

Krisenhilfe bei Menschen in seelischen Notlagen

Die wichtigsten Interventionsmittel sind Kommunikation und Moderation

Manuel Rupp

Professionelle Krisenintervention erfordert Entscheidungshilfen und methodische Vorgehensweisen, um die Kräfte aller Beteiligten zu schonen und unnötige oder gar gefährliche Umwege zu vermeiden.

In der Notlage wird rasche Krisenhilfe erwartet (Tabelle 1). Ein sofortiges Eingehen auf die Anliegen der Anrufer ist sinnvoll, um die häufig überbeanspruchten Ressourcen der Patienten und ihres Umfelds zu schonen und erhebliche Selbst- beziehungsweise Fremdgefährdung zu erkennen. Bevor ein Mensch in einer Krise professionelle Hilfe aufsucht, haben bereits mehrere soziale Sicherungen versagt – oder dieser Mensch hat keine Bezugspersonen. Eine seelische Notlage weist deshalb in diesem Kontext auch stets auf eine Not des näheren Umfelds hin – oder auf Einsamkeit. Die professionellen Helfer tun deshalb gut daran, die Angehörigen – soweit sie mitbetroffen sind – in die Intervention einzubeziehen. Krisenhilfe – und gemäss der obigen Unterscheidung speziell die Notfallhilfe – bedarf deshalb der Improvisation, um die vorgefundene, aktuelle Lebenssituation des Patienten berücksichtigen zu können. Zugleich erfordert professionelle Krisenintervention Algorithmen in Form von Entscheidungshilfen und methodischen Vorgehensweisen (1), um die Kräfte aller Beteiligten zu schonen und unnötige oder gar gefährliche Umwege zu vermeiden. Entsprechende Interventionsschritte, die sich nicht nur bei Suizidalität, sondern auch bei anderen seelischen Notfällen – besonders bei Hausbesuchen – bewähren, sollen hier kurz dargestellt werden (Tabelle 2).

1. Interventionsschritt: Triage, meist am Telefon

Erfragen Sie das Anliegen der Anrufer und der Betroffenen ausdrücklich! Benennen Sie Ihren Auftrag (z.B. sagen Sie dem Anrufer: «Jetzt leiste ich Notfallhilfe zur Abwendung akuter Gefahr, bis Sie morgen wieder Kontakt zu Ihrem Hausarzt aufnehmen können.»). Benennen Sie

Übereinstimmung und Unterschiede zwischen Anliegen, gesetzlichem Auftrag und dem aktuell möglichen Hilfeangebot (Abbildung).

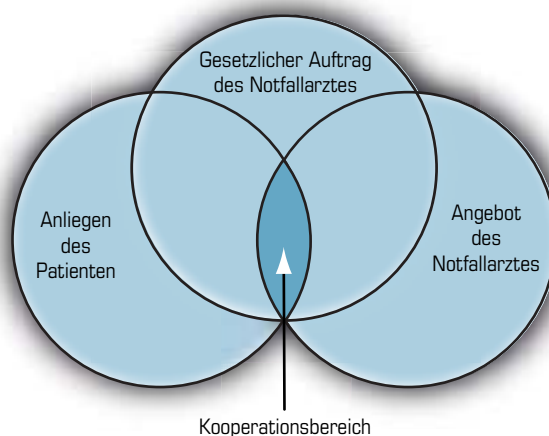


Abbildung: Auftrag und Hilfeangebot ausdrücklich definieren!

In einem weiteren Zwischenschritt identifizieren Sie den wichtigsten, aktuellen Störungsbereich, den wir hier als sogenanntes Schlüsselsyndrom bezeichnen (Tabelle 3). Während der Intervention behalten Sie diesen Störungsbereich im Auge.

Nun beurteilen Sie die Dringlichkeit der nun folgenden Intervention (vgl. Tabelle 1). Sie beachten dabei nicht nur die erhaltenen Informationen, sondern versuchen die Kooperationsfähigkeit des Anrufers abzuschätzen und achten auf Ihre Gefühlsreaktionen, die Ihnen signalisieren, