten bzw. stationär aufgenommenen Patienten	51
Tab. 3.63:	Aufenthaltsdauer unter den psychiatrisch- und somatisch-stationären Aufnahmen	52
Tab. 3.64:	Aufenthaltsdauer der Diagnosegruppen in der ZNA	53
Tab. 3.65:	Aufenthaltsdauer der Patienten mit bzw. ohne Begleitung in der ZNA	54
Tab. 3.66:	Aufenthaltsdauer der Patienten nach durchgeführten Diagnostiken	56
Tab. 3.67:	Aufenthaltsdauer unter Patienten mit durchgeführten konsiliarischen Untersuchungen	57
Tab. 3.68:	Aufnahmerate unter Patienten an Werktagen bzw. am Wochenende	60
Tab. 3.69:	Aufnahmerate unter Patienten mit bzw. ohne Begleitung	60

Tab. 3.70:	Aufnahmerate unter Patienten mit bzw. ohne Einweisung	60
Tab. 3.71:	Aufnahmerate unter Patienten mit bzw. ohne Medikamentengabe in der ZNA	61
Tab. 3.72:	Aufnahmerate unter den Patienten der verschiedenen Diagnosegruppen	61
Tab. 3.73:	Aufnahmerate unter Patienten mit oder ohne Suizidalität bzw. Suizidversuch	62
Tab. 3.74:	Suizidalität der Patienten der verschiedenen Diagnosegruppen	63
Tab. 3.75:	Aufnahmerate von Patienten mit bzw. ohne Fixiermaßnahmen	64
Tab. 3.76:	Aufnahmerate von Patienten ohne bzw. mit rechtlicher Betreuung	64
Tab. 3.77:	Signifikante Variablen in der logistischen Regression, um eine psychiatrische Aufnahme anhand des untersuchten Gesamtkollektivs vorherzusagen	65
Tab. 3.78:	Signifikante Variablen in der logistischen Regression, um eine ambulante Weiterbehandlung anhand des untersuchten Gesamtkollektivs vorherzusagen.	65
Tab. 3.79:	Aufnahmerate unter sektorfremden bzw. -eigenen Patienten	66
Tab. 3.80:	Verbleib der psychiatrisch-stationär aufgenommenen sektoreigenen bzw. -fremden Patienten	66
Tab. 3.81:	Spektrum der Diagnosegruppen unter den sektoreigenen bzw. - fremden Patienten	68
Tab. 3.82:	Suizidalität unter sektoreigenen und -fremden Patienten	69
Tab. 3.83:	Geschlechterverteilung unter den Patienten mit ein- und mehrfacher Vorstellung	69
Tab. 3.84:	Sektorzugehörigkeit der Patienten mit ein- und mehrfacher Vorstellung	70
Tab. 3.85:	Begleitung von Patienten mit ein- und mehrfacher Vorstellung	70
Tab. 3.86:	Einweisungsschreiben der sich ein- bzw. mehrfachvorstellenden Patienten	70
Tab. 3.87:	Diagnosegruppenverteilung der sich ein- und mehrfachen	

	vorstellenden Patienten	71
Tab. 3.88	Die zehn häufigsten Diagnosen in der Gruppe der Mehrfachvorstellungen	72
Tab. 3.89	Die zehn häufigsten Diagnosen in der Gruppe der Einfachvorstellungen	72
Tab. 3.90:	Suizidalität der Patienten mit ein- bzw. mehrfacher Vorstellung	74
Tab. 3.91:	Stationäre Aufnahmen unter den sich ein- und mehrfach vorstellenden Patienten	74
Abb. 3.1:	Altersverteilung im Untersuchungskollektiv	10
Abb. 3.2:	Verteilung der Vorstellungszeiten der Patienten auf 24 Stunden	11
Abb. 3.3:	Verteilung der Vorstellungszeiten der Patienten auf 4-Stunden-Tagesabschnitte	12
Abb. 3.4:	Aufenthaltsdauer der Patienten	13
Abb. 3.5:	Aufenthaltsdauer der Patienten in 30- bzw. 60-minütige Zeitabschnitten	14
Abb. 3.6:	Anzahl der Patienten an den einzelnen Wochentagen	15
Abb. 3.7:	Anzahl der Patienten in den einzelnen Monaten	16
Abb. 3.8:	Häufigkeiten der Diagnosegruppen	22
Abb. 3.9:	Alkoholwerte	24
Abb. 3.10:	Verteilung der Konsilpatienten auf die Diagnosegruppen nach ICD-10	40
Abb. 3.11:	Häufigkeit von Alkoholwerten unter den Konsilpatienten	44
Abb. 3.12:	Vorstellung ausserhalb/innerhalb der Dienstzeit unter den Altersgruppen	46 47
Abb. 3.13:	Häufigkeit der Vorstellung der Diagnosegruppen in und nach Dienstzeit	49
Abb. 3.14:	Aufenthaltsdauer in der Dienstzeit	50
Abb. 3.15:	Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer von der Ankunftszeit	51
Abb. 3.16:	Aufenthaltsdauer unter sektoreigenen bzw. -fremden Patienten	51
Abb. 3.17:	Aufenthaltsdauer unter den psychiatrisch- und	

	somatisch-stationären Aufnahmen	52
Abb. 3.18:	Aufenthaltsdauer der Diagnosegruppen in der ZNA	54
Abb. 3.19:	Aufenthaltsdauer der Patienten mit bzw. ohne Begleitung	55
Abb. 3.20:	Aufenthaltsdauer der Patienten nach durchgeführter Anzahl Diagnostik	57
Abb. 3.21:	Aufenthaltsdauer unter Patienten mit durchgeführten konsiliarischen Untersuchungen	58
Abb. 3.22:	Aufenthaltsdauer unter sektoreigenen bzw.- fremden Patienten mit psychiatrisch-stationärer Aufnahme	59
Abb. 3.23:	Aufnahmehäufigkeit der Diagnosegruppen	62
Abb. 3.24:	Verbleib der sektoreigenen und sektorfremden Patienten	67
Abb. 3.25:	Anteile der Diagnosegruppen unter den sektoreigenen bzw. - fremden Patienten	68
Abb. 3.26:	Diagnosegruppen unter den sich ein- bzw. mehrfach vorstellenden Patienten	72
Abb. 3.27:	Alkoholwerte der Patienten mit ein- bzw. mehrfacher Vorstellung	73

1 Einleitung

Der psychiatrische Patient als Notfallpatient gerät zunehmend in den Blickpunkt der Notfallmedizin.

In vielen verschiedenen Studien in ganz Deutschland ist bereits die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle im Rettungsdienst untersucht worden (Pajonk et al., 2001; Kardels et al., 2003; König et al., 1996; Seiger und Brommundt, 2002). Die dabei veröffentlichten Zahlen belegen, dass sie mit etwa 9 – 14 % trotz einer gewissen Varianz, erklärbar durch unterschiedliche diagnostische Kriterien und unterschiedliche Dokumentationssysteme, relativ konstant die dritthäufigste Einsatzursache nach internistischen und chirurgischen Fällen darstellen, sowohl in großstädtischen als auch in ländlichen Regionen (Pajonk et al., 2002).

Die Häufigkeit der einzelnen Diagnosen differiert allerdings zwischen verschiedenen Studien. In der oben erwähnten Studie von Pajonk (2001), in der er das Einsatzprofil der Großstadt Hamburg mit der ländlichen Region des Landkreises Schaumburg verglich, waren die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen am stärksten vertreten, die Alkoholintoxikation tauchte mit 33,7% bzw. 37,8% am häufigsten auf. Erst danach folgen suizidales Verhalten (22,4% / 32,7%) und Erregungszustände (23,0% / 27,5%).

Auch in der Studie von Kardels (2003) über das Diagnosespektrum des Notarztdienstes der mittelgroßen Stadt Hamm wurde die Alkoholintoxikation bzw. der -abusus mit 32,8% als häufigste Diagnose gefolgt von Suizidversuch (16,8%) genannt. Hier wurde Erregungszustände (zusammengefasst mit Demenzen) allerdings nur in 2,7% der Fälle beschrieben.

Seiger und Brommundt (2002) geben in ihrer Studie über Notarzteinsätze in der Stadt Aachen eine Häufigkeit von 35% für Intoxikationen, 24% für Erregungszustände und 10% für suizidale Handlungen an.

Ganz anders wiederum stellte sich in der Studie von König (1996) das Einsatzspektrum eines Notarztstandortes in Süddeutschland dar. Hier machten mit 50,7% die psychogenen Reaktionen und neurotischen Erkrankungen den

Hauptteil aller Verdachtsdiagnosen aus. Sie wurden als „Ausdruck akuter Anpassungsstörungen auf die konflikthafte Zuspitzung von zwischenmenschlichen Beziehungen [...] bzw. als Reaktionen nach einem traumatisierenden Ereignis in der Lebensumgebung des Patienten“ beschrieben.

Neben der zunehmenden Häufigkeit der Diagnostizierung psychiatrischer Störungen in der Notfallmedizin, die mit hohen Anforderungen in Erstdiagnostik und Therapie derselbigen einhergehen, lassen sich in der Literatur Hinweise dafür finden, dass die Notfallmedizin noch nicht immer vollständig in der Lage ist, diesen Anforderungen mit einer angemessenen Kompetenz an psychiatrischem Wissen zu begegnen.

Ein Grund dafür könnte sein, dass die Mehrzahl der als Notärzte tätigen Mediziner aus den Fachgruppen Chirurgie, Anästhesie und Innere Medizin stammt und zum Teil nur geringe psychiatrische Berufspraxis hat. Zudem wurde in einer Studie mit Fragebögen gerichtet an als Notarzt arbeitende Mediziner herausgearbeitet, dass diese zwar die Relevanz von psychiatrischen Notfällen als hoch einstufen, sich in 44,3% der Begegnung mit diesen aber „manchmal“ und in 14,2% „oft“ bzw. „immer“ überfordert fühlten (Pajonk et al., 1998). Schließlich sieht die Bundesärztekammer in der Ausbildungszeit der Notarzt Ausbildung von 60 Stunden nur 1,5 Stunden und damit 2,5% der Zeit für psychiatrische Notfälle und Drogennotfälle vor (2004), was möglicherweise den Anforderungen an die anschließend eigenständig Notfallmedizin praktizierenden Mediziner nicht immer gerecht werden kann. Doch nicht nur eine Vertiefung der notfallpsychiatrischen Kenntnisse der Ärzte im Rettungsdienst ist erforderlich, auch immer mehr Fähigkeiten in der primären psychosozialen Krisenintervention sind im beruflichen Alltag gefragt, um gerade in ökonomischer Hinsicht überflüssige Transporte und Krankenhausaufnahmen durch sozial kompetente Begegnung mit dem Patienten zu verhindern (Kardels et al., 2003).

Allerdings treffen nicht nur Notärzte und Mitarbeiter des Rettungsdienstes immer wieder vermeintlich unvorbereitet auf psychiatrische Notfälle.

Auch in der Patientengruppe allgemeinmedizinischer und internistischer Praxen wird in bis zu 20 – 50% aller Fälle eine akute und behandlungsbedürftige psychische Erkrankung diagnostiziert (Bäumel, 2000; Linden et al., 1996; Tress et al., 1997).

Eine retrospektive Studie aus Dänemark (Stenager und Hensen, 1994) zeigte, dass suizidale Patienten - besonders depressive und Schmerzpatienten – oftmals vor ihrem Suizidversuch ihren Hausarzt konsultieren und dass 44% der Patienten ihren Suizidversuch mit der Einnahme erst kurz vorher verschriebenen Medikamenten begangen. Mehr psychologischer Unterstützung und einer restriktiveren Verschreibung von Medikamenten sowie Fortbildungen in Depressionsdiagnostik und Erkennen von suizidalem Verhalten wurde hier ein präventiver Effekt zugesprochen.

Des Weiteren treffen Allgemeinmediziner auch außerhalb der regulären Sprechstundezeiten im ärztlichen Notdienst auf psychiatrische Notfälle, laut Kurscheid (1997) wurden in einer Notfallpraxis in Köln in 10,3% aller Fälle neurologisch-psychiatrische Diagnosestellungen verzeichnet, doch da ein mit psychiatrisch erfahrenen Ärzten besetzter Notfalldienst in Deutschland noch die Ausnahme darstellt, werden im Notdienst teilweise Überforderungen im Umgang mit psychiatrischen Notfällen geäußert (König et al., 1999).

Es kann also konstatiert werden, dass ein großer Teil aller akut psychiatrisch erkrankter Menschen primär präklinisch versorgt wird, dass aber gerade in der präklinischen Versorgung Unsicherheit in Umgang und Überforderung in Diagnostizierung und Therapie von eben jenen akut psychiatrisch Erkrankten besteht.

Eine Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung sind hier interdisziplinäre Notaufnahmen. Sie sind neben ihrer Funktion als 24-Stunden-Notdienst für Patienten die primäre Anlaufstelle für den Rettungsdienst (König et al., 1999) und eine wichtige Möglichkeit für Allgemeinmediziner, akut erkrankte Menschen, deren Versorgung nicht mehr ambulant im Rahmen einer

Praxis gewährleistet werden kann, in die Sicherheit der klinischen und fachpsychiatrischen Versorgung zu überweisen (Burchardi et al., 2001).

Doch trotz der scheinbar markanten Stellung und Funktion der Notaufnahme im psychiatrischen Gesundheitssystem sind in der Literatur kaum Untersuchungen darüber zu finden, wodurch sich nun die grundsätzliche Fragestellung der vorliegenden Arbeit ergibt: Was für eine Position hat die zentrale Notaufnahme zurzeit in der Notfallpsychiatrie? Was für Patienten nehmen diese Dienste in Anspruch, unter welchen Umständen kommen sie in die ZNA und wie wird ärztlicherseits therapeutisch weiter vorgegangen? Was ist also der Behandlungsauftrag der ZNA bezüglich psychiatrischer Patienten?

Es wurden anhand der vorläufigen Arztbriefe die psychiatrischen Notfallbehandlungen in der zentralen Notaufnahme der Medizinischen Hochschule Hannover des Jahres 2002 untersucht, um anschließend die Patienten und ihre Zugangswege näher zu charakterisieren, um Aussagen darüber machen zu können, was „Notfall“ hier bedeutet und wie akut und behandlungsbedürftig die Patienten sind, um so den Behandlungsauftrag der Psychiatrie in der Notaufnahme genauer zu untersuchen.

Weiter sollten im Rahmen dieser Arbeit Einflussfaktoren auf die Dauer der Behandlung in der ZNA untersucht werden sowie relevante Patientencharakteristika für oder gegen die medizinische Indikation „stationäre Aufnahme vs. ambulante Weiterbehandlung“ herausgearbeitet werden.

Vor dem Hintergrund einer zunehmend serviceorientierten Patientenbehandlung könnten die Ergebnisse dieser Arbeit dann zukünftigen Entwicklungen und Ansätzen weiterer Verbesserungen psychiatrischer Arbeit als Ausgangspunkt dienen.

2 Material und Methoden

In dieser Untersuchung wurden die psychiatrischen Notfallbehandlungen in der zentralen Notaufnahme (ZNA) der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) des Jahres 2002 retrospektiv untersucht. Alle Daten von Patienten, die 2002 in der ZNA vorstellig waren und von psychiatrischen Ärzten vom Dienst der ZNA untersucht wurden, wurden anonymisiert in die Untersuchung aufgenommen.

Die erhobenen Daten stammten hierbei aus drei Quellen: dem Aufnahmebuch der ZNA, den vorläufigen Arztbriefen und den Konsilbögen aus dem Archiv der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der MHH.

Im Aufnahmebuch der ZNA wurden chronologisch alle Patienten verzeichnet, die die Notaufnahme betraten und sich anmeldeten bzw. angemeldet wurden.

Für jeden Patienten wurde ein primärer Datensatz angelegt, dem folgende Angaben entnommen werden konnten:

Geschlecht
Geburtsdatum
Sektorzugehörigkeit
Aufnahmedatum
Aufnahmeuhrzeit
Entlassungsuhrzeit
Priorität der Vorstellung (primär psychiatrisch oder als Konsil für eine andere Disziplin)
Konsiliarische Mitbehandlung durch andere Disziplinen
Primärdisziplin (falls von der Psychiatrie nur als Konsil behandelt)
Verbleib

Tab. 2.1: Daten aus dem Aufnahmebuch

Die Sektorzugehörigkeit bezieht sich auf das Sektorsystem Hannovers, nach welchem der Großraum Hannover in sechs zahlenmäßig etwa gleichgroße Sektoren aufgeteilt ist, welche jeweils einer psychiatrischen Beratungsstelle zugeordnet sind. Diese Sektoren sind wiederum fest den vier psychiatrischen

Kliniken des Großraums, die Medizinische Hochschule, das Landeskrankenhaus Wunstorf, das Klinikum Warendorff und das Klinikum Langenhagen, zugeordnet.

Diese Daten wurden für alle Patienten, die psychiatrisch in der ZNA untersucht und somit in die Untersuchung aufgenommen wurden, in eine zu diesem Zweck erstellte Datenmaske des Statistikprogramms SPSS 10.0 eingegeben.

Für Patienten, die sich primär psychiatrisch in der ZNA vorstellten, wurden ärztlicherseits vorläufige Arztbriefe geschrieben, die die Anamnese, Untersuchungsbefunde, angewandte Diagnostiken, Verdachtsdiagnose und eventuelle bereits verfügbare Ergebnisse sowie eine erste Formulierung des weiteren Vorgehens bzw. Empfehlungen enthielten.

Den Arztbriefen wurden – falls angegeben bzw. zutreffend - folgende Angaben entnommen:

Begleitung des Patienten
Unmittelbarer Herkunftsort
Grund der Vorstellung
Einweisungsschreiben
Rechtliche Betreuung ja/nein
Fixierungsmaßnahmen vor oder während des Aufenthaltes in der ZNA
Beschluss einer Zwangseinweisung nach §18 NdsPsychKG vor oder während des Aufenthaltes in der ZNA
Ärztlicherseits verabreichte Medikamente vor Ankunft in der ZNA
Diagnose nach ICD-10
Suizidalitätsbewertung
Art des Suizidversuchs
Verabreichte Medikamente in der ZNA
Durchgeführte diagnostische Maßnahme
Empfehlungen vom Arzt an den Patienten im Falle eines ambulanten Verbleibs
Ambulant dem Patienten mitgegebene Medikamente
Angesetzte/ verschriebene Medikamente

Tab. 2.2: Daten aus den vorläufigen Arztbriefen

Patienten mit akut behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankungen können gegen ihren Willen oder wenn ihnen eine Willensäußerung nicht möglich ist durch einen Beschluß auf gesetzlicher Grundlage behandelt werden. Diese Grundlage sind die Landesgesetze, in Niedersachsen das Psychiatrische Krankengesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen in der Fassung vom 16. Juni 1997 (NdsPsychKG) bzw. das Betreuungsrecht nach dem BGB

Wurden die psychiatrischen Dienstärzte als Konsiliare von einer anderen Disziplin zur Mitbehandlung des Patienten zugezogen, verfassten diese einen Konsilbrief, in dem sie die aus psychiatrischer Sicht prägnanten Aspekte und Befunde des Patienten beschrieben und an sie gerichtete Fragestellungen beantworteten oder Empfehlungen gaben. Da in diesen Fällen der Primärkontakt und so die Hauptanamnese durch Ärzte einer anderen Disziplin durchgeführt wurden, war der Informationsgehalt der Konsilbriefe anders als der der Arztbriefe bei primär psychiatrischen Arztkontakten und für diese Untersuchung nur von zweitrangiger Bedeutung. Deshalb wurden hier zusätzlich zum primären Datensatz aus den ZNA - Büchern nur folgende Angaben aufgenommen:

Diagnose
Durch den Psychiater verabreichte Medikamente in der ZNA
Durch den Psychiater angeordnete bzw. durchgeführte Diagnostiken
Durch den Psychiater ambulant mitgegebene Medikamente
Durch den Psychiater angesetzte Medikamente

Tab. 2.3: Daten aus den Konsilbögen

Weitere Daten wie das Alter des Patienten oder die gesamte Aufenthaltsdauer in der ZNA, die sich aus den bestehenden Daten ergaben, wurden anschließend berechnet. Die reguläre Arbeitszeit der psychiatrischen Ärzte vom Dienst ist Montags bis Freitags von 8:30 bis 17:00 und Freitags von 8:30 bis 15:30.

Die Auswertung der Daten wurde mit dem Statistik-Programm SPSS 10.0 durchgeführt. Im Wesentlichen wurden beschreibende Häufigkeitszählungen und Mittelwertberechnungen durchgeführt sowie die im folgenden erläuterten statistischen Tests für Signifikanzberechnungen angewandt.

Zum Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben auf eine Variable wurde der U-Test nach Mann und Whitney angewandt, welcher auf einer gemeinsamen Rangreihe der Werte beider Stichproben basiert. Um die Verteilung eines Merkmals in mehr als zwei unabhängigen Stichproben zu untersuchen, wurde der H-Test nach Kruskal und Wallis angewandt, welcher ebenfalls auf einer gemeinsamen Rangreihe der Werte aller Stichproben basiert. Um zu überprüfen, ob sich die beobachteten von den erwarteten Häufigkeiten unterscheiden, wurden Kreuztabellen erstellt und dabei der Chi-Quadrat-Einzeltest mit Ausgabe der standardisierten Residuen genutzt. Bei diesen drei Tests wurde ein zweiseitiges Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$ als signifikant gewertet.

Zur Berechnung der Wahrscheinlichkeit des Eintreffens eines Ereignisses unter bestimmten Bedingungen wurde eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Merkmale des gesamten Untersuchungskollektivs

Im Jahre 2002 kamen insgesamt 34.058 Patienten in die zentrale Notaufnahme (ZNA) der Medizinischen Hochschule (MHH). 2632 Patienten davon wurden von den psychiatrischen Ärzten vom Dienst in der Zentralen Notaufnahme behandelt und stellten das Untersuchungskollektiv dar. 2.069 Patienten (78,6%) stellten sich primär psychiatrisch und 563 Patienten (21,4%) primär anderen Disziplinen und erst sekundär psychiatrisch vor. Zum Vergleich: 2002 wurden in der ZNA 9.392 Patienten primär chirurgisch, 6.478 primär internistisch und 3.313 Patienten primär neurologisch behandelt.

3.1.1 Geschlecht

Bei den Patienten handelte es sich insgesamt um 1359 Männer (51,6%) und 1273 Frauen (48,4%).

3.1.2 Alter

Das Durchschnittsalter der Gesamtpopulation betrug 43,5 Jahre, der jüngste Patient war 15, der älteste 96 Jahre alt.

Kennwert	Alter
Median	41,1
Mittelwert	43,5
Standardabweichung	16,0
Minimum	15
Maximum	96

Tab. 3.1: Alter im Untersuchungskollektiv

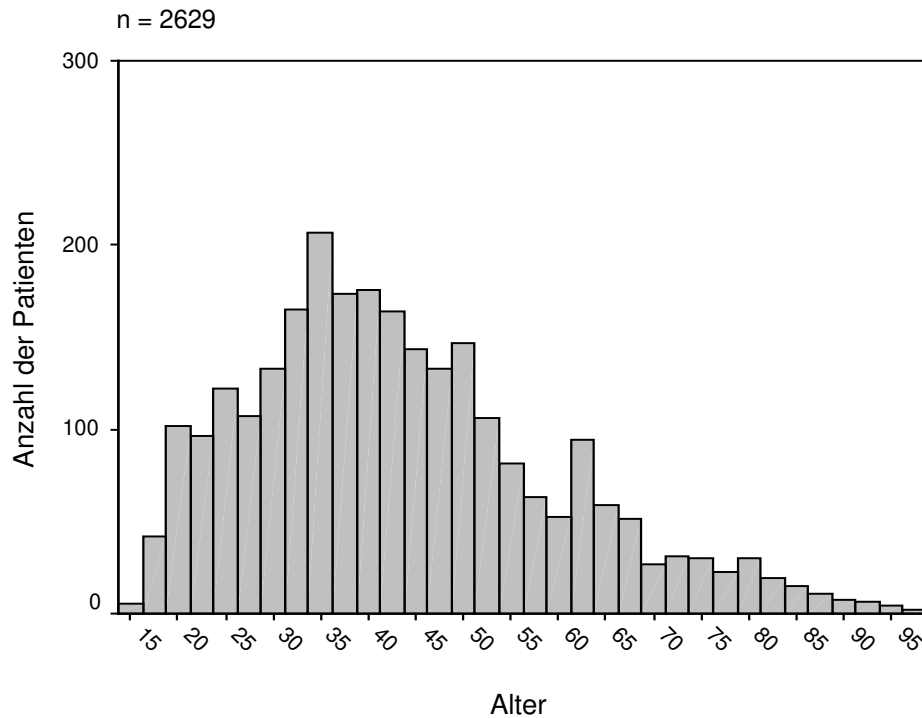


Abb. 3.1: Altersverteilung im Untersuchungskollektiv

3.1.3 Wohnorte der Patienten nach psychiatrischer Sektorzugehörigkeit

2133 Patienten (81%) stammten aus Sektoren des Stadtgebietes Hannovers, 205 (7,8%) kamen aus der Region und 175 (6,6%) von ausserhalb der Region Hannovers. Bei 119 der Patienten (4,5%) war die Adresse und damit die Sektorzugehörigkeit nicht bekannt.

Sektorzugehörigkeit	Anzahl	Prozent
Nicht angegeben	119	4,5%
Sektor 1	159	6,0%
Sektor 2	188	7,1%
Sektor 3	172	6,5%
Sektor 4	166	6,3%
Sektor 5	549	20,9%
Sektor 6	899	34,2%
Region Hannover	205	7,8%
Ausserhalb Region Hannover	175	6,6%
Gesamt	2632	100%

Tab. 3.2: Sektorzugehörigkeit des Gesamtkollektivs

3.1.4 Ankunftszeit in der ZNA

Insgesamt konnte bei 2538 Patienten die Vorstellungszeit ermittelt werden, bei 2611 Patienten war es möglich, den Zeitpunkt der Vorstellung in eine der sechs in Tabelle 4.3 aufgeführten Tagesabschnitte einzuordnen.

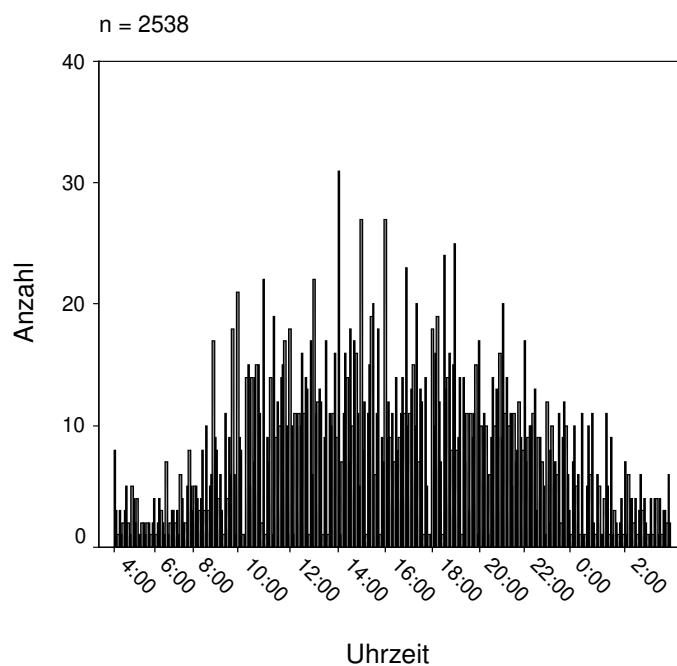


Abb. 3.2: Verteilung der Vorstellungszeiten der Patienten auf 24 Stunden

Uhrzeit	Anzahl	Prozent
04:00 - 07:59 Uhr	130	4,9%
08:00 - 11:59 Uhr	488	18,5%
12:00 - 15:59 Uhr	663	25,2%
16:00 - 19:59 Uhr	625	23,7%
20:00 - 23:59 Uhr	481	18,3%
00:00 - 03:59 Uhr	224	8,5%
fehlende Angaben	21	0,8%
Gesamt	2632	100%

Tab. 3.3: Verteilung der Vorstellungszeiten der Patienten auf 4-Stunden-Tagesabschnitte

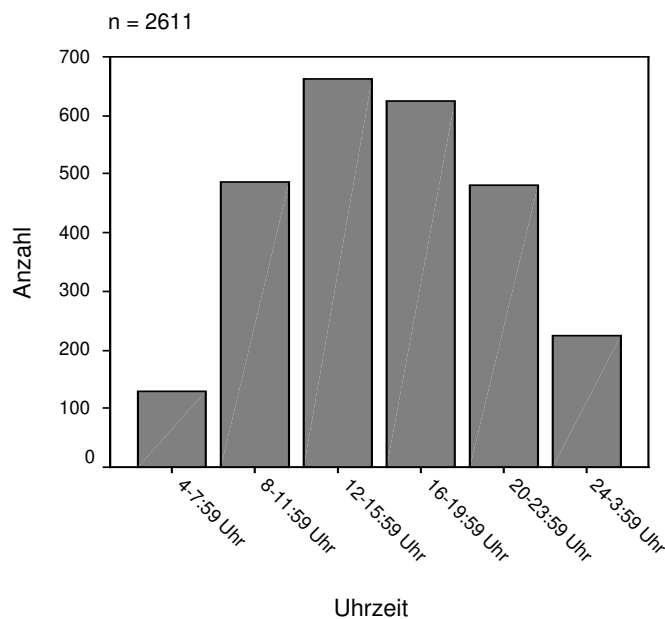


Abb. 3.3: Verteilung der Vorstellungszeiten der Patienten auf 4-Stunden-Tagesabschnitte

3.1.5 Aufenthaltsdauer in der ZNA

Bei 2222 Patienten konnte die Aufenthaltsdauer bestimmt werden. Die minimale Aufenthaltsdauer war 0 Minuten, die maximale lag bei 1310 Minuten (21 Stunden und 50 Minuten). Der Durchschnitt betrug 123,09 Minuten (2 Stunden und 3 Minuten), der Median betrug 95 Minuten (eine Stunde und 35 Minuten).

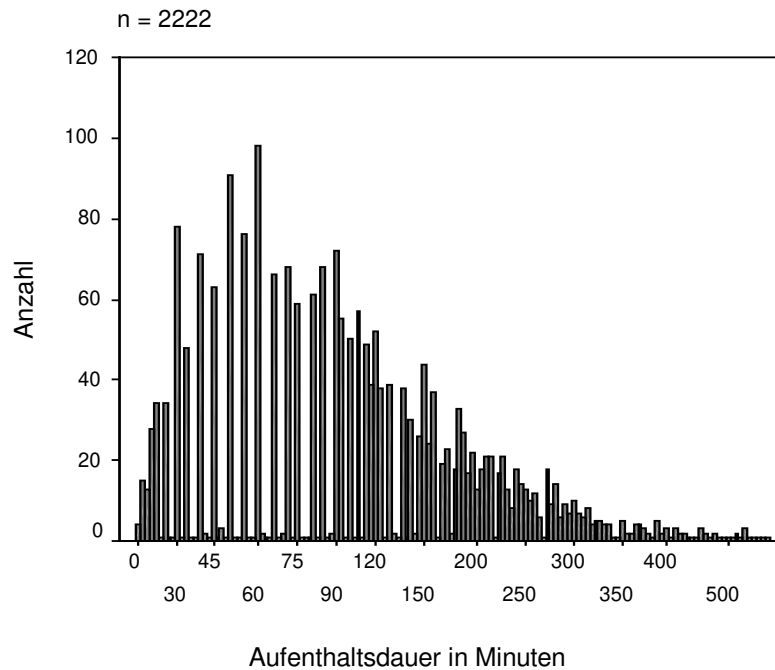


Abb. 3.4: Aufenthaltsdauer der Patienten

60% aller Patienten des Untersuchungskollektivs hatten die ZNA nach drei und fast 80% nach vier Stunden verlassen.

Aufenthaltsdauer	Anzahl	Prozent	Kumm. Prozent
Unter 30 min.	131	5,0%	5,9%
30 - 59 min.	442	16,8%	25,8%
60 - 89 min.	435	16,5%	45,4%
90 - 119 min.	325	12,3%	60,0%
120 - 149 min.	230	8,7%	70,3%
150 - 179 min.	168	6,4%	77,9%
180 - 209 min.	130	4,9%	83,8%
210 - 239 min.	102	3,9%	88,3%
240 - 299 min.	137	5,2%	94,5%
300 - 359 min.	62	2,4%	97,3%
mehr als 360 min.	60	2,3%	100,0%
fehlende Angaben	410	15,6%	
Gesamt	2632	100,0%	

Tab. 3.4: Aufenthaltsdauer der Patienten in der ZNA in Zeitabschnitten von 30 bzw. 60 Minuten

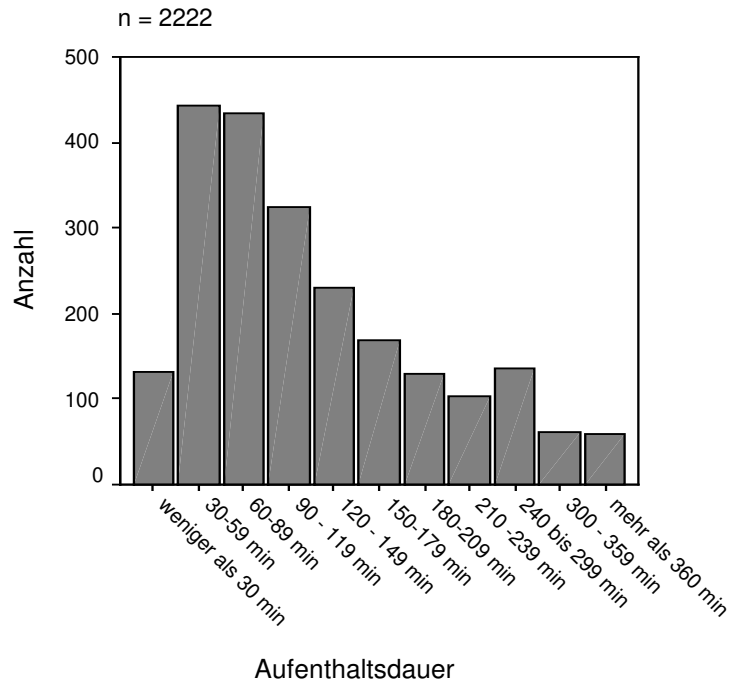


Abb. 3.5: Aufenthaltsdauer der Patienten in 30- bzw. 60-minütige Zeitabschnitten

3.1.6 Wochentag der Vorstellung

Wochentag	Anzahl	Prozent
Montag	415	15,8%
Dienstag	396	15,0%
Mittwoch	394	15,0%
Donnerstag	386	14,7%
Freitag	395	15,0%
Samstag	310	11,8%
Sonntag	336	12,8%
Gesamt	2632	100%

Tab. 3.5: Anzahl der Patienten an den einzelnen Wochentagen

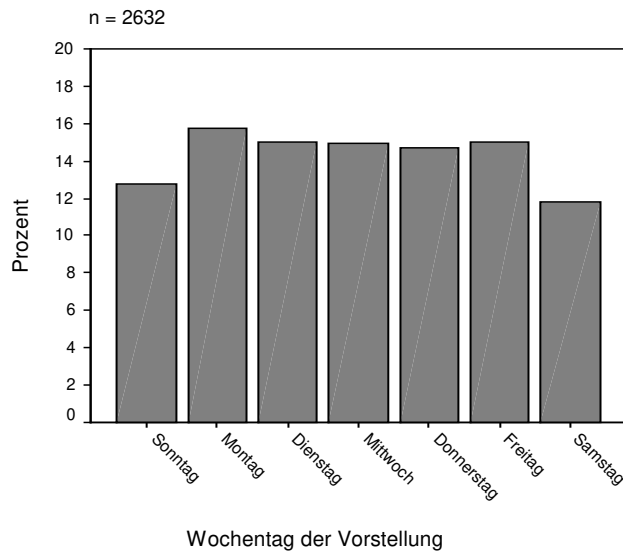


Abb. 3.6: Anzahl der Patienten an den einzelnen Wochentagen

3.1.7 Monat/Quartal der Vorstellung

Im Durchschnitt stellten sich pro Monat etwa 219 Patienten (8,3%) in der ZNA vor. Der Monat mit den wenigsten Vorstellungen war der Oktober mit 194 (7,4%), der Monat mit den meisten Vorstellungen war der Juni mit 252 (9,6%).

Monat	Anzahl	Prozent
Januar	209	7,9%
Februar	211	8,0%
März	238	9,0%
April	204	7,8%
Mai	232	8,8%
Juni	252	9,6%
Juli	232	8,8%
August	233	8,9%
September	222	8,4%
Oktober	194	7,4%
November	207	7,9%
Dezember	198	7,5%
Gesamt	2632	100%

Tab. 3.6: Anzahl der Patienten in der ZNA in den einzelnen Monaten

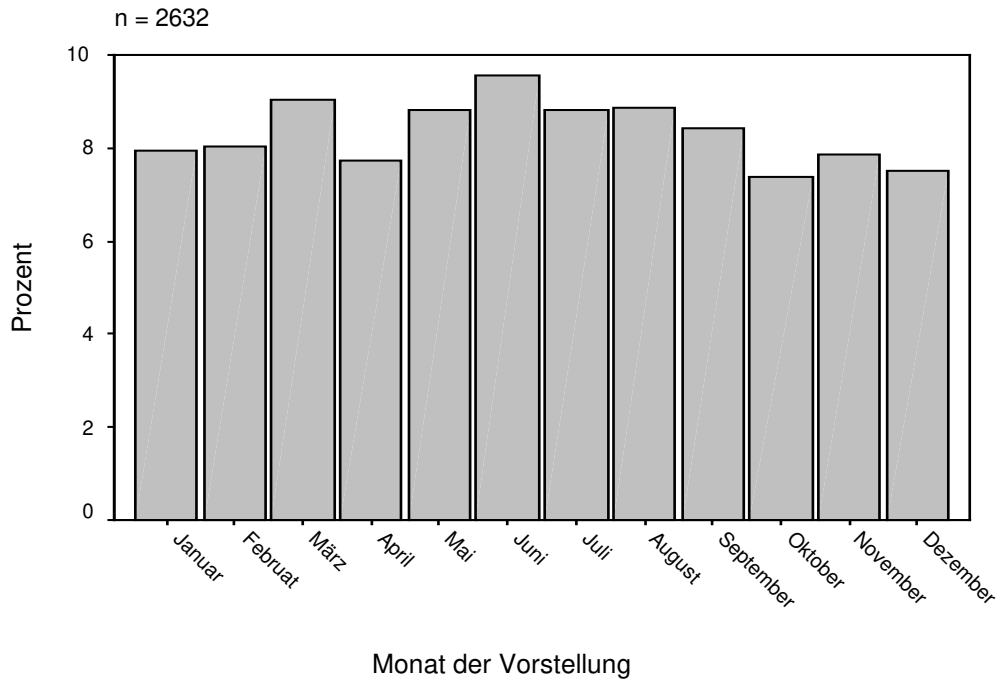


Abb. 3.7: Anzahl der Patienten in den einzelnen Monaten

Pro Quartal stellten sich im Durchschnitt 658 Patienten (25%) vor. Die Zahlen für die Sommerquartale sind mit jeweils 26,1% höher als für die Winterquartale mit 25,0% bzw. 22,8%.

Quartal	Anzahl	Prozent
Jan. - März	658	25,0%
April - Juni	688	26,1%
Juli - Sept.	687	26,1%
Okt. - Dez.	599	22,8%
Gesamt	2632	100%

Tab. 3.7: Anzahl der Patienten in der ZNA pro Quartal

3.2 Untersuchung der Arztbriefe der primärpsychiatrischen Patienten

Vom Gesamtkollektiv $n = 2.632$ wurden 2.069 Patienten primär der Psychiatrie zugeordnet. Von diesen konnten 1842 Briefe mit Dokumentation der Patientenvorstellungen in die Untersuchung aufgenommen werden (89,2%). Bei den fehlenden 10,8% wurde entweder kein Brief geschrieben oder Patienten

wurden nicht persönlich von einem der diensthabenden Ärzten angetroffen (weil sie die ZNA vorher wieder verlassen hatte), so dass nur ein kurzer Vermerk und keine Dokumentation angefertigt wurde.

3.2.1 Herkunftsort der Patienten

162 Patienten (8,9%) kamen aus einer professionell betreuten Umgebung (Pflegeheim, betreutes Wohnen, Krankenhaus, soziale Einrichtung), 1348 (73,4%) von Zuhause oder der Arbeitsstelle und 134 Patienten (7,3%) waren in gar keiner häuslichen Umgebung sondern unterwegs, bevor sie sich in der ZNA vorstellten

Herkunftsort	Anzahl	Prozent
Nicht angegeben/ unklar	175	9,5%
Zuhause	1341	72,9%
Som. Krankenhaus	37	2,0%
Psych. Krankenhaus	9	0,5%
Unterwegs/ draußen	134	7,3%
Arbeitsstelle	7	0,4%
Betreutes Wohnen	69	3,8%
Pflegeheim	23	1,3%
Soziale Einrichtung	24	1,3%
Polizeiwache	9	0,5%
Sonstiges	11	0,6%
Gesamt	1839	100%

Tab. 3.8: (unmittelbarer) Herkunftsort der Patienten

3.2.2 Begleitung

18,2% der Patienten kamen mit Verwandten oder Bekannten und 20,9% in anderer Begleitung (Polizei, Rettungsdienst, rechtl. Betreuer(in), sonstige), fast die Hälfte (48,2%) der Patienten stellte sich alleine in der ZNA vor.

Begleitung	Anzahl	Prozent
Nicht angegeben/unklar	234	12,7%
Alleine	887	48,2%
Angehörige/Bekannte	334	18,2%
Polizei	109	5,9%
Rettungsdienst	213	11,6%
Rettungsdienst + Polizei	14	0,8%
Rechtl. Betreuer(in)	20	1,1%
Sonstige	28	1,5%
Gesamt	1839	100%

Tab. 3.9: Begleitung der Patienten

3.2.3 Initiierung der Vorstellung in der ZNA

Mit 56,8% kam die Mehrheit der Patienten aus Eigeninitiative in die ZNA, 25,9% stellten sich durch Motivation dritter (Angehörige, Ärzte, Sozialarbeiter etc.) vor. In 7,8% aller Fälle führten besondere Umstände zu einer Vorstellung in der ZNA.

Initiierung	Anzahl	Prozent
Nicht angegeben/ unklar	175	9,5%
Selbst. aus Krankheitseinsicht/-verdacht	1044	56,8%
Vermittlung durch Angehörige	215	11,7%
Hilflos/sozial auffällig/Ausnahmestand	144	7,8%
Vermittlung durch Sozialarbeiter/ rechtl. Betreuung/ Psychologen	57	3,1%
Überweisung von anderem Krankenhaus/ Arzt	204	11,1%
Gesamt	1839	100,0%

Tab. 3.10: Initiierung der Vorstellung

3.2.4 Überweisungen

86% der Patienten kamen ohne eine ärztliche Einweisung in die ZNA, 14% hatten ein Einweisungsschreiben. Von den letzteren hatten 18,3% eine psychiatrisch-fachärztliche Einweisung, 31,9% eine andere ärztliche Einweisung in die Psychiatrie. 15,2% wurden aus einem anderen Krankenhaus überwiesen, 11,3% wurden von ihrem rechtlichen Betreuer eingewiesen und bei 13,3% fehlten nähere Angaben dazu.

Einweiser	Anzahl	Prozent
niedergel. psychiatrische Ärzte vom Dienst	52	20,2%
Hausarzt	53	20,6%
Notarzt	16	6,2%
psychiatr. Notdienst	14	5,4%
anderes Krankenhaus	39	15,2%
rechtlicher Betreuer(in)	29	11,3%
Beratungsstelle	7	2,7%
ärztlicher Notdienst	13	5,1%
ohne nähere Angabe	34	13,2%
Gesamt	257	100,0%

Tab. 3.11: Anzahl der unterschiedlichen Einweisungen der Patienten

3.2.5 Zwangseinweisungen und Fixierungsmaßnahmen

In der ZNA wurden in 2002 30 Mal Fixierungsmaßnahmen dokumentiert. Davon kamen 14 Patienten (0,8%) bereits fixiert in die ZNA, 16 (0,9%) wurden vor Ort im Laufe der Behandlung fixiert.

Ausserdem wurden 101 Zwangseinweisungen (5,5%) nach § 18 NdsPsychKG verzeichnet. 70 Patienten (3,8%) kamen bereits mit erlassenem Unterbringungsbeschluss nach §18 NdsPsychKG in die ZNA, bei 31 Fällen

(1,7%) wurde eine Unterbringung mittels §18 NdsPsychKG in der ZNA während der Behandlung beantragt und erlassen.

3.2.6 Betreuungstatus

Betreuung	Anzahl	Prozent
Patient hat keine rechtl. Betreuung	1677	91,2%
Patient hat rechtl. Betreuung	162	8,8%
Gesamt	1839	100,0%

Tab. 3.12: Anzahl der Patienten mit rechtlichen Betreuern

3.2.7 Präklinische Medikamentenbehandlung

Einige Patienten wurden bereits vor Ankunft in der ZNA ärztlicherseits medikamentös behandelt. Die verabreichten Medikamente zeigt Tabelle 4.13.

Medikament	Anzahl der Patienten
Diazepam	9
Haloperidol	4
Midazolam	3
Oxazepam	1
Promethazin	1
Dikaliumchlorazepat	1
Phenytoin	1
Ketamin	1

Tab. 3.13: Name und Häufigkeit präklinisch gegebener Medikamente

3.2.8 Medikamentengabe in der ZNA

Insgesamt wurden in 267 Fällen Medikamente in der ZNA gegeben. Die sechs häufigsten Substanzen mit ihrer Durchschnittsdosis zeigt Tabelle 4.14.

Medikament	Anzahl der Patienten	Durchschnittsdosis
Lorazepam	68	1,53 mg
Carbamazepin	57	394,74 mg
Diazepam	44	10,98 mg
Haloperidol	27	7,04 mg
Chlormethiazol	18	437,76 mg
Chlorprothixen	9	52,22 mg

Tab. 3.14: Name, Häufigkeit und Durchschnittsdosis von in der ZNA verabreichten Medikamenten

3.2.9 Verteilung der Patienten auf die Diagnosegruppen nach ICD-10

Die 1839 Patienten, die als primär psychiatrische Patienten in der ZNA vorstellig wurden, verteilten sich wie folgt auf die Diagnosegruppen nach ICD-10.

Diagnose	Anzahl	Prozent
F0	69	3,8%
F1	672	36,5%
F2	391	21,3%
F3	208	11,3%
F4	332	18,1%
F5	10	0,5%
F6	122	6,6%
F7	1	0,1%
F9	2	0,1%
Ohne Angaben	32	1,7%
Gesamt	1839	100,0

Tab. 3.15: Häufigkeit der Vergabe von Diagnosen nach ICD-10

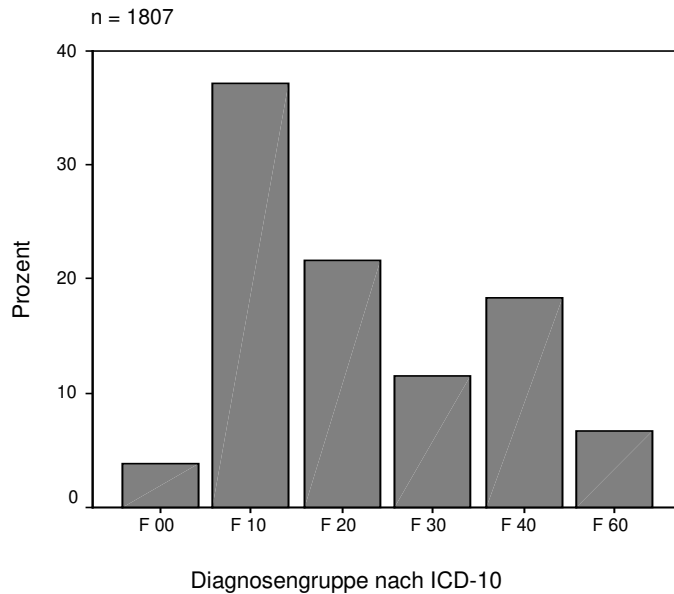


Abb. 3.8: Häufigkeiten der Diagnosegruppen

3.2.10 Die 10 häufigsten Diagnosen nach ICD-10 Kapitel F

Mit 371 Patienten (20,2%) war die akute Alkoholintoxikation (F10.00) die häufigste Diagnose, gefolgt von Schizophrenie (F20.00) mit 262 Patienten (14,2%) und der akuten Belastungsreaktion (F43.00) mit 123 Patienten (6,7%).

Diagnose	Anzahl	Prozent
10.00	371	20,2%
20.00	262	14,2%
43.00	123	6,7%
32.10	77	4,2%
60.31	72	3,9%
25.90	52	2,8%
10.25	50	2,7%
19.25	46	2,5%
43.20	41	2,2%
10.30	34	1,8%

Tab. 3.16: Die 10 häufigsten Diagnosen nach ICD-10

3.2.11 Gemessene Alkoholintoxikationen

Bei 480 Patienten (26,1%) wurde ein positiver Atem- bzw. Blutalkoholspiegel gemessen. Der Median lag bei 2,33 Promille.

Kennwert	Alkoholwert in Promille
Median	2,50
Durchschnitt	2,33
Standardabweichung	1,02
Minimum	0,02
Maximum	5,85

Tab. 3.17: Atem- bzw. Blutalkoholspiegel der Patienten

Alkoholwert in Promille	Anzahl	Prozent
Bis 0,49	32	6,7%
0,5 bis 0,99	23	4,8%
1,00 bis 1,49	34	7,1%
1,50 bis 1,99	73	15,2%
2,00 bis 2,49	86	17,9%
2,50 bis 2,99	104	21,7%
3,00 bis 3,49	78	16,3%
3,50 bis 3,99	38	7,9%
4,00 bis 4,99	10	2,1%
mehr als 5,00	2	0,4%
Gesamt	480	100,0%

Tab. 3.18: Gemessene Promillewerte unter den Patienten

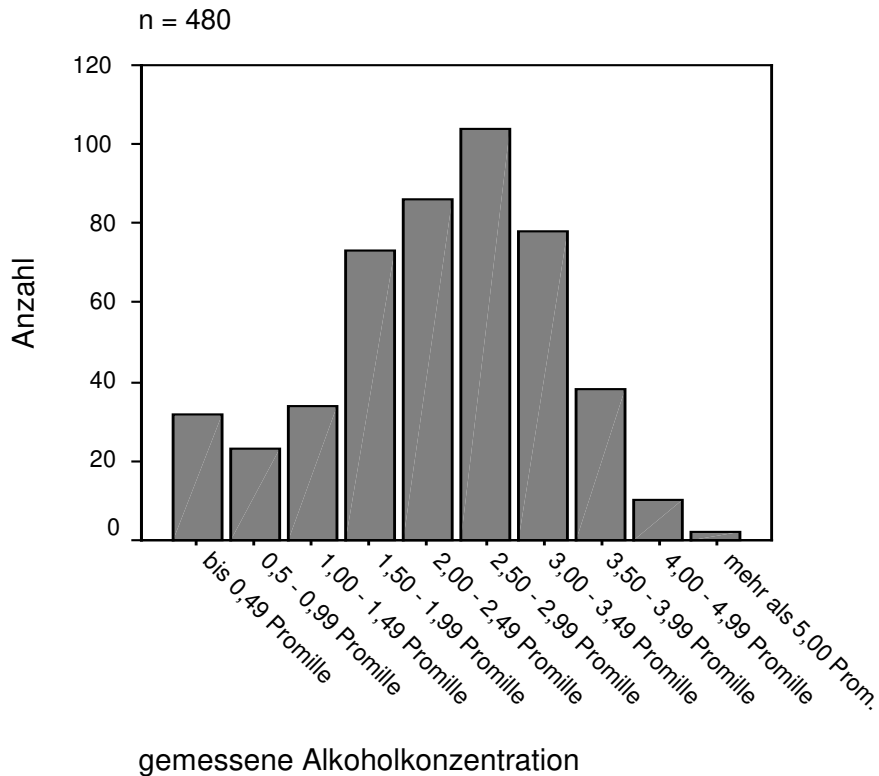


Abb. 3.9: Alkoholverte

3.2.12 Suizidalität

12,1% der Patienten waren suizidal, bei 5,8% der Patienten war ein Suizidversuch (Mit-)Einweisungsgrund und bei 82,2% der Patienten lag keine Suizidalität vor.

Suizidalität	Anzahl	Prozent
Keine Suizidalität	1511	82,2%
Suizidalität vorhanden	222	12,1%
Zustand nach Suizidversuch	106	5,8%
Gesamt	1839	100,0%

Tab. 3.19: Häufigkeit von Suizidalität bzw. Zustand nach Suizidversuch in der ZNA

Die häufigste Form des Suizidversuchs war die Medikamentenintoxikation mit 49 Fällen (45,8%) gefolgt von Schnittverletzungen in 28 Fällen (26,2%) und Sprung aus großer Höhe in 6 Fällen (5,6%).

3.2.13 Diagnostik in der ZNA

Es ist Standard für die behandelnden psychiatrischen Ärzte vom Dienst der ZNA, jeden Patienten körperlich zu untersuchen. In 21,5% aller Fälle wurde dies aus verschiedenen Gründen in der ZNA nicht durchgeführt (Aufschiebung zu einem späteren Zeitpunkt auf Station aus Zeit-/Platzmangel; Untersuchung wurde vom Patienten abgelehnt).

Diagnostische Maßnahme	Anzahl der Patienten	Prozent
Körperliche Untersuchung	1625	78,5%
Blutabnahme	834	40,3%
EKG	234	11,3%
Toxikologie	37	1,8%
CCT	37	1,8%
Röntgen	8	<1%
EEG	4	<1%
MRT	2	<1%

Tab. 3.20: Diagnostische Maßnahmen in der ZNA

3.2.14 Mitbehandlung durch andere Disziplinen

515 der primär der psychiatrischen Abteilung zugeordneten Patienten (28,0%) wurden noch von Ärzten anderer Disziplinen konsiliarisch gesehen.

Konsile	Anzahl der Patienten	Prozent
Kein Konsil	1412	72,0%
Ein Konsil	427	23,2%
Zwei Konsile	77	4,2%
Drei Konsile	11	0,6%

Tab. 3.21: Häufigkeit von Konsilen bei den primär psychiatrischen Patienten

Am häufigsten wurden Ärzte der Abteilung Innere Medizin, Neurologie und Unfallchirurgie hinzugezogen.

Disziplin	Anzahl
Innere Medizin	262
Neurologie	117
Unfallchirurgie	100
Anästhesie	12
HNO	6
Zahn-Mund-Kieferheilkunde	5
Neurochirurgie	5
Urologie	4
Augenheilkunde	2
Rechtsmedizin	1
Thorax-und Gefäßchirurgie	1

Tab. 3.22: Häufigkeit der einzelnen Disziplinen an Mitbehandlungen

3.2.15 Verbleib der Patienten

945 Patienten (51,4%) wurden im Anschluss an die Behandlung in der ZNA psychiatrisch aufgenommen, entweder in den psychiatrischen Abteilungen der MHH (40,8%) oder in den psychiatrischen Abteilungen eines anderen Krankenhauses (10,6%). 106 Patienten (5,8%) wurden auf einer somatischen Station der MHH oder eines anderen Krankenhauses aufgenommen. Von den verbliebenen 788 Patienten (42,8%) konnten 674 (36,7%) ambulant in der ZNA behandelt und anschließend entlassen werden, 50 (2,7%) gingen gegen ärztlichen Rat und 57 (3,1%) verließen die ZNA ohne oder vor Abschluß der Behandlung. In 7 Fällen (0,4%) mussten Patienten von Polizei bzw. Sicherheitsdienst aus der ZNA entfernt werden.

Verbleib	Anzahl	Prozent
Aufnahme Psychiatrie in der MHH	750	40,8%
Aufnahme Psychiatrie im Krankenhaus Langenhagen	89	4,8%
Aufnahme Psychiatrie im Krankenhaus Wahrenndorff	65	3,5%
Aufnahme Psychiatrie im Krankenhaus Wunstorf	16	0,9%
Aufnahme Psychiatrie im Krankenhaus Bad Rehburg	15	0,8%
Aufnahme Psychiatrie in sonstigen Krankenhäusern	10	0,5%
Aufnahme somatische Station in der MHH	96	5,2%
Aufnahme somat. Station in sonstigen Krankenhäusern	10	0,5%
Ambulanter Verbleib	674	36,7%
Patient geht gegen ärztlichen Rat	50	2,7%
Pat. ohne oder vor Abschluß der Behandlung entwichen	57	3,1%
Pat. Von Sicherheitsdienst/ Polizei aus ZNA entfernt	7	0,4%
Gesamt	1839	100,0

Tab. 3.23: Verbleib der Patienten

3.2.16 Ambulant mitgegebene Medikamente

85 der Patienten, die nicht stationär aufgenommen wurden, bekamen als Übergangsmedikation ein Medikament, 9 bekamen zwei Medikamente ambulant mit nach Hause.

Ambulant mitgegebenes Medikament	Anzahl der Patienten
Lorazepam	25
Chlorprothixen	21
Diazepam	17
Promethazin	14
Oxazepam	7

Tab. 3.24: Die fünf häufigsten den Patienten ambulant mitgegebenen Medikamente

3.2.17 Angesetzte medikamentöse Therapie

Insgesamt wurden bei 77 aller in der ZNA primär psychiatrisch gesehenen Patienten unabhängig vom späteren Verbleib eins, bei 173 wurden mindestens zwei oder mehr Medikamente verschrieben bzw. angesetzt.

Medikamente	Anzahl der Patienten
Carbamazepin	81
Chlormethiazol	54
Vitamin B/ Multivitamine	51
Lorazepam	39
Chlorprothixen	26
Mirtazapin	25
Diazepam	18
Haloperidol	12
Oxazepam	11
Promethazin	10
Biperiden	10
Paroxetin	10

Tab. 3.25: Die 10 am häufigsten in der ZNA verschriebenen/angesetzten Medikamente

3.2.18 Empfehlungen

Bei 559 der Patienten, die nicht aufgenommen wurden, wurde durch den behandelnden psychiatrischen Arzt vom Dienst der ZNA eine Empfehlung für das weitere Prozedere im Arztbrief niedergelegt. In 77,5% wurde eine konkrete Institution genannt, an die sich der Patient wenden sollte, in 22,5% der Fälle wurde dies schriftlich nicht näher erläutert.

Empfehlung	Anzahl	Prozent
Amb. Behandlung, nicht näher ausgeführt	126	22,5%
Vorstellung beim Hausarzt	31	5,5%
Vorstellung beim FA Psychiatrie	98	17,5%
Vorstellung in Drogenberatungsstelle	115	20,6%
Vorstellung in Poliklinik	27	4,8%
Vorstellung bei psych. Beratungsstelle	42	7,5%
Vorstellung Kinder- und Jugendpsychiatrie	9	1,6%
Stat. Aufnahme geplant	12	2,1%
Elektive Aufnahme (im Sektorkrankenhaus)	35	6,3%
Wiedervorstellung (bei Exazerbation)	37	6,6%
Vorstellung Psychosomatik	7	1,3%
Vorstellung in einer somatischen Disziplin	9	1,6%
Vorstellung bei Tagesklinik	3	0,5%
Vorstellung bei sonstigen	8	1,4%
Gesamt	559	100,0%

Tab. 3.26: Empfohlene Institutionen der behandelnden psychiatrischen Ärzten vom Dienst an den Patienten

3.2.19 Mehrfache Vorstellungen

Von dem unter 4.1 charakterisierten primärpsychiatrischen Kollektiv sind 371 Patienten im Jahr 2002 mehr als einmal in der ZNA vorstellig gewesen und ergaben 1221 der Patientenkontakte (46,5%), die übrigen 1411 (53,5%) waren nur einmal vorstellig.

Patientenanzahl	Menge der Kontakte	Prozent
1411	1	53,5%
215	2	16,3%
68	3	7,7%
79	> 4 < 10	16,5%
9	> 10	6,0%
1782	2632	100%

Tab. 3.27: Anzahl der Kontakte in der ZNA pro Patient

3.3 Charakterisierung der einzelnen Diagnosegruppen nach ICD-10

Es wurden nun die einzelnen Diagnosegruppen nach ICD-10 anhand der Variablen Geschlecht, Alter, Diagnose, Suizidalität und stationäre Aufnahme näher beschrieben.

3.3.1 F0: Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen

Von 69 Patienten, bei denen eine Diagnose aus dem Kapitel F00 nach ICD-10 bestand, waren 28 (40,6%) männlich und 41 (59,4%) weiblich. Das durchschnittliche Alter der Patienten betrug 72,4 Jahre, der jüngste Patient war 31, der Älteste 96 Jahre alt.

Kennwert	Alter in Jahren
Mittelwert	71,8
Median	76,3
Standardabweichung	15,9
Minimum	31
Maximum	96

Tab. 3.28: Alter der Patienten aus der F0-Gruppe

Die Diagnose F03 (nicht näher bezeichnete Demenz) wurde mit 27 (39,1%) Nennungen am häufigsten vergeben, gefolgt von F05.90 (nicht näher bezeichnetes Delir) mit 23 (33,3%) Nennungen.

Diagnose	Anzahl	Prozent
F03	27	39,1%
F05.90	23	33,3%
F00.90	3	4,3%
F05.10	3	4,3%
Gesamt	56	81,0%

Tab. 3.29: Die häufigsten Diagnosen aus dem Kapitel F0

In den Arztbriefen der Patienten dieser Diagnosegruppe wurde in keinem Fall ein Suizidversuch beschrieben, es wurde auch keiner der Patienten in der ZNA als suizidal eingeschätzt. 53 Patienten (76,8%) wurden auf eine psychiatrische Station und 6 (8,7%) auf eine somatische Station der MHH oder eines anderen Krankenhauses aufgenommen, 10 Patienten (14,5%) wurden nicht aufgenommen.

Verbleib	Anzahl	Prozent
Psychiatrische Aufnahme	53	76,8%
Somatische Aufnahme	6	8,7%
Nicht aufgenommen	10	14,5%
Gesamt	69	100,0

Tab. 3.30: Häufigkeit der stationären Aufnahme unter den Patienten der F0-Diagnosegruppe

3.3.2 F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Unter den Patienten mit einer Diagnose aus dem Kapitel F1 nach ICD-10 waren 469 Männer (69,8%) und 203 Frauen (30,2%). Die Patienten waren im Durchschnitt 42,1 Jahre alt, der jüngste Patient war 16, der älteste 88 Jahre alt.

Kennwert	Alter in Jahren
Mittelwert	42,1
Median	41,6
Standardabweichung	12,3
Minimum	16
Maximum	88

Tab. 3.31: Alter der Patienten der F1-Diagnosegruppe

Die Diagnose F10.00 (akute Alkoholintoxikation) wurde bei 371 Patienten gestellt und war damit die häufigste, gefolgt von F10.25 (chronische Alkoholabhängigkeit) mit 50 (7,4%) und F19.25 (chronische Politoxikomanie) mit 46 Patienten (6,8%).

Diagnose	Anzahl	Prozent
F10.00	371	55,2%
F10.25	50	7,2%
F19.25	46	6,8%
F10.30	34	5,1%
F10.20	23	3,4%

Tab. 3.32: Die häufigsten Diagnosen aus dem Kapitel F1

Von allen Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich der Störungen durch psychotrope Substanzen wurden in der ZNA 78 (11,6%) als suizidal eingeschätzt, in 31 Fällen (4,6%) lag ein Suizidversuch vor.

Suizidalität	Anzahl	Prozent
Keine	563	83,8%
Suizidalität vorhanden, kein Versuch	78	11,6%
Suizidversuch als (Mit-) Einweisungsgrund	31	4,6%
	672	100,0%

Tab. 3.33: Suizidalität unter Patienten der F1-Diagnosegruppe

334 Patienten (49,7%) wurden sofort psychiatrisch, 74 (11,0%) auf eine somatische Station aufgenommen.

Verbleib	Anzahl	Prozent
Psychiatrische Aufnahme	334	49,7%
Somatische Aufnahme	74	11,0%
Nicht aufgenommen	264	39,3%
Gesamt	672	100,0%

Tab. 3.34: Häufigkeit von stationärer Aufnahme von Patienten der F1-Diagnosegruppe

3.3.3 F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

391 Patienten erhielten eine Diagnose aus dem Kapitel F2, darunter waren 210 Männer (53,7%) und 181 Frauen (46,3%). Das Durchschnittsalter dieser Patienten betrug 41,6 Jahre, die Altersspanne reichte von 17 bis 88 Jahren.

Kennwert	Alter in Jahren
Mittelwert	41,6
Median	39,8
Standardabweichung	13,0
Minimum	17
Maximum	88

Tab. 3.35: Alter von Patienten der F2-Diagnosegruppe

Mit 262 Verzeichnungen (67,0%) wurde unter diesen Patienten die Diagnose F20.00 (paranoide Schizophrenie) am häufigsten gestellt, gefolgt von F25.9 (nicht näher bezeichnete schizoaffektive Störung) in 52 der Fälle (13,3%).

Diagnose	Anzahl	Prozent
F20.00	262	67,0%
F25.90	52	13,3%
F25.00	15	3,8%
F22.00	14	3,6%
F20.50	12	3,1%

Tab. 3.36: Die fünf häufigsten Diagnosen von Patienten der F2-Diagnosegruppe

Ausserdem wurden 25 Patienten (6,4%) in der ZNA als suizidal eingeschätzt, vier hatten vor Aufnahme versucht, sich zu suizidieren.

Suizidalität	Anzahl	Prozent
Keine	362	92,6%
Suizidalität vorhanden, kein Versuch	25	6,4%
Suizidversuch als (Mit-) Einweisungsgrund	4	1,0%
	391	100,0%

Tab. 3.37: Häufigkeit von Suizidalität unter Patienten der F2-Diagnosegruppe

215 der Patienten (55,0%) wurden psychiatrisch aufgenommen, 3 (0,8%) kamen auf eine somatische Station.

Verbleib	Anzahl	Prozent
Psychiatrische Aufnahme	215	55,0%
Somatische Aufnahme	3	0,8%
Nicht aufgenommen	173	44,2%
Gesamt	391	100,0%

Tab. 3.38: Häufigkeit von stationärer Aufnahme von Patienten der F2-Diagnosegruppe

3.3.4 F3: Affektive Störungen

Unter den Patienten mit affektiven Störungen waren 141 weiblich (67,8%) und 67 männlich (32,2%). Das Alter der Patienten dieser Gruppe reichte von 17 bis zu 90 Jahren und betrug im Durchschnitt 48,1 Jahre.

Kennwert	Alter in Jahren
Mittelwert	48,1
Median	47,0
Standardabweichung	17,6
Minimum	17
Maximum	90

Tab. 3.39: Alter von Patienten der F3-Diagnosegruppe

Die am häufigsten gestellte Diagnose mit 77 Patienten (37,0%) war F32.10 (mittelgradige depressive Episode), gefolgt von F32.20 (schwere depressive Episode) mit 25 Patienten (12,0%).

Diagnose	Anzahl	Prozent
F32.10	77	37,0%
F32.20	25	12,0%
F31.10	11	5,3%
F33.10	10	4,8%

Tab. 3.40: Die häufigsten Diagnosen unter Patienten der F3-Diagnosegruppe

In der ZNA wurden 44 Patienten (21,2%) als suizidal eingeschätzt, 22 (10,6%) waren nach einem Suizidversuch vorstellig.

Suizidalität	Anzahl	Prozent
Keine	142	68,3%
Suizidalität vorhanden, kein Versuch	44	21,2%
Suizidversuch als (Mit-) Einweisungsgrund	22	10,6%
Gesamt	208	100,0%

Tab. 3.41: Häufigkeit von Suizidalität unter Patienten der F3-Diagnosegruppe

132 Patienten (63,5%) wurden psychiatrisch, 6 (2,9%) somatisch aufgenommen.

Verbleib	Anzahl	Prozent
Psychiatrische Aufnahme	132	63,5%
Somatische Aufnahme	6	2,9%
Nicht aufgenommen	208	33,7%
Gesamt	208	100,0%

Tab. 3.42: Häufigkeit von stationärer Aufnahme unter Patienten der F3-Diagnosegruppe

3.3.5 F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen

Von den 332 Patienten, die eine Diagnose aus dem Kapitel F4 bekamen, waren 192 Frauen (57,8%) und 140 Männer (42,2%). Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 38,0 Jahre, der jüngste Patient war 17, der Älteste 86 Jahre alt.

Kennwert	Alter in Jahren
Mittelwert	38,0
Median	36,6
Standardabweichung	13,2
Minimum	17
Maximum	86

Tab. 3.43: Alter der Patienten der F4-Diagnosegruppe

Die Diagnose mit den meisten Nennungen war die F43.00 (akute Belastungsreaktion) mit 123 Patienten (37,0%) gefolgt von F43.20 (Anpassungsstörung) mit 41 Patienten (12,3%) und F41.90 (nicht näher bezeichnete Angststörung) mit 30 Patienten (9,0%).

Diagnose	Anzahl	Prozent
F43.00	123	37,0%
F43.20	41	12,3%
F41.90	30	9,0%
F43.21	28	8,4%
F41.00	15	4,5%

Tab. 3.44: Die häufigsten Diagnosen unter den Patienten der F4-Diagnosegruppe

43 Patienten (13,0%) wurden in der ZNA als suizidal eingestuft, während 34 (10,2%) Patienten im Zustand nach einem Suizidversuch in die ZNA kamen.

Suizidalität	Anzahl	Prozent
Keine	255	76,8%
Suizidalität vorhanden, kein Versuch	43	13,0%
Suizidversuch als (Mit-) Einweisungsgrund	34	10,0%
Gesamt	332	100,0%

Tab. 3.45: Suizidalität unter den Patienten der F4-Diagnosegruppe

Von den Patienten dieser Gruppe wurden 133 (40,1%) psychiatrisch und 5 (1,5%) somatisch aufgenommen.

Verbleib	Anzahl	Prozent
Psychiatrische Aufnahme	133	40,1%
Somatische Aufnahme	5	1,5%
Nicht aufgenommen	194	58,4%
Gesamt	332	100,0%

Tab. 3.46: Häufigkeit von stationärer Aufnahme unter den Patienten der F4-Diagnosegruppe

3.3.6 F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Von diesen Patienten waren 99 weiblich (81,1%) und 23 männlich (18,9%).

Das Alter der Patienten reichte von 15 bis 60 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 31,5 Jahre.

Kennwert	Alter in Jahren
Mittelwert	31,5
Median	30,4
Standardabweichung	8,9
Minimum	15
Maximum	60

Tab. 3.47: Alter unter den Patienten der F6-Diagnosegruppe

72 der Patienten (59,0%) erhielten die am häufigsten genannte Diagnose F60.31 (emotional-instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typ). Am zweithäufigsten mit 23 Patienten (18,9%) wurde die Diagnose F60.90 (nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung) gestellt, gefolgt von F60.30 (emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ) in 15 der Fälle (12,3%).

Diagnose	Anzahl	Prozent
F60.31	72	59,0%
F60.90	23	18,9%
F60.30	15	12,3%

Tab. 3.48: Die drei häufigsten Diagnosen der Patienten der F6-Diagnosegruppe

32 dieser Patienten (26,2%) schätzten die psychiatrischen Ärzte vom Dienst als suizidal ein, während 13 (10,7%) bereits versucht hatten, sich zu suizidieren.

Suizidalität	Anzahl	Prozent
Keine	77	63,1%
Suizidalität vorhanden, kein Versuch	32	26,2%
Suizidversuch als (Mit-) Einweisungsgrund	13	10,7%
Gesamt	122	100,0%

Tab. 3.49: Suizidalität unter den Patienten der F6-Diagnosegruppe

66 dieser Patienten (54,1%) wurden psychiatrisch und 6 (4,9%) somatisch aufgenommen.

Verbleib	Anzahl	Prozent
Psychiatrische Aufnahme	66	54,1%
Somatische Aufnahme	6	4,9%
Nicht aufgenommen	50	41,0%
Gesamt	122	100,0%

Tab. 3.50: Häufigkeit von stationärer Aufnahme unter Patienten der F6-Diagnosegruppe

3.4 Konsiliarisch untersuchten Patienten

Es wird nun das Patientenkollektiv der von den psychiatrischen Ärzten vom Dienst der ZNA konsiliarisch untersuchten Patienten charakterisiert. 397 Konsilbögen konnten ausgewertet werden, was 81,1% dieses Kollektivs entspricht.

3.4.1 Verteilungen der Patienten auf die Diagnosegruppen nach ICD-10

Von den 397 Patienten lag in 20 (5,0%) Fällen keine akute psychiatrische Störung, die nach ICD-10 Kapitel F codiert ist, vor.

Diagnosegruppe	Anzahl	Prozent
F0	21	5,6%
F1	193	51,2%
F2	23	6,1%
F3	24	6,4%
F4	93	24,7%
F5	4	1,1%
F6	17	4,5%
F9	2	0,5%
Gesamt	377	100,0

Tab. 3.51: Verteilung der Konsilpatienten auf die Diagnosegruppen nach ICD-10

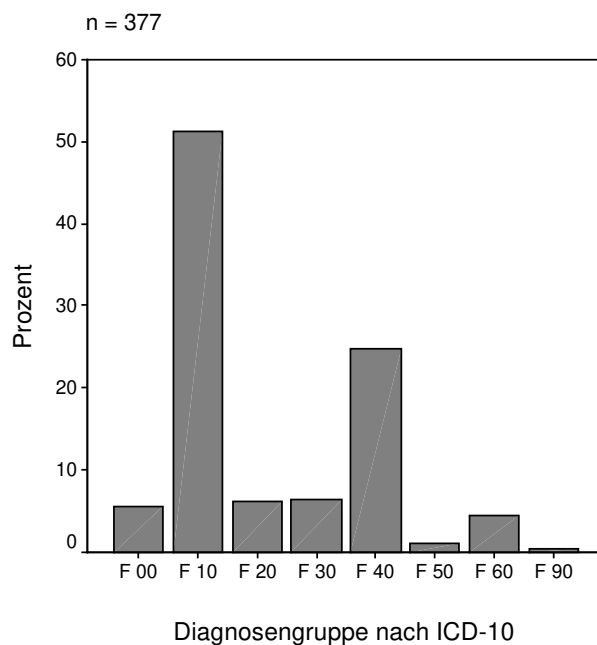


Abb. 3.10: Verteilung der Konsilpatienten auf die Diagnosegruppen nach ICD-10

3.4.2 Die 10 häufigsten vierstelligen Diagnosen nach ICD-10 Kapitel F

Die häufigste Diagnose, die in der Gruppe der Konsilpatienten gestellt wurde, war mit 88 Fällen (23,2%) F10.00 (akute Alkoholintoxikation), gefolgt von F43.00 (Akute Belastungsreaktion) mit 28 (7,4%) und F19.25 (chronische Politoxikomanie) mit 27 Patienten (7,1%).

Diagnose	Anzahl	Prozent
F10.00	87	21,9%
F43.00	28	7,1%
F19.25	27	6,8%
F10.31	19	4,8%
F19.00	14	3,5%
F20.00	14	3,5%
F60.31	14	3,5%
F32.10	13	3,3%
F43.20	13	3,3%
F43.21	11	2,8%

Tab. 3.52: Die häufigsten zehn Diagnosen unter den Konsilpatienten

3.4.3 Primärdisziplin und weitere Konsile

In 392 Fällen war die Primärdisziplin der Patienten angegeben, am häufigsten war dies die Abteilung Innere Medizin in 213 Fällen (53,4%).

Primärdisziplin	Anzahl der Patienten	Prozent
Innere Medizin	213	53,4%
Neurologie	97	24,7%
Unfallchirurgie	62	15,8%
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	8	2,0%
Augenheilkunde	3	<1%
Urologie	3	<1%
Anästhesie	2	<1%
Neurochirurgie	1	<1%
Zahn-Mund-Kiefer-Heilkunde	1	<1%

Tab. 3.53: Häufigkeit der Primärdisziplinen

Von 132 der Patienten, die primär einer anderen Disziplin zugeordnet und von den psychiatrischen Ärzten vom Dienst der ZNA konsiliarisch gesehen wurden,

erhielten 102 Patienten noch ein weiteres, 27 zwei und 3 Patienten drei weitere Konsile.

Konsildisziplin	Anzahl der Patienten
Neurologie	42
Innere Medizin	39
Unfallchirurgie	29
Neurochirurgie	18
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	9
Zahn-Mund-Kiefer-Heilkunde	7
Augenheilkunde	5
Anästhesie	5
Urologie	2
Thorax- & Gefäßchirurgie	2

Tab. 3.54: Häufigkeit der weiteren Konsile unter den Konsilpatienten

3.4.4 Suizidalität

Fünf der Patienten (1,3%) wurden von den psychiatrischen Ärzten vom Dienst der ZNA, die bei diesen Patienten als Konsiliar tätig waren, als suizidal eingestuft. 42 der Patienten (10,5%) waren wegen eines Suizidversuchs in der ZNA vorstellig.

Suizidalität	Anzahl	Prozent
Keine	350	88,2%
Suizidalität vorhanden, kein Versuch	5	1,3%
Suizidversuch als (Mit-) Einweisungsgrund	42	10,6%
Gesamt	397	100,0%

Tab. 3.55: Häufigkeit von Suizidalität unter Konsilpatienten

3.4.5 Alkoholintoxikation bei Konsilpatienten

Bei 151 Patienten wurden positive Atem- und/oder Blutalkoholwerte gemessen, was 38,0% dieser Gruppe entspricht.

Kennwert	Alkoholwert
Mittelwert	2,30
Median	2,76
Standardabweichung	1,20
Minimum	0,05
Maximum	4,43

Tab. 3.56: Atem- oder Blutalkoholspiegel der Patienten

Promille	Anzahl	Prozent
Bis 0,49	18	11,9%
0,5 bis 0,99	11	7,3%
1,00 bis 1,49	5	3,3%
1,50 bis 1,99	12	7,9%
2,00 bis 2,49	23	15,2%
2,50 bis 2,99	19	12,6%
3,00 bis 3,49	40	26,5%
3,50 bis 3,99	18	11,9%
4,00 bis 4,99	5	3,3%
Gesamt	151	100,0%

Tab. 3.57: Häufigkeit von Alkoholwerten unter den Konsilpatienten in Promille

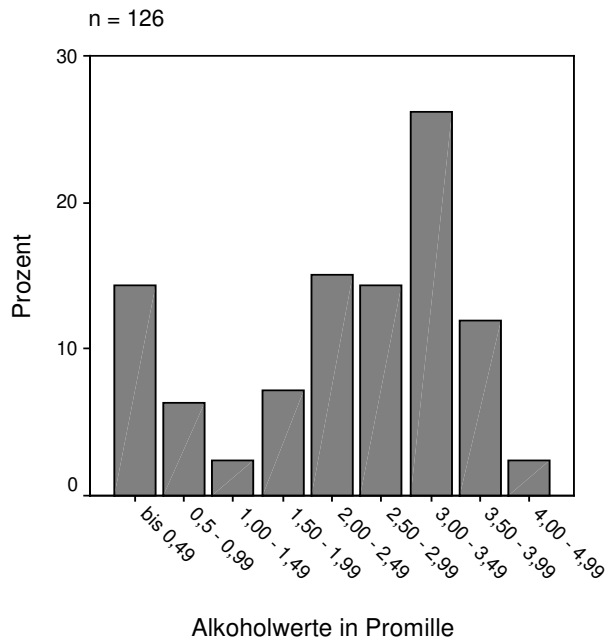


Abb. 3.11: Häufigkeit von Alkoholwerten unter den Konsilpatienten

3.4.6 Verbleib

Von den Patienten, die von den psychiatrischen Ärzten vom Dienst der ZNA konsiliarisch untersucht wurden, wurden 191 (48,1%) auf einer somatischen Station aufgenommen, 27 (6,8%) wurden stationär psychiatrisch weiterbehandelt.

Verbleib	Anzahl	Prozent
Psych. Aufnahme	191	6,8%
Som. Aufnahme	27	48,1%
Nicht aufgenommen	179	45,1%
Gesamt	397	100,0%

Tab. 3.58: Häufigkeit einer stationären Aufnahme unter den Konsilpatienten

Tabelle 4.62 gibt einen detaillierteren Aufschluß über den Verbleib der Konsilpatienten. 198 der Patienten (49,9%) verblieben auf einer Station der MHH, 20 (5,0%) wurden stationär in einem anderen Krankenhaus aufgenommen.

Verbleib	Anzahl	Prozent
Aufnahme somatische Station in der MHH	178	44,8%
Aufnahme somatische Station eines anderen Krhs	13	3,3%
Aufnahme Psychiatrie der MHH	20	5,0%
Aufnahme Psychiatrie Krankenhaus Langenhagen	5	1,3%
Aufnahme Psychiatrie Krankenhaus Bad Rehburg	2	0,5%
Ambulanter Verbleib	144	36,3%
Pat. gegen ärztlichen Rat gegangen	26	6,5%
Pat. ohne oder vor Abschluss der Behandlung entwichen	9	2,3%
Gesamt	397	100,0

Tab. 3.59: Verbleib der Konsilpatienten nach Vorstellung in der ZNA

3.5 Analytisch-statistische Auswertungen

3.5.1 Vorstellungszeitpunkte

Es wurde nun der Einfluss verschiedener Faktoren auf den Vorstellungszeitpunkt der Patienten in der ZNA untersucht.

Es konnte festgestellt werden, dass Frauen sehr signifikant öfter innerhalb der regulären Dienstzeit kamen als Männer ($p=0,006$; U-Test nach Mann und Whitney). Die reguläre Dienstzeit ist Montags bis Donnerstags von 8:30 bis 17:00 Uhr und Freitags von 8:30 bis 15:30 Uhr.

Ein Vergleich der Vorstellungszeit der Patienten an Werktagen mit der am Wochenende ergab, dass nur im Zeitraum von 8:00 bis 11:59 ein signifikanter Unterschied vorlag. Am Wochenende stellten sich Patienten diesem Zeitfenster signifikant weniger häufig in der ZNA vor als an Werktagen ($p<0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest).

Auf die Frage, ob die Sektorzugehörigkeit der Patienten einen Einfluss darauf hat, dass sie eher ausserhalb oder innerhalb der Dienstzeiten kommen, wurde kein signifikanter Unterschied festgestellt ($p=0,870$; U-Test nach Mann und Whitney).

Es ergaben sich auch keine signifikanten Unterschiede in der Beantwortung der Frage, ob sektorfremde Patienten im Vergleich zu sektoreigenen Patienten eher zu bestimmten Tageszeiten kommen.

Lediglich die Analyse der Patienten der einzelnen Sektoren bezüglich ihrer Ankunftszeiten ergab vier signifikante Werte. Patienten aus dem Sektor 3 kamen sehr signifikant vermehrt zwischen 16:00 Uhr und 19:59 Uhr ($p < 0,01$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) und signifikant weniger zwischen 4:00 und 7:59 ($p < 0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest). Patienten aus dem Sektor 4 stellten sich signifikant vermehrt zwischen 00:00 und 3:59 Uhr vor ($p < 0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest), und die Patienten aus der Region Hannover erschienen signifikant vermehrt zwischen 12:00 und 15:59 Uhr ($p < 0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest).

Das Alter machte einen höchst signifikanten Unterschied darauf, ob Patienten innerhalb oder ausserhalb der Dienstzeit kommen ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney). In einer Aufschlüsselung in Altersgruppen konnte festgestellt werden, dass die Patienten unter 40 Jahren signifikant eher ausserhalb der Dienstzeit kamen ($p < 0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest), während die Patienten ab einem Alter von 70 Jahren und älter sehr signifikant eher innerhalb der Dienstzeiten in die ZNA kamen ($p < 0,01$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest).

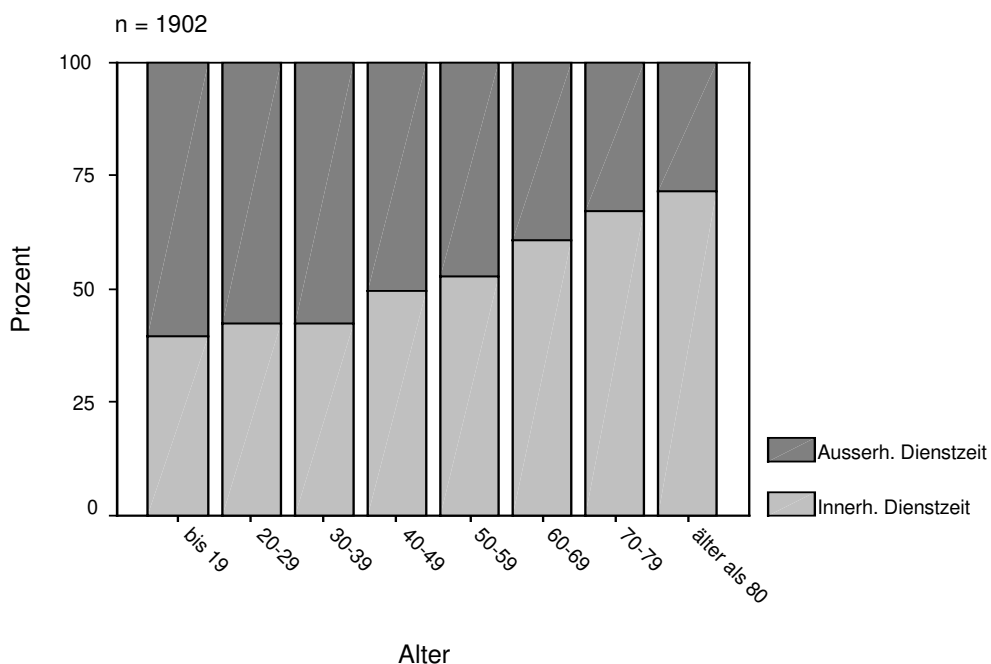


Abb. 3.12: Vorstellung ausserhalb/innerhalb der Dienstzeit unter den Altersgruppen

Es konnte auch ein höchst signifikanter Einfluss der einzelnen Diagnosegruppen nach ICD-10 auf die Ankunftszeit festgestellt werden ($p=0,000$; H-Test nach Kruskal und Wallis,).

Die Patienten mit einer F0 Diagnose kamen höchst signifikant mehr innerhalb der Dienstzeit als ausserhalb ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest). Bei den Patienten mit einer F1- und F6 - Störung war nur ein Trend zu einer Vorstellung ausserhalb der Dienstzeiten, bei den Patienten mit einer F3 - Störung ein Trend zu einer Vorstellung innerhalb der Dienstzeiten zu beobachten.

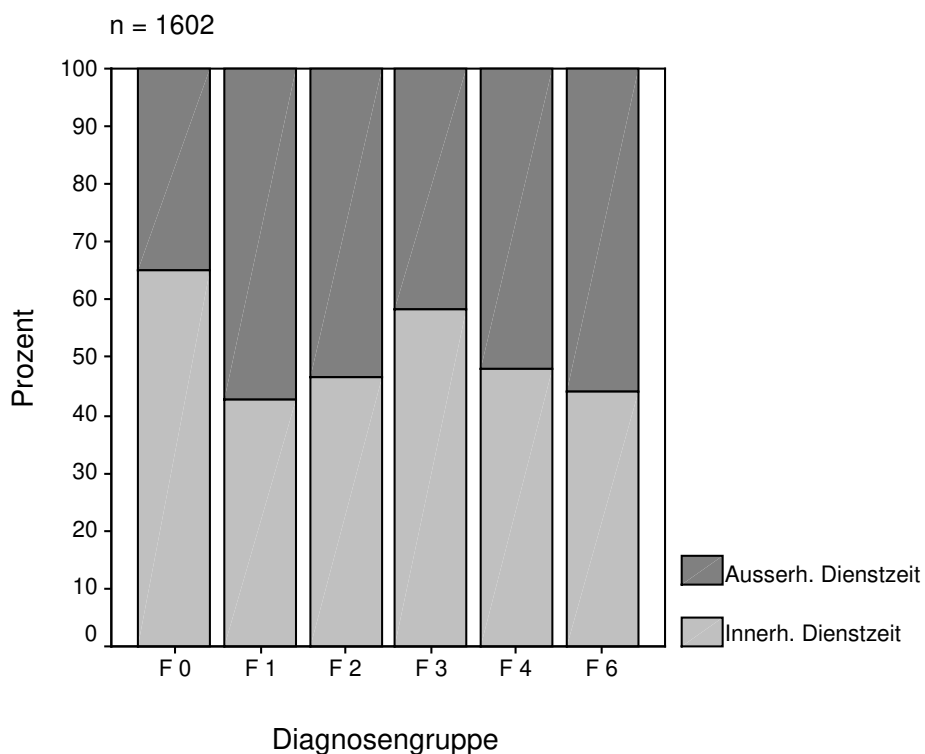


Abb. 3.13: Häufigkeit der Vorstellung der Diagnosegruppen in und nach Dienstzeit

In der Untersuchung, ob eine Begleitung der Patienten einen Einfluss auf die Aufnahmezeit hat, konnte kein signifikantes Ergebnis festgestellt werden ($p=0,328$; T-Test nach Kruskal und Wallis)

Patienten mit einer Einweisung kamen höchst signifikant eher innerhalb der Dienstzeit als Patienten ohne Einweisungsschreiben ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney).

Die Tatsache, ob Patienten einen rechtlichen Betreuer hatten oder nicht hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Ankunftszeit ($p=0,156$; U-Test nach Mann und Whitney).

3.5.2 Aufenthaltsdauern

Es machte einen sehr signifikanten Unterschied in der Aufenthaltsdauer, ob Patienten in der Dienstzeit kamen oder nicht ($p=0,004$; U-Test nach Mann und Whitney).

In einer genaueren Analyse dieses Einflusses konnte festgestellt werden, dass innerhalb der Dienstzeit mit 26,8% sehr signifikant ($p<0,01$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) mehr Patienten und ausserhalb der Dienstzeit mit 17,9% sehr signifikant ($p<0,01$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) weniger Patienten länger als 3 Stunden in der ZNA waren.

Dienstzeit	Bis zu 1 Stunde		1 bis 3 Stunden		Mehr als 3 Stunden		Gesamt
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Innerhalb der Dienstzeit	202	25,1%	388	48,1%	216	26,8%	806
Ausserhalb der Dienstzeit	230	26,4%	485	55,7%	156	17,9%	871
Gesamt	432	25,8%	873	25,1%	372	22,2%	1677

Tab. 3.60: Aufenthaltsdauer in der Dienstzeit



Abb. 3.14: Aufenthaltsdauer in der Dienstzeit

Die Aufenthaltsdauer am Wochenende unterschied sich nicht signifikant von der an Werktagen ($p=0,623$; U-Test nach Mann & Whitney).

Die Aufenthaltsdauer hing jedoch höchst signifikant von der Ankunftszeit ab ($p=0,000$; H-Test nach Kruskal und Wallis).

Uhrzeit	Bis zu 1 Stunde		1 bis 3 Stunden		Mehr als 3 Stunden		Gesamt
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
8:00 - 11:59	92	23,1%	203	50,9%	104	26,1%	399
12:00 - 15:59	142	25,3%	272	48,5%	147	26,2%	561
16:00 - 19:59	123	23,3%	277	52,5%	128	24,2%	528
20:00 - 23:59	103	24,6%	245	58,5%	71	16,9%	419
24:00 - 3:59	72	36,0%	113	56,5%	15	7,5%	200
4:00 - 7:59	41	35,7%	48	41,7%	26	22,6%	115
Gesamt	573	25,8%	1158	52,1%	491	22,1%	2222

Tab. 3.61: Aufenthaltsdauer bezogen auf den Vorstellungszeitpunkt

Für den Zeitraum von 08:00 und 11:59 Uhr und 12:00 und 15:59 Uhr blieben signifikant mehr Patienten länger als 3 Stunden ($p < 0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest).

Im Zeitraum zwischen 16:00 und 19:59 Uhr sowie 20:00 und 23:59 gab es keine signifikanten Abweichungen.

Zwischen 00:00 und 3:59 hielten sich sehr signifikant mehr Patienten nur bis zu einer Stunde in der ZNA auf ($p < 0,01$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest), während höchst signifikant weniger Patienten länger als 3 Stunden anwesend waren ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest). Auch zwischen 4:00 und 7:59 konnten sehr signifikant mehr Patienten die ZNA bereits nach einer Stunde verlassen ($p < 0,01$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) und blieben sehr signifikant weniger Patienten 1 bis 3 Stunden ($p < 0,01$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest).

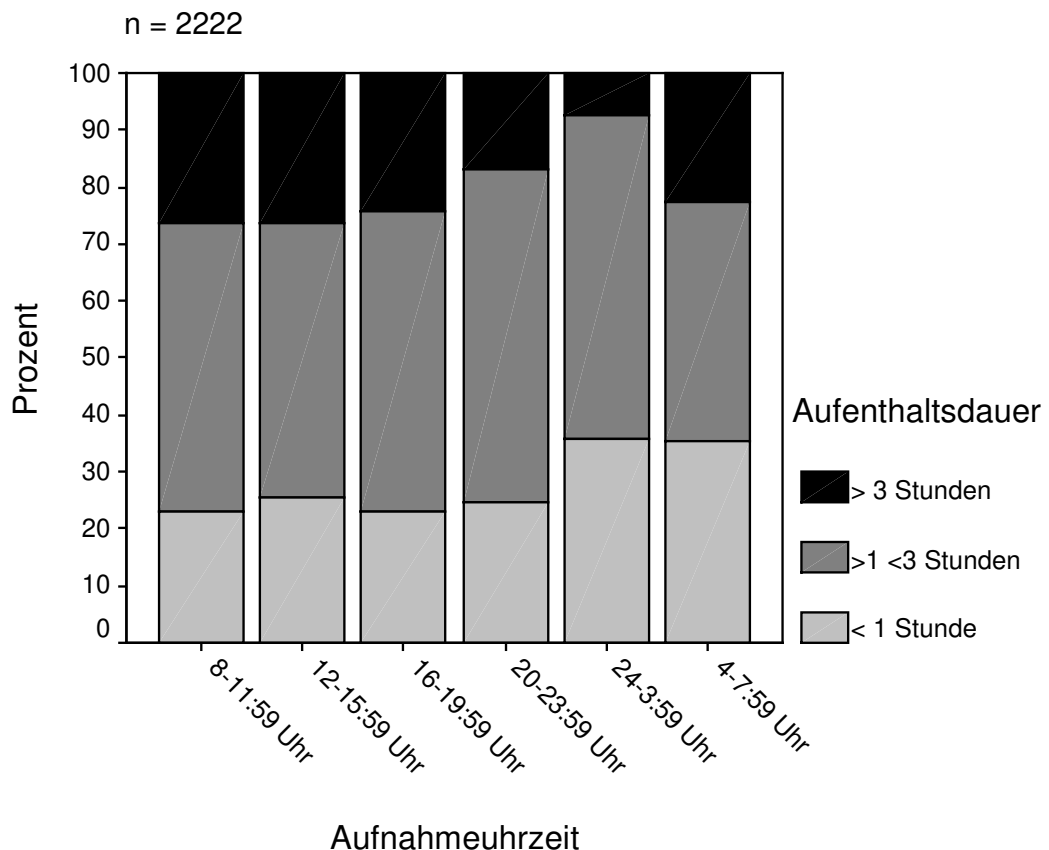


Abb. 3.15: Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer von der Ankunftszeit

Es machte einen sehr signifikanten Unterschied bezüglich der Aufenthaltsdauer, ob die Patienten aus den eigenen Sektoren kamen oder sektorfremd waren ($p=0,003$; U-Test nach Mann und Whitney). In einer

genaueren Analyse stellte sich heraus, dass sektoreigene Patienten signifikant öfter bereits nach einer Stunde die ZNA verlassen konnten als sektorfremde ($p < 0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest).

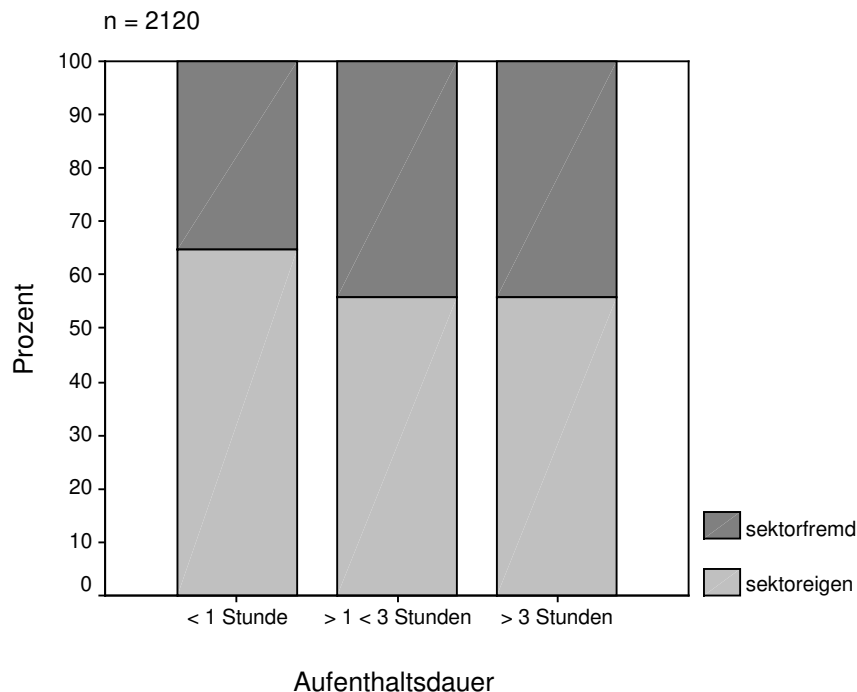


Abb. 3.16: Aufenthaltsdauer unter sektoreigenen bzw. -fremden Patienten

Die anschließend stationär aufgenommenen Patienten blieben signifikant länger in der ZNA als die nicht aufgenommenen Patienten ($p=0,002$; U-Test nach Mann und Whitney).

Verbleib	Bis zu 1 Stunde		1 bis 3 Stunden		Mehr als 3 Stunden		Durchschnitt/ Median
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
stationär	296	23,8%	661	53,0%	289	23,2%	127,77/ 100 min
ambulant	277	28,4%	497	50,9%	202	20,7%	117,10/ 90 min
Gesamt	573	25,8%	1158	52,1%	491	22,1%	123,09/ 95 min

Tab. 3.62: Aufenthaltsdauer unter den ambulanten bzw. stationär aufgenommenen Patienten

Ausserdem lag ein sehr signifikanter Unterschied in der Aufenthaltsdauer zwischen den Patienten, die somatisch und denen, die psychiatrisch aufgenommen wurden ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney).

Von allen aufgenommenen Patienten blieben 23,8% bis zu einer Stunde in der ZNA, 53,0% waren 1 bis 3 Stunden anwesend und 23,2% verließen die ZNA erst nach mehr als 3 Stunden.

Aufnahme	Bis zu 1 Stunde		1 bis 3 Stunden		Mehr als 3 Stunden		Gesamt
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
psychiatrische Aufnahme	268	29,7%	492	54,5%	142	15,7%	902
somatische Aufnahme	28	8,1%	169	49,1%	147	42,7%	344
Gesamt	296	23,8%	661	53,0%	289	23,2%	1246

Tab. 3.63: Aufenthaltsdauer unter den psychiatrisch- und somatisch-stationären Aufnahmen

In einer genaueren Untersuchung des Unterschieds in der Aufenthaltsdauer zwischen psychiatrisch und somatisch aufgenommenen Patienten konnte festgestellt werden, dass die psychiatrisch aufgenommenen Patienten höchst signifikant ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) öfter nach bereits 1 Stunde die ZNA verließen und höchst signifikant ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) seltener mehr als drei Stunden in der ZNA verbrachten. Bei den somatisch aufgenommenen Patienten verließen höchst signifikant ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) weniger Patienten die ZNA bereits nach einer Stunde und blieben höchst signifikant ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) mehr Patienten länger als 3 Stunden in der ZNA.

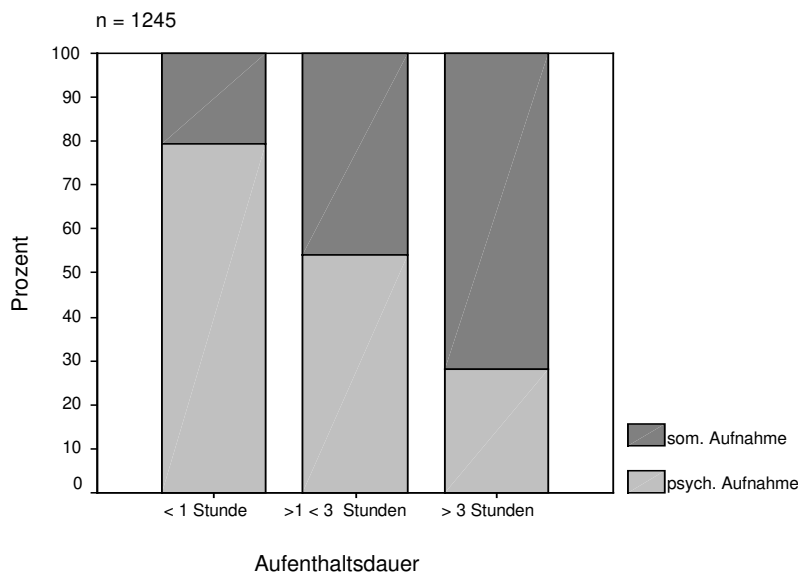


Abb. 3.17: Aufenthaltsdauer unter den psychiatrisch- und somatisch-stationären Aufnahmen

Die Diagnosegruppe hatte einen höchst signifikanten Einfluss auf die Aufenthaltsdauer ($p=0,000$; H-Test nach Kruskal und Wallis).

Diagnosegruppe	Bis zu 1 Stunde		1 bis 3 Stunden		Mehr als 3 Stunden		Gesamt
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
F0	9	11,5%	29	37,2%	40	51,3%	78
F1	125	16,8%	414	55,6%	205	27,6%	744
F2	151	42,8%	168	47,6%	34	9,6%	353
F3	54	25,6%	122	57,8%	35	16,6%	211
F4	96	26,4%	190	52,2%	78	21,4%	364
F6	41	21,8%	67	53,6%	17	13,6%	125
Gesamt	476	25,4%	990	52,8%	409	21,8%	1875

Tab. 3.64: Aufenthaltsdauer der Diagnosegruppen in der ZNA

Patienten mit einer F0 Diagnose blieben höchst signifikant ($p<0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) oft länger als drei Stunden in der ZNA und höchst signifikant ($p<0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) seltener eine Stunde bzw. signifikant ($p<0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) seltener 1 bis 3 Stunden als der Durchschnitt.

Bei Patienten mit einer F1 Diagnose betrug die Aufenthaltsdauer ebenfalls höchst signifikant ($p<0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) häufig mehr als drei Stunden und höchst signifikant seltener ($p<0,001$) bis zu einer Stunde.

Patienten mit einer F2 Diagnose dagegen verließen die ZNA höchst signifikant ($p<0,001$) öfter bereits nach einer Stunde und blieben höchst signifikant ($p<0,001$) seltener länger als drei Stunden in der ZNA.

Bei Patienten mit einer F3 oder F4 Diagnose wurden bezüglich der Aufenthaltsdauer keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zum Durchschnitt festgestellt.

Patienten mit einer F6 Diagnose verließen die ZNA signifikant ($p<0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) häufiger nach einer Stunde und blieben signifikant ($p<0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) seltener länger als 3 Stunden.

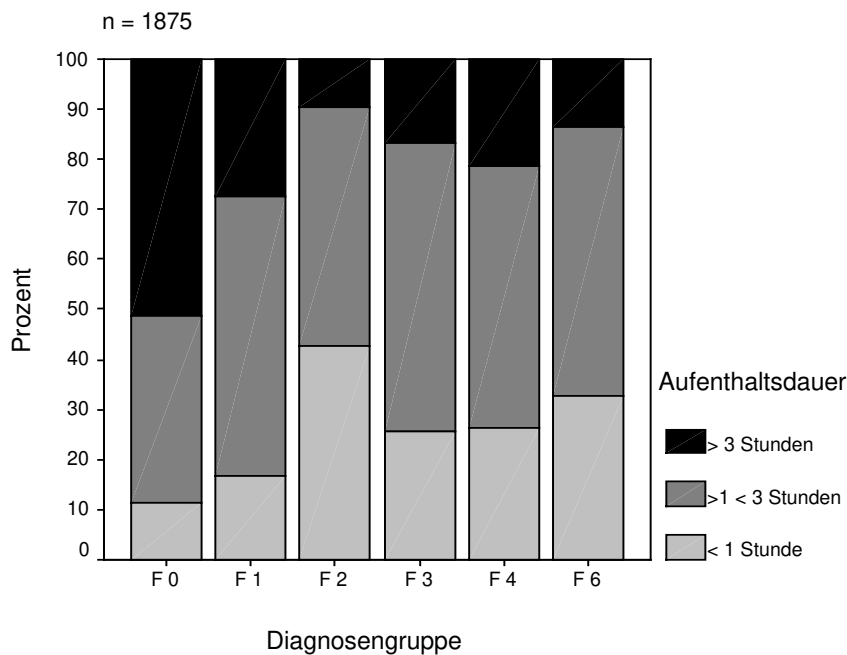


Abb. 3.18: Aufenthaltsdauer der Diagnosegruppen in der ZNA

Bei 1399 Patienten, die sich alle als primär psychiatrische Patienten in der ZNA vorstellten, konnte anhand des vorläufigen Arztbriefes ausgemacht werden, ob sie in Begleitung kamen oder nicht, und es konnte eine Aufenthaltsdauer bestimmt werden.

Begleitung	Bis zu 1 Stunde		1 bis 3 Stunden		Mehr als 3 Stunden		Gesamt
Mit Begleitung	270	34,7%	418	53,8%	89	11,5%	777
Ohne Begleitung	152	24,4%	359	57,7%	111	17,8%	622
Gesamt	422	30,2%	777	55,5%	200	14,3%	1399

Tab. 3.65: Aufenthaltsdauer der Patienten mit bzw. ohne Begleitung in der ZNA

Es machte einen signifikanten Unterschied bezüglich der Aufenthaltsdauer, ob Patienten ohne oder mit Begleitung wie Angehörigen, Polizei etc. in die ZNA kamen ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney).

Eine genauere Analyse ergab, dass Patienten mit Begleitung sehr signifikant häufiger bereits nach einer Stunde die ZNA verließen ($p<0,01$, $df=1$; Chi-

Quadrat-Einzeltest) und sehr signifikant seltener länger als 3 Stunden anwesend waren ($p < 0,01$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest). Patienten ohne Begleitung waren höchst signifikant öfter länger als 3 Stunden in der ZNA ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) und konnten höchst signifikant seltener bereits vor Ablauf einer Stunde die ZNA verlassen ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest).

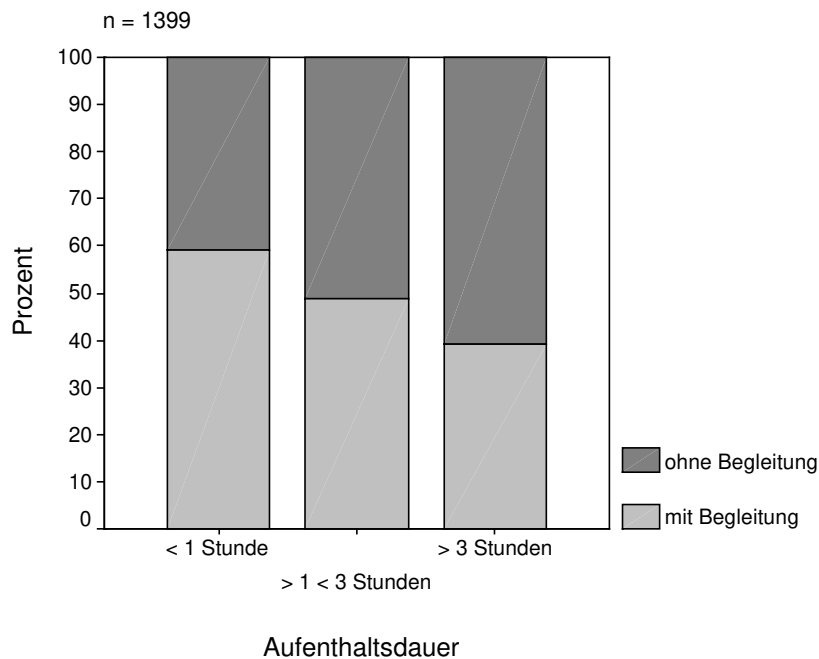


Abb. 3.19: Aufenthaltsdauer der Patienten mit bzw. ohne Begleitung

Eine zwangsweise Aufnahme nach dem NdsPsychKG beeinflusst die Aufenthaltsdauer der Patienten, die psychiatrisch aufgenommen wurden, nicht signifikant ($p=0,300$; U-Test nach Mann und Whitney).

Es konnte aber nachgewiesen werden, dass die Aufenthaltsdauer höchst signifikant von der Anzahl der durchgeführten Diagnostiken wie körperliche Untersuchung, Blutabnahme, EKG oder Röntgen beeinflusst wird ($p=0,000$; T-Test nach Kruskal & Wallis). Auch in dieser Untersuchung wurden nur die primär psychiatrischen Patienten berücksichtigt.

Anzahl Diagnostiken	Bis zu 1 Stunde		1 bis 3 Stunde		Mehr als 3 Stunden		Gesamt
0	128	42,5%	140	46,5%	33	11,0%	301
1	256	33,0%	437	56,3%	83	10,7%	776
2	129	26,5%	258	53,0%	100	20,5%	487
3	29	16,9%	99	57,6%	44	25,6%	172
4	1	4,0%	11	44,0%	13	52,0%	25
Gesamt	543	30,8%	945	53,7%	273	15,5%	1761

Tab. 3.66: Aufenthaltsdauer der Patienten nach durchgeführten Diagnostiken

Patienten, an denen keinerlei Diagnostik oder lediglich eine Maßnahme durchgeführt wurde, verließen die ZNA höchst signifikant häufig ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) vor Ablauf einer Stunde und höchst signifikant ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) selten nach mehr als 3 Stunden. Bei Patienten, an denen zwei diagnostische Maßnahmen durchgeführt wurden, wich die Aufenthaltsdauer nicht signifikant vom Durchschnitt ab. Patienten mit drei diagnostischen Maßnahmen konnten die ZNA sehr signifikant selten ($p < 0,01$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) vor Ablauf einer Stunde verlassen und Patienten mit vier oder mehr diagnostischen Maßnahmen blieben höchst signifikant ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) häufig länger als drei Stunden und höchst signifikant selten ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) weniger als eine Stunde.

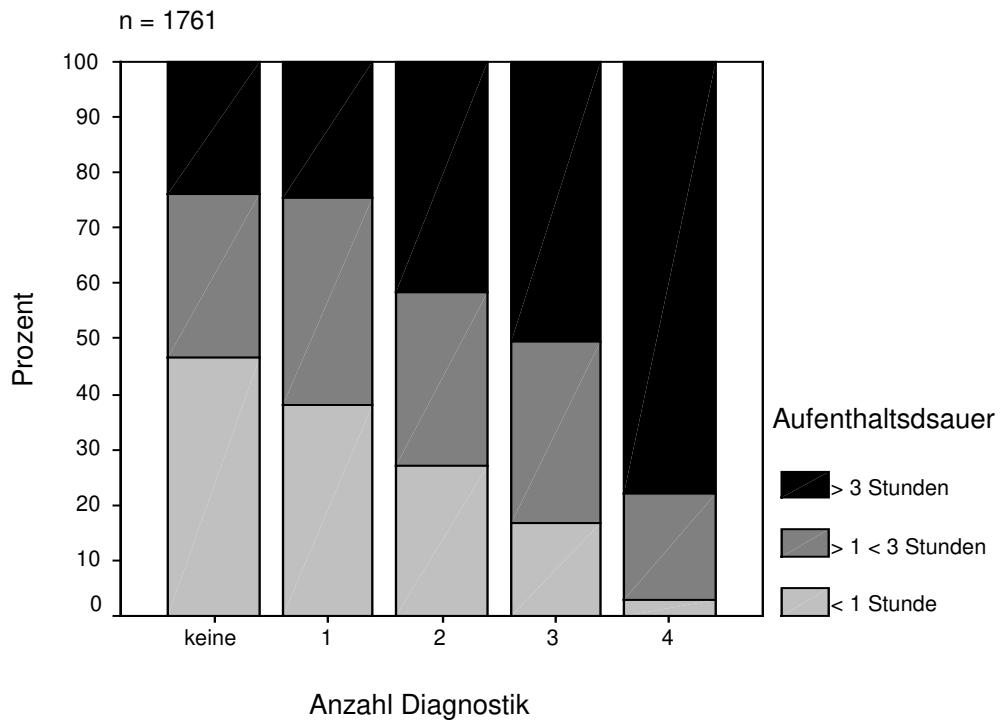


Abb. 3.20: Aufenthaltssdauer der Patienten nach durchgeführter Anzahl Diagnostik

Das konsiliarische Hinzuziehen anderer ärztlicher Disziplinen zur Mitbeurteilung und -behandlung primär psychiatrischer Patienten bewirkte höchst signifikante Unterschiede in der Aufenthaltssdauer ($p=0,000$; T-Test nach Kruskal und Wallis).

Anzahl Konsile	Bis zu 1 Stunde		1 bis 3 Stunden		Mehr als 3 Stunden		Gesamt
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
0	522	38,8%	742	55,1%	83	6,2%	1347
1	21	6,2%	184	54,1%	135	39,7%	340
2 oder mehr	0	0	19	25,7%	55	74,3%	74
Gesamt	418	25,6%	945	57,8%	273	16,7%	1761

Tab. 3.67: Aufenthaltssdauer unter Patienten mit durchgeführten konsiliarischen Untersuchungen

Patienten, die nicht konsiliarisch von Ärzten anderer Disziplinen mitbehandelt wurden, verließen höchst signifikant häufiger bereits nach weniger als einer Stunde bzw. 1 bis 3 Stunden die ZNA als der Durchschnitt ($p<0,001$, $df=1$; Chi-

Quadrat-Einzeltest). Patienten, die nur von einer weiteren Disziplin konsiliarisch mitbehandelt wurden, blieben höchst signifikant häufiger eine bis drei Stunden in der ZNA ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) und verließen sie höchst signifikant seltener bereits nach einer Stunde ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest). Patienten, die von zwei oder mehr Disziplinen konsiliarisch mitbehandelt wurden, blieben höchst signifikant öfter länger als drei Stunden und konnten die ZNA höchst signifikant seltener eher verlassen ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest).

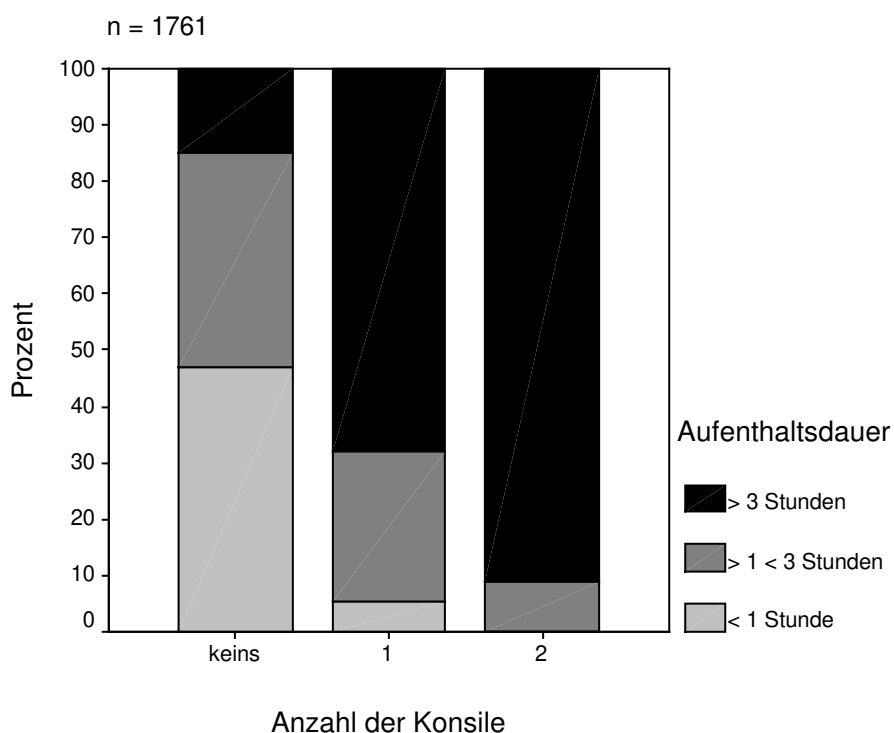


Abb. 3.21: Aufenthaltsdauer unter Patienten mit durchgeführten konsiliarischen Untersuchungen

Unter den psychiatrisch aufgenommenen Patienten konnte ein höchst signifikanter Unterschied in der Aufenthaltsdauer zwischen sektoreigenen und -fremden Patienten nachgewiesen werden ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney). Im Vergleich zum Durchschnitt verließen sektorfremde Patienten die ZNA höchst signifikant seltener bereits nach einer Stunde, während sektoreigene Patienten signifikant häufiger die ZNA bereits nach einer Stunde verlassen konnten.

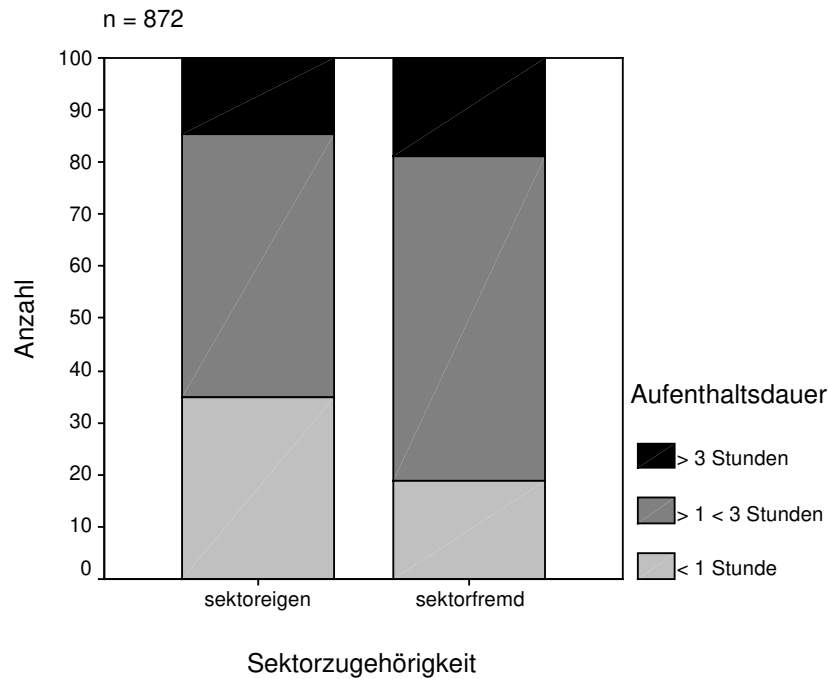


Abb. 3.22: Aufenthaltsdauer unter sektoreigenen bzw.- fremden Patienten mit psychiatrisch-stationärer Aufnahme

3.5.3 Stationäre Aufnahmen

Es wird nun der Frage nachgegangen, ob bestimmte Faktoren die Aufnahme rate von primär psychiatrischen Patienten beeinflussen. In einigen Fällen werden in diesem Abschnitt des Ergebnisteils - sofern an dieser Stelle sinnvoll - auch diese Frage übergreifende Ergebnisse präsentiert.

Die Aufnahme rate unterschied sich nicht signifikant hinsichtlich einzelner Wochentage ($p=0,252$; H-Test nach Kruskal und Wallis), doch der Vergleich der Werk tage mit den Wochentagen ergab einen signifikanten Unterschied ($p=0,019$; U-Test nach Mann und Whitney). Mit einem Aufnahmeanteil von 58,6% wurden an Werktagen signifikant häufiger Patienten aufgenommen als am Wochenendtagen mit 52,8%.

Verbleib	Wochenende		Werktage		Gesamt	
aufgenommen	281	52,8%	899	58,6%	1190	57,1%
nicht aufgenommen	251	47,2%	634	41,4%	885	42,9%
Gesamt	532		1533		2065	

Tab. 3.68: Aufnahme­rate unter Patienten an Werktagen bzw. am Wochenende

Patienten, die in Begleitung von Angehörigen, Polizei, Rettungsdienst o.ä. kamen, wurden signifikant seltener aufgenommen Patienten, die sich alleine in der ZNA vorstellten ($p=0,000$; U-Test nach Mann & Whitney).

Gesamt	In Begleitung		Ohne Begleitung		Gesamt	
aufgenommen	398	44,9%	468	65,2%	866	54,0%
nicht aufgenommen	498	55,1%	250	34,8%	739	46,0%
Gesamt	887		718		1605	

Tab. 3.69: Aufnahme­rate unter Patienten mit bzw. ohne Begleitung

Ausserdem wurden Patienten, die mit einem ärztlichen Einweisungsschreiben kamen, signifikant häufiger aufgenommen als Patienten ohne Einweisung ($p=0,000$; U-Test nach Mann & Whitney).

Verbleib	Ohne Einweisung		Mit Einweisung		Gesamt	
aufgenommen	847	53,5%	205	79,5%	1052	57,2%
Nicht aufgenommen	735	46,5%	53	20,5%	788	42,8%
Gesamt	1582		258		1840	

Tab. 3.70: Aufnahme­rate unter Patienten mit bzw. ohne Einweisung

Patienten, die in der ZNA Medikamente erhielten, wurden höchst signifikant häufiger aufgenommen als Patienten, die keine Medikamente erhielten ($p=0,000$; U-Test nach Mann & Whitney).

Verbleib	keine Medikamente in ZNA		Pat erhielt Medi- kamente in ZNA		Gesamt	
	aufgenommen	1025	55,0%	155	77,5%	1180
nicht aufgenommen	840	45,0%	45	22,5%	885	42,9%
Gesamt	1865		200		2065	

Tab. 3.71: Aufnahmeunter Patienten mit bzw. ohne Medikamentengabe in der ZNA

Die Diagnosegruppe hatte einen höchst signifikanten Einfluss auf die Aufnahmeunter.

Patienten mit einer F0 Diagnose wurden höchst signifikant häufiger aufgenommen ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest), Patienten mit einer F4 Diagnose wurden höchst signifikant häufiger nicht aufgenommen ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) als der Durchschnitt. Bei Patienten mit einer F3 Diagnose ließ sich lediglich ein Trend zur Aufnahme feststellen.

Verbleib	F00	F10	F20	F30	F40	F60	Gesamt
Aufgenommen	60	408	218	139	138	72	1035
	(85,7%)	(60,7%)	(55,8%)	(66,5%)	(41,6%)	(59,0%)	(57,6%)
Nicht aufgenommen	10	264	173	70	194	50	761
	(14,3%)	(39,3%)	(44,2%)	(33,5%)	(58,4%)	(41,0%)	(41,0%)
Gesamt	70	672	391	209	332	122	1796

Tab. 3.72: Aufnahmeunter den Patienten der verschiedenen Diagnosegruppen

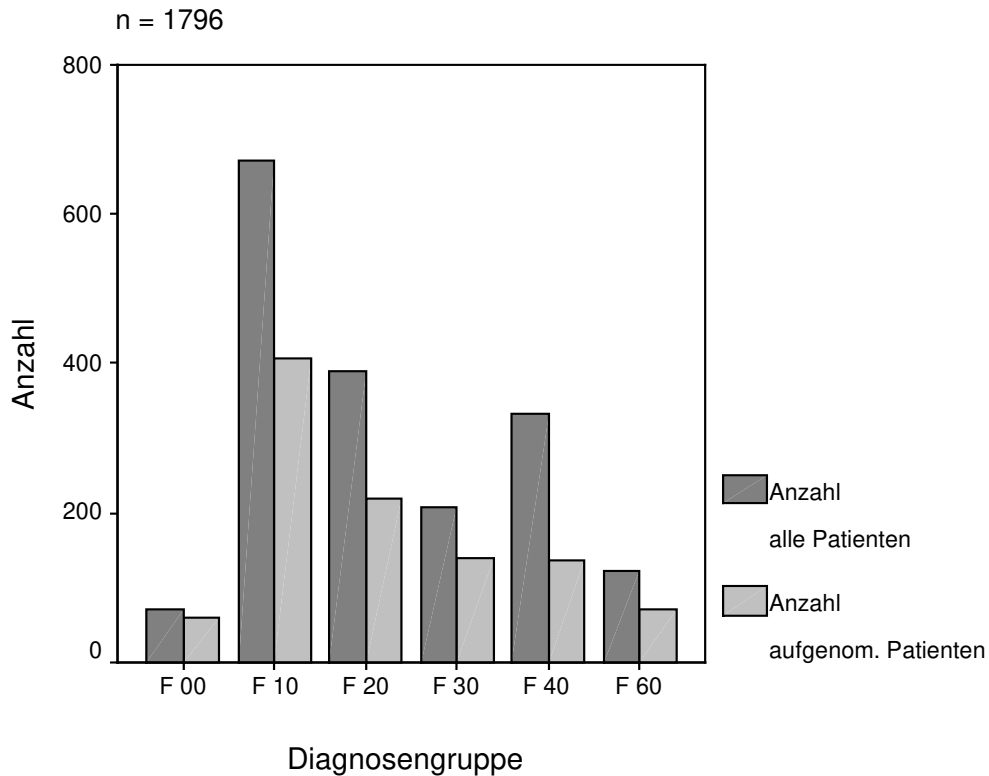


Abb. 3.23: Aufnahmehäufigkeit der Diagnosegruppen

Auch der Einfluss von Suizidalität bei Vorstellungszeitpunkt auf die stationäre Aufnahme­rate konnte als höchst signifikant bewertet werden ($p=0,000$; H-Test nach Kruskal und Wallis).

Verbleib	Keine Suizidalität		Suizidalität in der ZNA		Suizidversuch		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Aufgenommen	753	49,8%	210	94,6%	90	84,9%	1053	57,2%
Nicht aufgenommen	760	50,2%	12	5,2%	16	15,1%	788	42,8%
Gesamt	1513		222		106		1841	

Tab. 3.73: Aufnahme­rate unter Patienten mit oder ohne Suizidalität bzw. Suizidversuch

An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass es einen höchst signifikanten Zusammenhang zwischen Diagnose­gruppe und Suizidalität gibt ($p=0,000$; H-Test nach Kruskal und Wallis). Patienten mit „Suizidalität in der ZNA“ und

„Suizidversuch in der direkten Vorgeschichte“ wurden für diesen Test zu einem Pool zusammengefasst.

Während Patienten mit F0 und F2 Diagnosen höchst signifikant seltener Suizidalität aufwiesen ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest), wurde bei F4 Patienten eine signifikante ($p < 0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) und bei F30 und F60 eine höchst signifikante ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) Häufung gegenüber dem Durchschnitt festgestellt.

Diagnosegruppe	Keine Suizidalität		Suizidalität		Gesamt
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
F00	70	100%	0	0	70
F10	563	83,8%	109	16,2%	672
F20	362	92,6%	29	7,4%	391
F30	143	68,4%	66	31,6%	209
F40	255	76,8%	77	23,2%	332
F60	77	63,1%	45	36,9%	122
Gesamt	1470	81,8%	326	18,2%	1796

Tab. 3.74: Suizidalität der Patienten der verschiedenen Diagnosegruppen

Desweiteren untersucht wurde der Einfluss eines erlassenen §18 NdsPsychKG auf die Aufnahme rate, es ergab sich ein höchst signifikanter Unterschied zu den Patienten ohne §18 NdsPsychKG ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney). Es wurden alle Patienten mit einer Zwangseinweisung stationär aufgenommen. Ein ebenfalls höchst signifikantes Ergebnis brachte die Analyse des Einflusses von Fixiermaßnahmen auf die Aufnahme rate ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney). Von 29 Patienten, die entweder bereits vor oder während der Behandlung in der ZNA zwangsfixiert worden waren, wurden 28 aufgenommen.

Verbleib	Fixiermaßnahmen		Keine Fixiermaßnahmen		Gesamt	
	Aufgenommen	28	96,6%	1152	56,6%	1180
nicht aufgenommen	1	3,4%	884	43,4%	885	43,9%
Gesamt	29		2036		2065	

Tab. 3.75: Aufnahme­rate von Patienten mit bzw. ohne Fixier­maßnahmen

Patienten, die eine(n) rechtliche(n) Betreuer(in) hatten, wurden höchst signifikant häufiger aufgenommen als Patienten ohne rechtliche Betreuung ($p=0,001$; U-Test nach Mann und Whitney,)

Verbleib	Ohne rechtl. Betreuung		Mit rechtl. Betreuung		Gesamt	
	aufgenommen	940	56,0%	112	69,1%	1052
nicht aufgenommen	738	44,0%	50	30,9%	788	42,8%
Gesamt	1678		162		1840	

Tab. 3.76: Aufnahme­rate von Patienten ohne bzw. mit rechtlicher Betreuung

Um zu untersuchen, wie stark der Einfluss einer Variable auf die Entscheidung zur stationären Aufnahme bzw. ambulanten Weiterbehandlung ist, wurde eine logistische Regression durchgeführt. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 4.77 und 4.78 dargestellt.

Variable	Wald	p	OR	CI (95%)
Suizidalität	134,66	0,000	11,81	7,78-17,93
Diagnose Demenz	4,51	0,034	1,95	1,05- 3,63
Weibliches Geschlecht	4,72	0,030	1,28	1,02- 1,61
Zwei diagn. Maßnahmen	4,61	0,032	1,67	1,04- 2,66
Ein Konsil	9,35	0,02	1,61	1,18- 2,185
Zwei Konsile	18,22	0,000	3,60	2,00- 6,485
Bestehende rechtl. Betreuung	5,54	0,019	1,69	1,09- 2,633
Ärztliche Einweisung	13,37	0,000	2,24	1,45- 3,462
Medikation in der Notaufnahme	25,43	0,000	2,98	1,95- 4,566
Konsiliarisch vorgestellter Patient	65,17	0,000	3,57	2,62- 4,863

Tab. 3.77: Signifikante Variablen in der logistischen Regression, um eine psychiatrische Aufnahme anhand des untersuchten Gesamtkollektivs vorherzusagen.

Variable	Wald	p	OR	CI (95%)
Diagnosegruppe F4	39,85	0,000	2,59	1,93- 3,48
Aufenthalt über 3 Stunden	16,075	0,000	1,93	1,40- 2,67
Keine Diagnostik	62,31	0,000	9,17	5,29- 15,90
Eine diagn. Maßnahme	120,27	0,000	10,25	6,76- 15,55

Tab. 3.78: Signifikante Variablen in der logistischen Regression, um eine ambulante Weiterbehandlung anhand des untersuchten Gesamtkollektivs vorherzusagen.

3.5.4 Sektorzugehörigkeiten

Es wird in diesem Abschnitt darauf eingegangen, wie sich das System der Sektorzugehörigkeit bezüglich der Vorstellungen von primär psychiatrischen Patienten in der ZNA zeigt.

Sektoreigene Patienten wurden häufiger stationär aufgenommen als sektorfremde ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney).

Verbleib	sektoreigen		sektorfremd		Gesamt	
	Aufgenommen	764	65,0%	372	47,1%	1136
Nicht aufgenommen	411	35,0%	417	52,9%	828	42,2%
Gesamt	1175		789		1964	

Tab. 3.79: Aufnahmeuntersektorfremden bzw. -eigenen Patienten

Ausserdem konnte ein höchst signifikanter Unterschied im stationären Verbleib unter den psychiatrisch aufgenommenen Patienten zwischen sektoreigenen und -fremden Patienten festgestellt werden ($p=0,000$; U-Test nach Mann & Whitney). Während 98,1% der sektoreigenen Patienten stationär in die MHH aufgenommen wurden, waren es unter den sektorfremden Patienten immerhin noch 45,4%.

Verbleib	Sektoreigen		Sektorfremd		Gesamt	
	PSY MHH	662	98,1%	152	45,4%	814
PSY Langenhagen	4	0,6%	88	26,3%	92	9,1%
PSY Warendorff	5	0,7%	61	18,2%	66	6,5%
PSY Wunstorf	1	0,1%	14	4,2%	15	1,5%
PSY Bad Rehburg	1	0,1%	12	3,6%	13	1,3%
PSY sonstige Krhs.	2	0,3%	8	2,4%	10	1,0%
Gesamt	675		335		1010	

Tab. 3.80: Verbleib der psychiatrisch-stationär aufgenommenen sektoreigenen bzw. -fremden Patienten

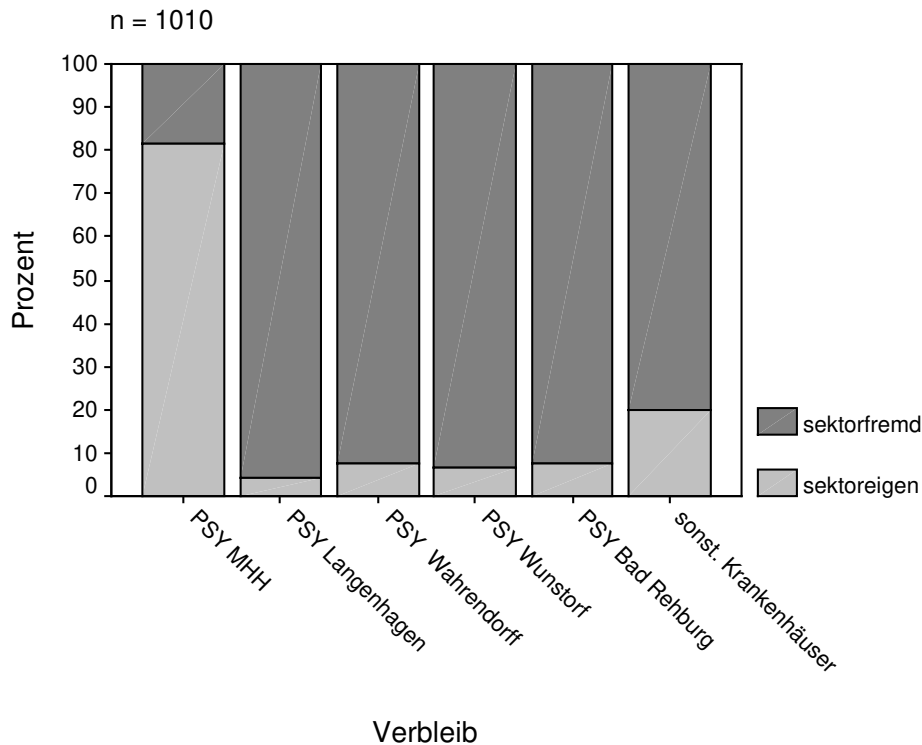


Abb. 3.24: Verbleib der sektoreigenen und sektorfremden Patienten

Unter Berücksichtigung der Sektorzugehörigkeit konnte festgestellt werden, dass 88,7% aller psychiatrisch aufgenommenen Patienten in das ihrem Sektor entsprechende Krankenhaus aufgenommen wurde.

Es konnte weiterhin festgestellt werden, dass es einen signifikanten Unterschied in der Verteilung der Diagnosegruppen nach ICD-10 auf die beiden Stichproben sektoreigen und sektorfremd gab ($p=0,000$; H-Test nach Kruskal und Wallis).

In einer genaueren Analyse dieses Unterschieds stellte sich heraus, dass unter den sektoreigenen Patienten die Gruppe der F0 Diagnosen signifikant stärker ($p<0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) und die Gruppe der F4 Diagnosen sehr signifikant schwächer ($p<0,01$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) vertreten war. Unter den sektorfremden Patienten war der Fall umgekehrt, die Gruppe der F0 Diagnosen war sehr signifikant schwächer ($p<0,01$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) und die Gruppe der F4 Diagnosen höchst signifikant ($p<0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) stärker vertreten.

Diagnosegruppe	sektoreigen		sektorfremd		Gesamt	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
F0	49	4,8%	20	2,8%	69	4,0%
F1	423	41,6%	227	32,2%	650	37,8%
F2	192	18,9%	162	23,0%	354	20,6%
F3	120	11,8%	86	12,2%	206	12,0%
F4	152	15,0%	171	24,3%	323	18,8%
F6	80	7,9%	39	5,5%	119	6,9%
Gesamt	1016		705		1721	

Tab. 3.81: Spektrum der Diagnosegruppen unter den sektoreigenen bzw. -fremden Patienten

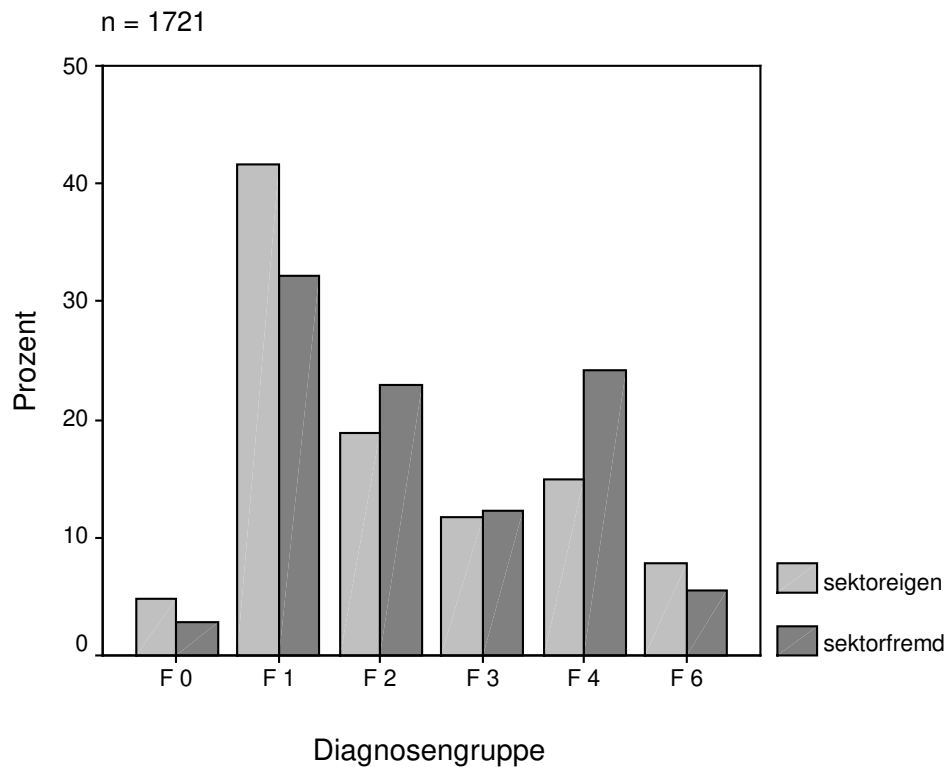


Abb. 3.25: Anteile der Diagnosegruppen unter den sektoreigenen bzw. -fremden Patienten

Unter sektorfremden Patienten wurde signifikant häufiger Suizidalität festgestellt als unter sektoreigenen ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney). Auch hier wurden Patienten mit dem Merkmal „Suizidalität in der ZNA“ und „Suizidversuch in der direkten Vorgeschichte“ zu einem Pool zusammengefasst.

Suizidalität	sektoreigen		sektorfremd		Gesamt	
Keine Suizidalität	833	80,1%	610	84,4%	1443	81,8%
Suizidalität	207	19,9%	113	15,6%	320	18,2%
Gesamt	1040		723		1763	

Tab. 3.82: Suizidalität unter sektoreigenen und -fremden Patienten

3.5.5 Vergleich der Patientengruppen Mehrfachvorstellungen und Einfachvorstellungen

Von allen 2632 psychiatrischen Patienten stellten sich im Jahr 2002 1411 Patienten (53,5%) einmal in der ZNA der Medizinischen Hochschule Hannover vor, 371 kamen mehrfach (min. zweimal) und ergaben 1221 (46,5%) der Kontakte. Diese beiden Patientengruppen sollen nun hinsichtlich mehrerer Faktoren miteinander verglichen werden. Berücksichtigt wurden im Vergleich nur die Daten der primär psychiatrischen Kontakte.

Männer stellten sich höchst signifikant häufiger mehrfach vor als Frauen ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney).

Geschlecht	Mehrfache Vorstellung		Einfache Vorstellung		Gesamt	
Männlich	581	54,0%	494	46,0%	1075	52,1%
Weiblich	457	46,2%	533	53,8%	990	47,9%
Gesamt	1038		1027		2065	

Tab. 3.83: Geschlechterverteilung unter den Patienten mit ein- und mehrfacher Vorstellung

Ein Vergleich des Aufkommens an Patienten der beiden Gruppen an Werktagen oder Wochenende ergab keinen signifikanten Unterschied ($p=0,731$; U-Test nach Mann und Whitney), es konnte auch kein signifikanter Unterschied bezüglich der Vorstellung innerhalb oder ausserhalb der Dienstzeit gefunden werden ($p=0,110$; U-Test nach Mann & Whitney).

Bezüglich der Sektorzugehörigkeit ergab sich eine höchst signifikante Abweichung ($p=0,000$; U-Test nach Mann & Whitney). Unter den Mehrfachvorstellungen waren höchst signifikant häufiger sektoreigene

Patienten als sektorfremde ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest), während es sich unter den Einfachvorstellungen genau umgekehrt verhielt ($p < 0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest).

Sektorzugehörigkeit	Mehrfache Vorstellung		Einfache Vorstellung		Gesamt	
	Sektoreigen	703	72,1%	472	47,7%	1175
Sektorfremd	272	27,9%	517	52,3%	789	40,2%
Gesamt	975		989		1964	

Tab. 3.84: Sektorzugehörigkeit der Patienten mit ein- und mehrfacher Vorstellung

Auch bezüglich einer Begleitung unterschieden sich die beiden Patientengruppen signifikant, die sich mehrfachvorstellenden Patienten kamen signifikant seltener in Begleitung ($p=0,000$; U-Test nach Mann & Whitney).

Begleitung	Mehrfache Vorstellung		Einfache Vorstellung		Gesamt	
	mit Begleitung	390	48,3%	497	62,3%	887
ohne Begleitung	417	51,7%	301	37,7%	718	44,7%
Gesamt	807		798		1605	

Tab. 3.85: Begleitung von Patienten mit ein- und mehrfacher Vorstellung

Ein weiterer signifikanter Unterschied lag in der Häufigkeit von Einweisungen, die sich mehrfach vorstellenden Patienten hatten signifikant seltener ein Einweisungsschreiben als die sich nur einmal vorstellenden Patienten ($p=0,050$; U-Test nach Mann & Whitney).

Einweisung	Mehrf. Vorstellung		Einf. Vorstellung		Gesamt	
	ohne Einweisung	797	87,6%	785	84,4%	1582
mit Einweisung	113	12,4%	145	15,6%	258	14,0%
Gesamt	910		930		1840	

Tab. 3.86: Einweisungsschreiben der sich ein- bzw. mehrfachvorstellenden Patienten

Auch das Diagnosespektrum unterschied sich höchst signifikant unter den Patienten mit ein- und mit mehrfachen Vorstellungen ($p=0,000$; H-Test nach Kruskal und Wallis).

Diagnose- gruppe	Einfache Vorstellungen		Mehrfache Vorstellungen		Gesamt	
	F0	53	5,9%	17	1,9%	70
F1	268	29,9%	404	44,9%	672	37,4%
F2	163	18,2%	228	25,4%	391	21,8%
F3	136	15,2%	73	8,1%	209	11,6%
F4	229	25,5%	103	11,5%	332	18,5%
F6	48	5,4%	74	8,2%	122	6,8%
Gesamt	897		899		1796	

Tab. 3.87: Diagnosegruppenverteilung der sich ein- und mehrfachen vorstellenden Patienten

Während unter den Einfachvorstellungen signifikant viele F0 ($p<0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest), F3 ($p<0,05$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) und F4 ($p<0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) Diagnosen auftraten, gab es unter den Mehrfachvorstellungen überdurchschnittlich viele F1 ($p<0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest), F2 ($p<0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) und F6 ($p<0,001$, $df=1$; Chi-Quadrat-Einzeltest) Diagnosen.

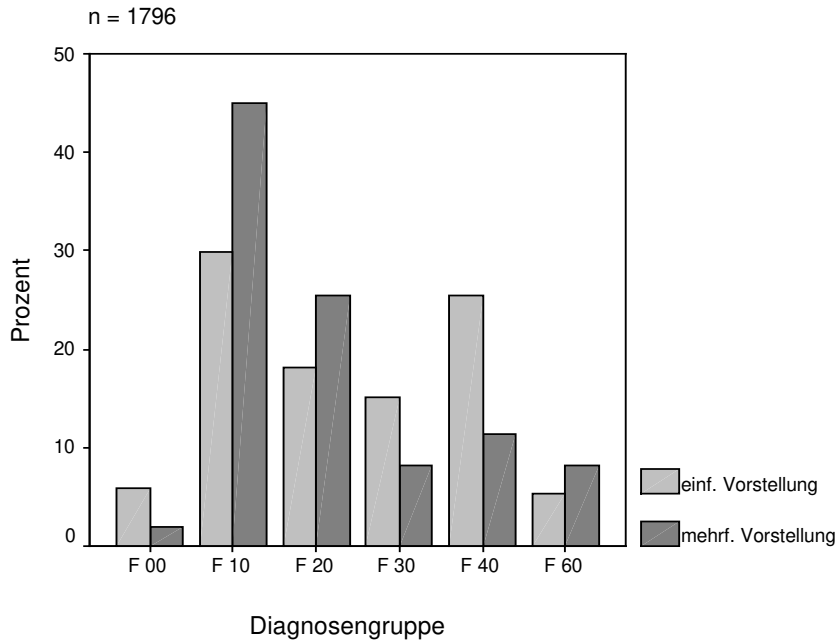


Abb. 3.26: Diagnosegruppen unter den sich ein- bzw. mehrfach vorstellenden Patienten

Diagnose	Anzahl	Prozent
F10.00	240	26,4%
F20.00	154	16,9%
F60.31	55	6,1%
F25.90	40	4,4%
F43.00	37	4,1%
F10.25	28	3,1%
F19.25	27	3,0%
F10.30	22	2,4%
F32.10	22	2,4%
F10.20	15	1,7%
Gesamt	640	70,5%

Tab. 3.88 Die zehn häufigsten Diagnosen in der Gruppe der Mehrfachvorstellungen

Diagnose	Anzahl	Prozent
F10.00	131	14,1%
F20.00	108	11,6%
F43.00	86	9,2%
F32.10	55	5,9%
F43.20	30	3,2%
F43.21	25	2,7%
F10.25	22	2,4%
F03.00	20	2,2%
F05.90	20	2,2%
F19.25	19	2,0%
Gesamt	516	55,5%

Tab. 3.89 Die zehn häufigsten Diagnosen in der Gruppe der Einfachvorstellungen

Wie aus den Tabellen hervorgeht, rangieren F10.00 (akute Alkoholintoxikation) und F20.00 (paranoide Schizophrenie) in beiden Gruppen an erster und zweiter Stelle, doch tauchen beide Diagnosen in der Gruppe der Mehrfachvorstellungen wesentlich öfter auf (240 versus 131 bei F10.00; 154 versus 108 bei F20.00).

Unter den sich mehrfachvorstellenden Patienten befanden sich höchst signifikant öfter Alkoholintoxikationen ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney), auch wurden unter den sich mehrfachvorstellenden Patienten mit Alkoholintoxikationen höchst signifikant höhere Alkoholspiegel (Median = 2,52 Promille versus 2,13 Promille) gemessen als unter den sich nur einmal vorstellenden Patienten ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney).

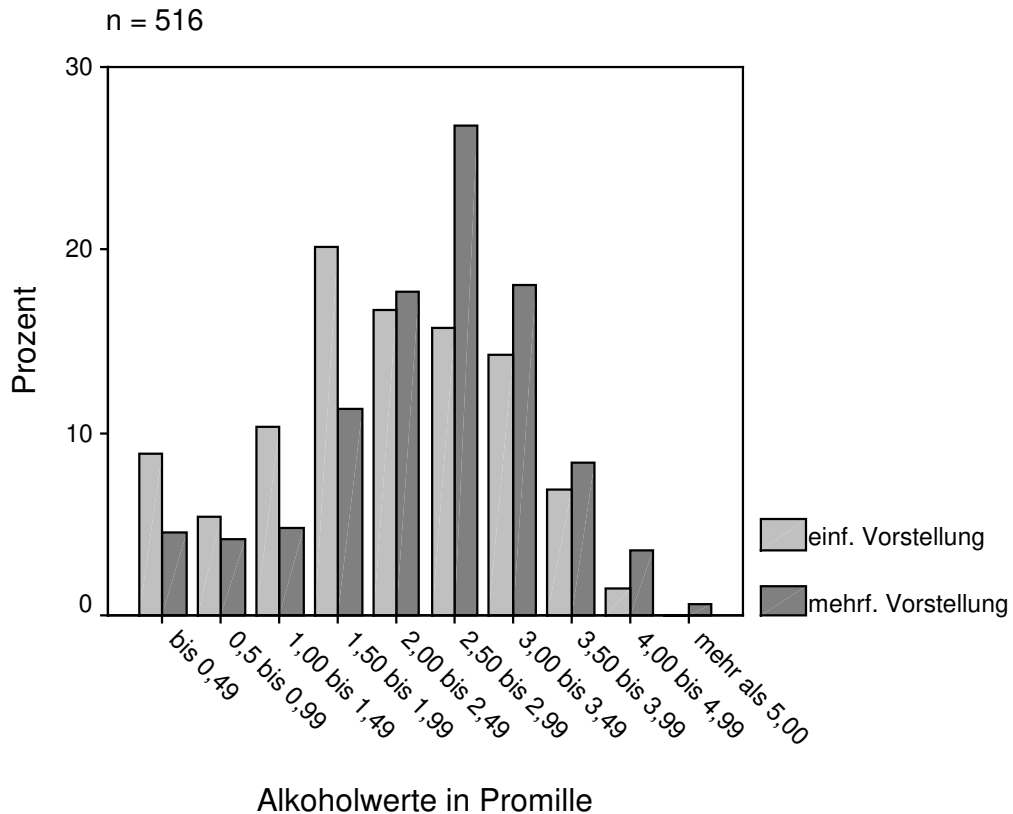


Abb. 3.27: Alkoholwerte der Patienten mit ein- bzw. mehrfacher Vorstellung

Desweiteren unterscheiden sich die beiden Patientengruppen in der Häufigkeit des Auftretens von Suizidalität, welche unter den Einfachvorstellungen sehr signifikant öfter auftrat als unter den Mehrfachvorstellungen ($p=0,008$; U-Test nach Mann und Whitney).

Suizidalität	Mehrfache Vorstellung		Einfache Vorstellung		Gesamt	
	Suizidalität	118	15,7%	234	19,9%	352
keine Suizidalität	635	84,3%	941	80,1%	1576	81,7%
Gesamt	753		1175		1928	

Tab. 3.90: Suizidalität der Patienten mit ein- bzw. mehrfacher Vorstellung

Ausserdem konnte festgestellt werden, dass die sich mehrfachvorstellenden Patienten signifikant seltener stationär aufgenommen wurden als die sich einfachvorstellenden Patienten ($p=0,000$; U-Test nach Mann und Whitney).

Verbleib	Mehrfache Vorstellungen		Einfache Vorstellungen		Gesamt	
	stationär aufgenommen	553	53,3%	627	61,1%	1180
nicht aufgenommen	486	46,7%	400	38,9%	885	42,9%
Gesamt	1038		1027		2065	

Tab. 3.91: Stationäre Aufnahmen unter den sich ein- und mehrfach vorstellenden Patienten

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Methodik und Limitation der Untersuchung

In der vorliegenden Untersuchung wurden retrospektiv die Aufnahmebücher der zentralen Notaufnahme sowie die von den diensthabenden Psychiatern für die psychiatrischen Patienten der ZNA angefertigten Arztbriefe und Konsilbögen des Jahres 2002 untersucht. Die dazu verwendeten Bögen lassen dem Arzt durch eine nur grobe Vorgabe viel Raum, um der Beschreibung der jeweiligen Patienten und deren Lage gerecht zu werden.

So es liegt in der Natur bei der Erstellung eines solchen Dokumentes, dass sowohl die von Arzt zu Arzt unterschiedliche Herangehungs- und Durchführungsweise als auch die jeweils immer wieder sehr speziellen Patientensituationen jedem Dokument einen sehr individuellen Charakter verleihen. Dies macht eine standardisierte Auswertung anhand verschiedener Variablen teilweise nicht einfach, so dass der Untersucher zwar bei der Erstellung der Datenmaske versuchte, eine möglichst genaue Erfassung der Daten zu ermöglichen, er bei der Auswertung der Akten aber immer wieder durch Interpretation verschiedener subjektiver Ausformulierungen diese für die Untersuchung auswertbar machen musste. Dies wurde unter sorgfältigster Berücksichtigung aller zur Verfügung stehender Möglichkeiten (Rücksprache mit dem ärztlichen Personal, Vergleich von Ausdrücken aus Briefen des selben und unterschiedlichen diensthabenden Psychiatern) durchgeführt, kann aber einzelne Fälle, in denen dies nicht voll sinnentsprechend gelungen ist, nicht ausschließen.

In weiteren Fällen konnte teilweise für eine bestimmte Variable keine Information eruiert werden, beispielsweise konnte anhand der zur Verfügung stehenden Akten nicht immer der Zeitpunkt, zu dem der Patient die ZNA wieder verließ, nachvollzogen werden, weshalb sich die angegebenen Zahlen und Prozente dieser Untersuchung immer nur auf die zur Verfügung stehenden Daten beziehen.

Ausserdem wurde bei Patienten, die sich zwar beim Personal der ZNA anmeldeten bzw. angemeldet wurden und so einen Eintrag in das

Aufnahmebuch der ZNA bekamen, aber anschließend - ohne überhaupt vom diensthabenden Psychiater untersucht worden zu sein - die ZNA wieder verließen, kein Arztbrief erstellt.

Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass trotz der oben genannten Limitationen die durchgeführte Untersuchung die Beantwortung der Fragestellung zulässt.

4.2 Diskussion der eigenen Ergebnisse

Die in der ZNA tätigen Pflegekräfte betreuen eine große Anzahl Patienten für alle Fachrichtungen gemeinsam mit den Dienstärzten der jeweiligen medizinischen Fachdisziplinen. Bis zur Auswertung dieser Untersuchung für den Bereich psychiatrischer Patienten gab es kein auswertbares Datenmaterial, welches Anzahl, Diagnosen, Vorstellungszeitpunkte und Angaben zu Aufenthaltsdauern der Patienten in einer interdisziplinären Notaufnahme eines Klinikums der Maximalversorgung in Deutschland erhielt.

4.2.1 Diskussion der Patientencharakteristika

Im folgenden sollen wesentliche Charakteristika des Patientenbildes herausgearbeitet werden, damit so die Anforderungen an die zentrale Notaufnahme der Medizinischen Hochschule Hannovers durch psychiatrische Patienten definiert werden können.

Von 34.058 Patienten, die im Jahre 2002 in die zentrale Notaufnahme (ZNA) der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) kamen, wurden insgesamt 2632 (7,7%) psychiatrisch untersucht. Die in der vorliegenden Untersuchung erhobenen Daten ergaben insgesamt vielfältige Hinweise darauf, dass die ZNA der MHH neben ihrer Position als Bindeglied zwischen der primären prä- bzw. außerklinischen und der sekundären stationären Versorgung auch ein beachtenswertes Element der direkten Akutversorgung beinhaltet.

Ein Anteil von 51,6% Männern und 48,4% Frauen und eine Normalverteilung bezüglich des Alters (Durchschnitt 41,1 Jahre) sind Hinweise auf eine Inanspruchnahme der ZNA durch eine bezüglich Geschlecht und Alter ausgewogene Patientengruppe.

Für lediglich 55% der psychiatrischen Patienten des Gesamtkollektivs entspricht die MHH auch dem zugehörigen Versorgungssektor, 45% sind demgegenüber einem anderen Sektor zugeordnet oder kommen von ausserhalb Hannovers. Die Lage in der Stadt Hannover und somit die gute und schnelle Erreichbarkeit durch öffentliche Verkehrsmittel könnten die ZNA der MHH als Anlaufstelle gerade in Notfällen in ihrer Bedeutung für psychiatrische Patienten hervorheben.

4.2.1.1 Primär psychiatrische Patienten

4.2.1.1.1 Herkunft, Begleitung und Überweisungsschreiben

Über 70% der Patienten kamen direkt aus ihrem gewohnten sozialen Umfeld in die ZNA, lediglich 8,9% waren unmittelbar vorher schon in einer professionell betreuten Umgebung wie einem Pflegeheim oder einem anderen Krankenhaus gewesen. Ausserdem stellte sich fast die Hälfte der Patienten alleine vor und 56,8% suchten die ZNA aus eigenem Antrieb auf, was zusammen mit der Tatsache, dass weit über 80% ohne eine ärztliche Überweisung in der ZNA erschienen, Indizien dafür sein könnten, dass für die Mehrheit der psychiatrischen Patienten die ZNA eine wichtige Stelle für unmittelbare Hilfe ist. Der Teil jener Patienten, der sich primär an andere Institutionen der psychiatrischen Versorgung wendet und von diesen dann wiederum an die ZNA „weitervermittelt“ wird, ist eher der kleinere Anteil.

4.2.1.1.2 Diagnose, Alkoholspiegel

Mit über einem Drittel aller Patienten waren die Suchtkranken die am stärksten vertretene Diagnosegruppe, mit jeweils knapp einem Fünftel folgten die Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie die Patienten mit Belastungsstörungen. Eine genauere Analyse ergab, dass mit in ca. 20% aller Fälle die akute Alkoholintoxikation (F10.00) mit Abstand am häufigsten diagnostiziert und sogar bei ca. jedem vierten Patienten ein positiver Atem- bzw. Blutalkoholspiegel gemessen wurde, was die immense Bedeutung der „Volksdroge“ Alkohol auch in der Notfallpsychiatrie zeigt.

Die klassische psychiatrische Diagnose der paranoiden Schizophrenie (F20.0), die in 14,2% sowie die akuten Belastungsstörung (F43.0) als Ausdruck einer

unmittelbaren Krisensituation, die in 6,7% der Fälle diagnostiziert wurde, runden das Bild ab. Diese drei Diagnosen deckten über 40% aller primär psychiatrischen Patienten ab und lassen so einen Eindruck der typischen psychiatrischen Patienten der ZNA entstehen, wie sie von den diensthabenden Ärzten der Psychiatrie wiederholt angetroffen werden.

4.2.1.1.3 Mitbehandlung durch andere Disziplinen

Bei ca. 30% der psychiatrischen Patienten wurden noch Ärzte weiterer Disziplinen zur Mitbeurteilung und Mitbehandlung hinzugezogen, was die Bedeutung der ZNA als Ort der interdisziplinären Behandlung unterstreicht.

Insbesondere die ärztlichen Kollegen der Abteilung für Innere Medizin wurden um Mitbeurteilung gebeten und hatten mit über 50% den höchsten Anteil an den Konsilbehandlungen, doch mit jeweils über 20% waren die Abteilungen der Neurologie und Unfallchirurgie ebenfalls maßgeblich an den konsiliarischen Mitbehandlungen beteiligt. Diese Zahlen belegen, wie oft es zu Überschneidungen mit diesen Disziplinen in der Behandlung von psychiatrischen Patienten kommt. Insbesondere Demenzpatienten in meist fortgeschrittenem Lebensalter und somit oft komorbidem Leiden sowie Suchtkranke, häufig mit zum Teil lebensbedrohlichen Intoxikationssyndromen und Entzugssymptomaten, konnten als Patientengruppen identifiziert werden, bei denen diese interdisziplinäre Behandlung im Vordergrund steht. Deshalb stellt ein stetiger Austausch und die weitere Förderung der Zusammenarbeit dieser Disziplinen ein wichtiges Element für ein reibungsloses Funktionieren der ZNA und somit eine adäquate Patientenversorgung dar.

4.2.1.2 Konsiliarisch untersuchte Patienten

4.2.1.2.1 Diagnose, Alkoholspiegel

Unter den Patienten, die vom diensthabenden Psychiater der ZNA nur konsiliarisch gesehen wurden, war mehr als jeder zweite Patient suchtkrank (F1) und ca. jeder vierte litt an einer Belastungsstörung (F4); an dritter Stelle mit nur noch 6,4% kamen die affektiven Störungen (F3).

Die häufigste gestellte Diagnose unter den Konsilpatienten war die akute Alkoholintoxikation, die mit ca. 20% ähnlich häufig wie unter den primär

psychiatrischen Patienten auftrat, während interessanterweise der Anteil der Patienten, bei denen ein positiver Blut- oder Atemalkoholspiegel vorlag, mit 38,0% wesentlich höher lag. Auch war der Median von 2,76 Promille Alkoholspiegel bei den Konsilpatienten höher als der Median von 2,50 bei den primär-psychiatrischen Patienten. Alkoholintoxikierte Patienten mit höheren Alkoholpegeln, bei denen die Stabilisierung und das Monitoring von Atmung und Kreislauf bei Vorstellung in der ZNA stärker im Vordergrund stand, wurden offenbar eher primär internistisch als psychiatrisch behandelt.

Interessanterweise wurde die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie bei nur 3,5% der Konsilpatienten gestellt, diese Patienten scheinen entweder kaum Komorbidität vorzuweisen oder werden als „klassisch psychiatrisch“ gleich primär den diensthabenden Ärzten der Psychiatrie vorgestellt.

4.2.1.2.2 Primär behandelnde Disziplinen

Die bereits aufgezeigten Hinweise auf eine Überschneidung in der Behandlung von Patienten zeigen sich auch in den erhobenen Daten bezüglich der ein psychiatrisches Konsil anfordernden Disziplinen. Über 90% der Anforderungen kamen auch hier von Kollegen der drei Abteilungen Innere Medizin (53,4%), Neurologie (24,7%) und Unfallchirurgie (15,8%).

4.2.1.2.3 stationäre Aufnahme

Wie auch unter den primär psychiatrischen Patienten wurde ca. jeder zweite (54,9%) stationär aufgenommen, 48,1% kamen hier auf eine somatische und 6,8% auf eine psychiatrische Station. Das könnte wie auch bei den primärpsychiatrischen Patienten dafür sprechen, dass die Einteilung der Patienten in primär psychiatrisch oder somatisch, welche vor dem ersten ärztlichen Kontakt vom Pflegepersonal der ZNA durchgeführt wird, in den allermeisten Fällen richtig ist und entsprechende therapeutische Maßnahmen so schnell eingeleitet werden können.

4.2.1.3 Mehrfachvorstellungen

Des Weiteren konnte in dieser Untersuchung festgestellt werden, dass sich die 1839 ausgewerteten primär psychiatrischen Patientenvorstellungen zur Hälfte

aus Patienten, die sich 2002 nur einmal und zur Hälfte aus sich mehrfach vorstellenden Patienten zusammensetzen. Jeder zweite Patient, der also in der ZNA vom diensthabenden Psychiater untersucht und behandelt wurde, hatte zu mindestens einem früheren oder späteren Zeitpunkt die Leistungen der ZNA ebenfalls in Anspruch genommen, was für die Bildung einer wiederkehrenden psychiatrischen Patientengruppe spricht. Patienten dieses Kollektivs suchten im Untersuchungszeitraum 2002 die ZNA zwischen 2 und 13 mal auf, in zwei Fällen kam es sogar zu 45 bzw. 31 Vorstellungen.

Im Vergleich zu dem Kollektiv, welches 2002 nur einmal die Dienste der ZNA in Anspruch nahm, waren in dieser Patientengruppe die Faktoren männliches Geschlecht, Vorstellung ohne Begleitung, Zugehörigkeit zum Sektor MHH, keine ärztliche Einweisung, Alkoholintoxikation und keine Suizidalität häufiger. Dies scheint auf eine Gruppe chronisch kranker Patienten mit langfristigerem Behandlungsbedarf, dem (noch) nicht adäquat entsprochen wurde bzw. werden konnte, hinzuweisen. Unterstützt wird diese Aussage ebenfalls dadurch, dass die stationäre Aufnahmequote mit 53,1% niedriger als die des Kollektivs der sich nur einmal vorstellenden Patienten mit 61,1% lag. Ebenfalls einen Hinweis für die Spezifität dieses Kollektivs liefert die Diagnosestellung. Mit den in diesen Fällen häufigsten drei Diagnosen, der akuten Alkoholintoxikation (F10.0, 26,4%), der paranoiden Schizophrenie (F20.00, 16,9%) und der Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31, 6,1%) konnten nahezu 50% aller Patientenvorstellungen dieses Kollektivs abgedeckt werden.

Diese Hinweise können helfen, diese wiederkehrenden Patienten zukünftig leichter zu identifizieren, um ihnen bedarfsorientierter begegnen und sie nachhaltiger behandeln zu können.

4.2.2 Diskussion von klinischen Einflussfaktoren

Im folgenden sollen die Variablen Ankunftszeitpunkt, Aufenthaltsdauer, Medikation, Diagnostik und stationäre Aufnahmequote überprüft werden, um eventuelle weitere Verbesserungsmöglichkeiten von Organisationen wie der der ZNA ableiten zu können.

4.2.2.1 Ankunftszeitpunkt

Mit ca. zwei Dritteln der Patienten stellten sich erwartungsgemäß die meisten Patienten zwischen 8:00 und 20:00 vor. Es konnten mehrere signifikante Einflüsse auf den Vorstellungszeitpunkt in der ZNA eruiert werden. Weibliches Geschlecht, höheres Alter (über 70 Jahre), ein Einweisungsschreiben und die Diagnose einer Demenz führte signifikant eher zu einer Vorstellung innerhalb der Dienstzeit.

Bei Patienten mit Diagnose einer Suchterkrankung oder einer Persönlichkeitsstörung konnte ein Trend zur Vorstellung ausserhalb der Dienstzeiten festgestellt werden. Den Erwartungen entsprach auch, dass an Wochentagen mit ca. 7,6 pro Tag mehr Patienten in der ZNA vorstellig wurden als am Wochenende mit ca. 6,2 pro Tag. Überraschend war allerdings, dass im Winterquartal Oktober bis Dezember mit 22,8% weniger Patienten vorstellig wurden als in den übrigen drei Quartalen mit 25-26,1%.

4.2.2.2 Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer hing - den klinischen Erfahrungen entsprechend - signifikant vom Vorstellungszeitpunkt ab, innerhalb der Dienstzeiten war die Aufenthaltsdauer länger als ausserhalb, was dadurch zu erklären ist, dass sich zwei Drittel (67,4%) aller Patienten zwischen 8:00 und 20:00 vorstellen, so dass die ZNA tagsüber wesentlich stärker beansprucht wird als nachts, während zu jeder Zeit immer ein Psychiater für die Patienten der ZNA verantwortlich ist. Patienten, die in Begleitung kamen, konnten die ZNA signifikant früher verlassen, wobei die Begleitung als zusätzliche Informationsquelle über den Zustand des Patienten den diagnostischen Prozess beschleunigen könnte.

Ausserdem konnte festgestellt werden, dass die Diagnose einer Schizophrenie bzw. einer Persönlichkeitsstörung zu einer signifikant kürzeren Dauer führt. Die Diagnose einer Demenz oder einer Suchterkrankung, beides Erkrankungen, die öfter mit Komorbidität bzw. interdisziplinärer Behandlung einhergehen, bewirkte einen längeren Aufenthalt in der ZNA.

Auch durchgeführte diagnostische Maßnahmen, Konsile sowie eine anschließende stationäre Aufnahme, eine somatische noch mehr als eine psychiatrische Aufnahme verlängerten die Aufenthaltsdauer signifikant, was

durch den jeweils entstehenden zeitlichen Aufwand bei der Organisation bzw. Durchführung zu erklären ist.

4.2.2.3 Medikation in der ZNA

Hinsichtlich der in der Notaufnahme verabreichten Medikation zeigt sich, dass es sich vor allem um Akutmedikationen bei (Alkohol-) Entzugserscheinungen bzw. zur Delirprophylaxe handelt, bei einem weiteren Teil der Patienten werden die Syndrome „Angst“, „Unruhe“ und „Psychotisches Erleben“ bereits in der ZNA medikamentös anbehandelt. Die spezifische Therapie beginnt wenn erforderlich dann in der Regel im stationären Rahmen.

4.2.2.4 Diagnostik

Wie bereits erwähnt ist es Standard in der ZNA der MHH, dass alle Patienten körperlich untersucht werden, was auch in fast 80% erfolgte. Dennoch wurden häufig auch weitergehende diagnostische Maßnahmen wie Laboruntersuchungen in über 40% und EKG in über 10% aller Fälle von den psychiatrischen Ärzten vom Dienst angeordnet, eine Bildgebung erfolgte in 2,7% der Fälle. Diese Zahlen können nun zu mehr Verständnis seitens anderer Disziplinen führen, da sie belegen, dass bei medizinischer Indikation auch psychiatrische Patienten teilweise mehr als nur psychiatrischer Exploration und Therapie bedürfen und gegebenenfalls zeitraubende Überzeugungsarbeit abgekürzt werden kann.

4.2.2.5 Stationäre Aufnahme

Es konnten einige Faktoren identifiziert werden, die zur stationären Aufnahme führten. Klinischer Erfahrung entsprechend war bestehende Suizidalität als klassischer psychiatrischer Notfallindikator ein wesentlicher Faktor, der die Entscheidung zur stationären Aufnahme signifikant beeinflusste, genauso wie die erlassene gesetzliche Unterbringung (in Niedersachsen nach dem NdsPsychKG) von Patienten als Ausdruck eines schweren seelischen Leidens. Auch eine in der ZNA bereits eingeleitete medikamentöse Therapie sowie durchgeführte Fixiermaßnahmen als Zeichen einer akuten und unmittelbarer Therapie bedürftigen Erkrankung waren signifikant mit einer folgenden stationären Aufnahme korreliert.

Neben der akuten Erkrankung scheinen bei den demenziellen Erkrankungen wie auch im Allgemeinen der Fürsorgegedanke bzw. soziale Aspekte und die Hilflosigkeit bei Aufnahmesituationen eine Rolle zu spielen, was eine denkbare Erklärung dafür sein könnte, weshalb sich allein vorstellende Patienten signifikant häufiger aufgenommen werden als Patienten in Begleitung.

Verständlich ist ebenfalls die hohe Aufnahmequote von Patienten mit einer Einweisung niedergelassener Ärzte, da hier die stationäre Behandlung als letzte Möglichkeit bereits ambulant erwogen und dem Patienten vorgeschlagen wurde. Dass letztendlich nicht alle Patienten mit einer Einweisung aufgenommen wurden, kann einerseits daran liegen, dass nicht alle Einweisungen durch psychiatrische Fachärzte erfolgten und andererseits bei einigen Patienten die Indikation zur stationären Aufnahme aus Sicht der Notaufnahmeärzte noch durch andere Maßnahmen zu umgehen war.

Diese Faktoren können allesamt als Hinweise auf eher schweres seelisches Leiden, fehlendes soziales Umfeld bzw. Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Selbstversorgung und somit auf eine das ambulante Hilfsangebot übersteigende Bedürftigkeit interpretiert werden und scheinen so die Wahrscheinlichkeit einer stationären Aufnahme zu erhöhen.

4.3 Diskussion der eigenen Ergebnisse im Vergleich mit denen anderer Autoren

4.3.1 Charakteristika des Patientenkollektivs

Eine Untersuchung wie die vorliegende wurde unseres Wissens nach in der Form noch nicht publiziert, weshalb sich die Daten nur begrenzt mit Arbeiten anderer Arbeitsgruppen vergleichen bzw. in einen Zusammenhang setzen lassen.

4.3.1.1 Begleitung und Initiierung der Vorstellung

In unserer Untersuchung wurden 6,7% aller Patienten von der Polizei, teilweise zusammen mit dem Rettungsdienst, in die ZNA gebracht. Diese Zahlen ähneln Ergebnissen einer belgischen Untersuchung mit 8,8% (Bruffaerts et al., 2004) und sind weitaus niedriger als die einer amerikanischen Untersuchung

(Dhossche und Ghani, 1998), in der 36% in Begleitung von der Polizei vorgestellt wurden.

Überraschend niedrig mit 12,6% war der Anteil der Patienten, der durch den Rettungsdienst gebracht wurde, da psychiatrische Notfälle die dritthäufigste Einsatzindikation für den Rettungsdienst darstellen (Pajonk et al., 2001; Kardels et al., 2003; König et al., 1996; Seiger und Brommundt, 2002) und zum Vergleich in der Untersuchung einer Notaufnahme in München (Burchardi et al., 2001) ein Prozentsatz von ca. 54% aller Patienten angegeben wurde, die per Rettungsdienst in der ZNA vorstellig wurden.

Der Teil der sich alleine vorstellenden Patienten liegt mit fast 50% eher im oberen Bereich im Vergleich zu anderen Untersuchungen, in denen Zahlen im Bereich von 20-50% berichtet werden (Dhossche und Ghani, 1998; Bruffaerts et al., 2004; Spurrell et al., 2003).

Die Daten, die bezüglich der Initiierung der Vorstellung erhoben werden konnten, entsprechen im wesentlichen denen einer Schweizer Untersuchung (Schnyder et al., 1999), in der ebenfalls über die Hälfte der Patienten (56,6%) die ZNA aus Eigeninitiative aufsuchten und 11,1% durch Verwandte vermittelt wurden.

4.3.1.2 Diagnose und Alkoholspiegel

Bezüglich des Diagnosespektrums in der Notfallpsychiatrie lassen sich in der Literatur Untersuchungen mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen finden.

In einer älteren Untersuchung aus Göttingen (Kuthe, 1990) entfallen in einem psychiatrischen Notdienst nach ICD-9 auf die Kategorie Neurose, Persönlichkeitsstörung und psychosomatische Erkrankung 36,7% die meisten Patientenkontakte gefolgt von Suchterkrankungen (26,8%) und Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (12,6%). In einer Untersuchung eines psychiatrischen Notfalldienstes in München (Huber et al., 2003) lagen die affektiven Störungen (F3) mit 24% vor Diagnosen aus dem Bereich der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit 20% und schizophrenen Psychosen (F2) mit 20%.

Im Gegensatz dazu traten im psychiatrischen Notdienst der Notaufnahmen zweier Kliniken in Plauen und Gera (Greger und Waldmann, 2000) am

häufigsten Suchtproblematiken mit ca. 27% gefolgt von suizidalen Handlungen (ca. 22%) und hirnorganischen Psychosyndromen (ca. 9%) auf.

Deutlich wird die schwere Vergleichbarkeit der Untersuchungen, Gründe dafür sind die unterschiedlichen Formen der Notdienste und Diagnosekategorien.

Dennoch scheinen Suchtproblematiken, insbesondere Intoxikationen, ein generell sehr häufiger Grund zur Versorgung in einer Notaufnahme zu sein; mit 13% lagen in einer Notaufnahme in München (Burchardi et al., 2001) Intoxikationen an zweiter Stelle nach kardiovaskulären Symptomen mit 34%.

In der vorliegenden Untersuchung wiesen 26,1% der primär psychiatrischen Patienten und 38,0% der Konsilpatienten positive Alkoholwerte auf. Anhand der erhobenen Daten konnte nicht unterschieden werden, ob diese intoxikierten Patienten moderate Trinker oder alkoholabhängig sind, doch wurde in einer anderen Untersuchung (Reynaud et al., 2001) mit ähnlichen Medianen bezüglich der Alkoholwerte (2,41 versus 2,50 bzw. 2,76) angegeben, dass ca. 80% der alkoholintoxikierten Patienten auch behandlungsbedürftig alkoholabhängig waren.

4.3.1.3 Suizidalität

12,1% der primär psychiatrischen Patienten wurden als suizidal eingestuft und bei 5,8% war ein Suizidversuch (Mit-) Einweisungsgrund, in anderen Untersuchungen sind ähnlich hohe oder höhere Zahlen berichtet worden (Schnyder und Vallach, 1997; Bruffaerts et al., 2004). Suizidalität ist bereits ein vieluntersuchtes und -diskutiertes Thema in der Literatur, ein generell erhöhtes Risiko für Suizidalität unter Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung wird immer wieder beschrieben (Radomsky et al., 1999), und die hohen Zahlen betonen, wie wichtig ein geschultes Personal und das richtige Umfeld ist, um dem im suizidalen Patienten häufig unterschätzten Gefühl von Kontrollverlust und Angst (Schnyder et al., 1999) begegnen und die oft eher positive Einstellung dieser Patienten einer Krisenintervention gegenüber (Suominen et al., 2004) positiv nutzen zu können.

4.3.1.4 Zwangseinweisung und Fixiermaßnahmen

Ein wichtiges Thema sind auch Zwangseinweisung und Fixierungsmaßnahmen. 2002 wurden in der ZNA 101 Zwangseinweisungen nach nach § 18

NdsPsychKG verzeichnet. 70 Patienten (3,8%) kamen bereits mit erlassenem Unterbringungsbeschluss nach §18 NdsPsychKG in die ZNA, bei 31 Fällen (1,7%) wurde eine Unterbringung mittels §18 NdsPsychKG in der ZNA während der Behandlung beantragt und erlassen.

Im Vergleich mit Zahlen einer Untersuchung aus dem Jahr 2000 (Kropp et al., 2005), laut denen von 524 im Landkreis Hannover erlassenen Unterbringungen 99 auf die gesamte MHH inklusive ZNA, Stationen und Institutsambulanz fallen, scheint die Anzahl der in der ZNA im Jahr 2002 mit 33 hier zwangsuntergebrachten Patienten überraschend niedrig zu sein. Ein Grund dafür kann sein, dass eine Zwangsunterbringung von Patienten, die gegen ihren ausdrücklichen Willen bzw. ohne Möglichkeit einer Willensäußerung psychiatrischer Behandlung bedürfen, eher bereits präklinisch durch autorisiertes Fachpersonal wie den nervenärztlichen Hintergrunddienst vor Ort durchgeführt wird und sie anschließend erst zur klinischen Versorgung in die ZNA gebracht werden.

Fixierungsmaßnahmen wurden in 2002 in 30 Fällen dokumentiert. Davon kamen 14 Patienten (0,8%) bereits fixiert in die ZNA, 16 (0,9%) wurden vor Ort im Laufe der Behandlung fixiert. Für Gewalttätigkeit insgesamt der Patienten der ZNA stehen keine Daten zur Verfügung, weshalb es schwierig ist, die absoluten Zahlen zu bewerten. Laut Daten amerikanischer Arbeitsgruppen werden jedoch zur Risikominderung für Patient und Personal bei gewalttätigem Verhalten oft schnell Mittel der Fixierung und Zwangsmedikation eingesetzt (Lewin Group, 2003), auch werden Zahlen von 8,5% Fixiermaßnahmen in einer Patientenpopulation eines psychiatrischen Notdienstes beschrieben (Chan et al., 1997). Das könnte eine unter Vorbehalten positive Bewertung der in Hannover erhobenen Zahlen zulassen.

4.3.1.5 Mehrfachvorstellungen

Schätzungen ergaben, dass in der Psychiatrie 10-30% der Patienten bereits kurz nach der Behandlung wiederkehren, dass also eine kleine Gruppe an Patienten einen hohen Teil der Ressourcen konsumiert (Roick et al., 2002).

Die 2632 psychiatrischen Patientenkontakte wurden von 1782 Patienten bestritten, 1411 Patienten (79,2%) stellten sich einmal und 371 (20,8%) zweimal oder öfters in der ZNA der Medizinischen Hochschule Hannover vor.

Diese 371 Patienten (20,8%) waren für fast die Hälfte (46,5%) der Patientenkontakte verantwortlich, zum Vergleich entstanden in der Untersuchung einer Universitätsklinik in New York 36% aller Kontakte einer psychiatrischen Notaufnahme durch 18% der Patienten (Dhossche und Ghani, 1998).

Signifikant mit mehrfachen Vorstellungen assoziierte Faktoren der vorliegenden Untersuchung waren männliches Geschlecht, bestehende Sektorzugehörigkeit zur MHH, Vorstellung ohne Begleitung und ohne ärztliche Einweisung, positive Alkoholspiegel sowie Diagnosen aus dem ICD-10 Kapitel F1, F2 und F6. Die beiden häufigsten Diagnosen waren akute Alkoholintoxikation mit 26,4% und paranoide Schizophrenie mit 16,9%.

Diese Ergebnisse bestätigen Hinweise anderer Untersuchungen darauf, dass schwer bzw. chronisch kranke, psychotische und insbesondere sozial benachteiligte Patienten (Roick et al., 2002; Dhossche und Ghani, 1998; Segal et al., 1998; Bruffaerts et al., 2004) sowie Patienten mit Suchterkrankungen (Lambert et al., 2003) psychiatrische Notdienste öfter beanspruchen. Gründe hierfür können sein, dass der ursprünglichen Problematik dieser Patienten aus logistischen oder wirtschaftlichen Limitationen nicht hinreichend genug entsprochen wurde bzw. werden konnte, so dass zunehmende psychiatrische Komorbidität (Lambert et al., 2003) und die nicht gelösten ursprünglichen Umstände (Segal et al., 1998) diese Patienten immer wieder Hilfe suchen lassen.

4.3.2 Organisatorische Faktoren

4.3.2.1 Aufenthaltsdauer

Nach unserem Wissen gibt es nur wenige Zahlen bezüglich Aufenthaltsdauer von Patienten in Notaufnahmen, generell aber ist sie in ländlicheren Kliniken am kürzesten und in großen akademischen Lehrkrankenhäusern am längsten; der Durchschnitt für Lehrkrankenhäuser in den USA lag bei 204 Minuten (Southall und Harris, 1999). In den Vereinigten Staaten wurden in Notaufnahmen sogar durchschnittliche Wartezeiten von fast 6 Stunden angegeben (Lewin Group, 2003). Akzeptable Warte- und Aufenthaltszeiten sind ein wichtiger Faktor für die Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen und Begleitpersonen über die

eigentliche medizinische Leistung hinaus, die Verbesserung des Umfeldes ist Gegenstand aktueller Untersuchungen, auf die hier nur verwiesen werden soll (Naumann und Miles, 2001; Summers und Happell, 2003; Wallrath et al., 2004; Kihlgren et al., 2004).

Mit einer durchschnittlichen Dauer von 123 Minuten (Median: 95 Minuten) scheinen psychiatrische Behandlungen in der zentralen Notaufnahme Hannover eher zügig durchgeführt zu werden, 60 Prozent verließen die ZNA innerhalb 3, ca. 80% innerhalb von 4 Stunden. Anschließend stationär aufgenommene Patienten blieben zwar signifikant länger (Durchschnitt 127,70 min, Median 100) in der ZNA als anschließend ambulant entlassene Patienten (Durchschnitt 110,10 min, Median 90), doch war der Unterschied weitaus geringer als im Fall eines anderen Lehrkrankenhauses der USA (Chan et al., 1997), in der ambulante Patienten 123 min und anschließend aufgenommene Patienten 330 min blieben, wenngleich die Vergleichszahlen ein Kollektiv aus allen Disziplinen beschreiben.

4.3.2.2 Aufnahme und Verbleib

Während anhand Daten anderer Arbeitsgruppen unter anderem in den USA herausgearbeitet wurde, dass die psychiatrische Aufnahmeindikation nicht so sehr anhand klinischer oder demografischer Daten sondern durch äussere Umstände und dem Wunsch nach sozialer Kontrolle bedingt sein könnte (Lidz et al., 2000), zeigen unsere Ergebnisse, dass vor allem schwer kranke, suizidale und hilflose Patienten stationär aufgenommen werden. Dabei werden im deutlichen Gegensatz zu anderen Untersuchungen (George et al., 2002) in diesem Kollektiv Patienten ohne Begleitung eher stationär aufgenommen. Ungewöhnlich hoch im Vergleich zu anderen Untersuchungen ist die Zahl von hier über 50% stationär aufgenommenen Patienten (George et al., 2002; Baca-Garcia et al., 2004; Schnyder et al., 1999). Obgleich die Notaufnahme allen Patienten offen steht, werden die stationären Aufnahmen nach den psychiatrischen Sektoren auf die zuständigen Krankenhäuser verteilt, aber noch über 40% der Patienten aus fremden Sektoren konnten auf Wunsch bei gestellter Aufnahmeindikation in der MHH weiterbehandelt werden.

4.3 Schlussfolgerungen für die klinische Praxis

Insgesamt hat die ZNA der MHH für psychiatrische Patienten also neben ihrer Funktion als Schnittstelle zwischen mittelbarer, sekundärer ambulanter und stationärer Patientenversorgung auch ein großes Element der unmittelbaren, primären Patientenversorgung. Im Vordergrund stehen Suchtproblematiken, insbesondere akute (Alkohol-) Intoxikationen, sowie paranoide Schizophrenien und Belastungsstörungen.

Ausserdem werden viele psychiatrische Patienten interdisziplinär behandelt sowie anschließend stationär aufgenommen, was die Position der ZNA sowohl als die einer Behandlungsstelle für ein heterogenes und teils multimorbides Patientengut wie auch als die einer Organisations- bzw. Vermittlungsstelle für weitere Behandlung definiert. Darüber hinaus scheint sie ebenfalls ein Anlaufpunkt für eine chronisch kranke Patientengruppe zu sein, deren Bedürfnissen an weitergehender Behandlung noch nicht entsprochen wurde.

Die erhobenen Daten können helfen, psychiatrische Notfalltätigkeit zu evaluieren, bestehende Strukturen kritisch zu reflektieren und zukünftige Planungen der patientenbezogenen psychiatrischen Notfalltätigkeit zu ermöglichen bzw. zu vereinfachen.

5 Zusammenfassung

Der psychiatrische Patient als Notfallpatient gerät zunehmend in den Blickpunkt der Notfallmedizin.

In vielen verschiedenen Studien in ganz Deutschland ist bereits die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle im Rettungsdienst untersucht worden, sie stellen die dritthäufigste Einsatzursache nach internistischen und chirurgischen Fällen dar.

Auch in allgemeinmedizinischen und internistischen Praxen werden psychiatrische Patienten häufig behandelt.

Ein großer Teil aller akut psychiatrisch erkrankter Menschen wird also primär präklinisch versorgt, doch ihr Behandlungsbedarf übersteigt oft den sich dort bietenden Rahmen.

Die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung ist hier die Notaufnahme. Sie ist neben ihrer Funktion als 24-Stunden-Notdienst für Patienten die primäre Anlaufstelle für den Rettungsdienst und eine wichtige Möglichkeit für den Allgemeinmediziner, akut erkrankte Menschen in fachärztliche Behandlung zu geben.

Diese Untersuchung wurde durchgeführt, um das Patientenkontext und den Behandlungsauftrag der Notaufnahme eines Klinikums der Maximalversorgung zu beschreiben.

Dazu wurden die 2632 psychiatrischen Notfallbehandlungen in der zentralen Notaufnahme der Medizinischen Hochschule Hannover des Jahres 2002 mittels einer dafür entworfenen Datenmaske durch das Programm SPSS 10.0 standardisiert aufgenommen und ausgewertet.

Insgesamt hat die ZNA der MHH für psychiatrische Patienten neben ihrer Funktion als Schnittstelle zwischen sekundärer ambulanter sowie stationärer Patientenversorgung auch ein großes Element der unmittelbaren, primären Patientenversorgung. Im Vordergrund stehen Suchtproblematiken, insbesondere akute (Alkohol-) Intoxikationen, sowie paranoide Schizophrenien und Belastungsstörungen.

Die erhobenen Daten können helfen, psychiatrische Notfalltätigkeit zu evaluieren, bestehende Strukturen kritisch zu reflektieren und zukünftige Planungen der patientenbezogenen psychiatrischen Notfalltätigkeit zu ermöglichen bzw. zu vereinfachen.

Literaturverzeichnis

Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Resa EG, Blasco H, Conesa DB, Saiz-Ruiz J, de Leon J (2004): Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. *Psychiatr Serv* 55: 792-797

Bäuml J (2000): Psychiatrische Notfälle in der internistischen Praxis. *Internist* 41: 714-718

Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K (2004) : Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 146-153

Bundesärztekammer (1994): Kursbuch Rettungsdienst: Curriculum zum Fachkundenachweis „Rettungsdienst“. Deutscher Ärzteverlag GmbH

Burchardi C, Angstwurm M, Endres S (2001): Diagnosespektrum in einer internistischen Notaufnahme. *Internist* 42: 1462-1464

Chan L, Reilly KM, Salluzzo RF (1997): Variables that affect patient turnaround times in an academic emergency department. *Am J Med Qual* 12: 183-186.

Dhossche DM, Ghani SO (1998): Who brings patients to the psychiatric emergency room? *Gen Hosp Psychiatry* 20: 235-240

Dhossche DM, Ghani SO (1998): A Study on recidivism in the psychiatric emergency room. *Ann Clin Psychiatry* 10: 59-67

George L, Durbin J, Sheldon T, Goering P (2002): Patient and contextual factors related to the decision to hospitalize patients from emergency psychiatric services. *Psychiatr Serv* 53: 1586-1591

Greger J, Waldmann KD (2000): Konsiliartätigkeit, eine wichtige Aufgabe der Abteilungspsychiatrie. *Krankenhauspsychiatrie* 11: 105-108

Huber D, Gestner J, Hartmuth U, Maragos M, Schleu A (2003): Krisenberatungsgespräche unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsbeziehung. *Psychiatr Prax* 30: 326-332

Kardels B, Beine KH, Wenning F (2003): Psychiatrische Notfälle in Hamm/Westfalen. *Fortschr Neurol Psychiat* 71: 129-134

Kihlgren AL, Nilsson M, Skovdahl K, et al. (2004): Older patients awaiting emergency department treatment. *Scand J Caring Sci* 18: 169-176

König F, Faust V, Dirks B (1999): Interdisziplinäre Aspekte der psychiatrischen Notfallversorgung. *Notfall Rettungsmed* 2: 504-511

König F, König E, Wolfersdorf M (1996): Zur Häufigkeit des psychiatrischen Notfalles im Rettungsdienst. *Notarzt* 12: 12-17

Kropp S, Blanke U, Emrich HM (2004): Unterbringungen nach §18 NdsPsychKG in der Landeshauptstadt Hannover – oder: die Wirkung der Versorgungsgeographie auf Patienten und Professionelle. *Psychiatr Prax* 32:18-22

Kurscheid T (1997): Der vertragsärztliche Notdienst am Beispiel einer Notfallpraxis im Kölner Stadtgebiet. *Rettungsdienst* 1: 6-14

Kuthe M (1990): Diagnostisches Spektrum im psychiatrischen Notdienst einer Universitätsklinik. Dissertation.

Lambert MT, LePage JP, Schmitt AL (2003): Five-Year outcomes following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room. *Am J Psychiatry* 160: 1350-1353

Lewin Group (for the American Hospital Association) (2003): Emergency department overload: a growing crisis: The results of the American Hospital Association Survey of Emergency Department (ED) and Hospital Capacity. Falls Church, VA: American Hospital Association.

Lidz CW, Coontz PD, Mulvey EP (2000): The "pass-through" model of psychiatric emergency room assessment. *Int J Law Psychiatry* 23: 43-51

Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O (1996): Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinpraxen in Deutschland. Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Nervenarzt* 67: 205-215

Naumann S, Miles JA (2001): Managing waiting patient's perceptions. The role of process control. *J Manag Med* 15: 376-386

Pajonk FG, Bartels HH, Bibertaler P, Bregenzer T, Moecke H (2001): Der psychiatrische Notfall im Rettungsdienst. *Nervenarzt* 72: 685-692

Pajonk FG, Bartels HH, Grüneberg KAS, Moecke HP (2002): Psychiatrische Notfälle. *Notfall Rettungsmed* 5: 110-115

Pajonk FG, Biberthaler P, Cordes O, Moecke HP (1998): Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten. *Anaesthesist* 47: 588-549

Pajonk FG, Grünberg KAS, Paschen HR, Moecke H, Arbeitsgruppe Psychiatrie und Rettungswesen (2001): Psychiatrische Notfälle im Notarztdienst einer deutschen Großstadt. *Fortschr Neurol Psychiat* 69: 170-174

Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeny JA (1999): Suicidal Behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 156: 20, 1590-1595

Reynaud M, Schwan R, Loiseaux-Meunier MN, Albuisson E, Deteix P (2001): Patients admitted to emergency services for drunkenness : Moderate alcohol users or harmful drinkers ? Am J Psychiatry 158: 1, 96-99

Roick C, Gärtner A, Heider D, Angermeyer MC (2002): Heavy User psychiatrischer Versorgungsdienste. Psychiatr. Prax 29: 334-342

Schnyder U, Klaghofer R, Leuthold A, Buddeberg C (1999): Characteristics of psychiatric emergencies and the choice of intervention strategies. Acta Psychiatr Scand 99: 179-187

Schnyder U, Valach L (1997): Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. Gen Hosp Psychiatry 19: 119-129.

Schnyder U, Valach L, Bichsel K, Michel K (1999): Attempted suicide – do we understand the patients´ reasons? Gen Hosp Psychiatry 21: 62-69.

Schnyder U, Valach L, Mörgeli H, Heim E (1999): Patient-disease characteristics and coping strategies predict hospitalization in emergency psychiatry. Int J Psychiatry Med 29(1): 75-90

Segal SP, Akutsu PD, Watson MA (1998): Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. Psychiatr Serv 49: 1212-1217

Seiger K, Brommundt J (2002): Krisenintervention im Rettungsdienst – eine Herausforderung an den Notarzt? Notfall Rettungsmed 5: 116-118

Southall AC, Harris VV (1999): Patient ED turnaround times: a comparative review. Am J Emerg Med 17: 151-153.

Spurrell M, Hatfield B, Perry A (2003): Characteristics of Patients presenting for emergency psychiatric Assessment at an English hospital. Psychiatr Serv 54: 240-245

Stenager EN, Hensen K (1994): Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatr Scand* 90: 109-113

Summers M, Happell B (2003): Patient satisfaction with psychiatric services provided by a Melbourne tertiary hospital emergency department. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 10: 351 – 357

Suominen K, Isometsä E, Henriksson M, Ostamo A, Lönnquist O (2004): Patients' evaluation of their psychiatric consultation after attempted suicide. *Nord J Psychiatry* 58: 55-59

Tress W, Kruse J, Heckrath C, Schmitz N, Alberti L (1997): Psycho-gene Erkrankungen in hausärztlichen Praxen. *Psychosom Med Psychoanal* 43, 211-232

Walrath JM, Tomallo-Bowman R, Maguire JM (2004): Emergency Department: Improving Patient Satisfaction. *Nurs Econ* 22: 71-74

Lebenslauf

Name: Christoph Andreis
Geburtsdatum: 3. Januar 1978
Geburtsort: Cloppenburg
Familienstand: ledig
Nationalität: deutsch
Schulbildung:
1984 – 1988 Grundschule Wallschule, Cloppenburg
1988 – 1990 Orientierungsstufe Don-Bosco-Schule, Cloppenburg
1990 – 1997 Gymnasium Liebfrauenschule, Cloppenburg
06/ 1997 Abitur
Zivildienst:
1997/ 1998 Rettungsdienst beim Deutschen Roten Kreuz, Cloppenburg
Studium:
1998 – 2005 Medizinstudium an der Medizinischen Hochschule
Hannover
09/2000 Ärztliche Vorprüfung
09/ 2001 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
2002/ 2003 Akademisches Auslandsjahr an der University of Cardiff,
College of Medicine in Cardiff, Wales
09/ 2004 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/ 2004- 01/ 2005 1. PJ-Tertial im psychiatrischen Landeskrankenhaus
Wunstorf: Wahlfach Psychiatrie
02/2005 – 05/2005 2. PJ-Tertial am Royal Melbourne Hospital, Australien und
am Taranaki Base Hospital, Neuseeland: Chirurgie
06/2005 – 09/2005 3. PJ-Tertial am Zieglerspital Zentrum Geriatrie-
Rehabilitation in Bern, Schweiz: Innere Medizin
12/ 2005 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Seit Januar 2006 Assistenzarzt in der Abteilung für Geriatrie, St. Josefs
Krankenhaus Gießen unter Chefarzt PD Dr. Klaus Ehlenz

Hannover, den

(Christoph Andreis)

Danksagung

Mein Dank gilt in erster Linie Herrn PD Dr. med. Stefan Kropp für das Überlassen dieser Arbeit und seine grosse Unterstützung, Motivation und Hilfsbereitschaft bei der Planung, Durchführung und dem Verfassen der vorliegenden Arbeit.

Ebenfalls danke ich Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Hinderk M. Emrich dafür, dass ich diese Untersuchung in der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie durchführen konnte

Ausserdem bedanke ich mich bei Herrn Bernhard Brüggen aus den Zentralen Notaufnahme der Medizinischen Hochschule Hannover für die Unterstützung dieser Untersuchung.

Schliesslich danke ich auch meiner Familie und meinen Freunden, die mich im Studium und bei dem Vorhaben dieser Untersuchung bestätigt und unterstützt haben.

Erklärung zur Dissertation

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Hochschule Hannover zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel „Die Position der zentralen Notaufnahme in der Notfallpsychiatrie“ in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie unter Betreuung von Herrn PD Dr. med. S. Kropp ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Weiterhin versichere ich, dass ich den beantragten Titel noch nicht erworben habe.

Ergebnisse der Dissertation wurden auf dem Kongress 2004 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in Berlin vorgestellt.

Hannover, den

(Christoph Andreis)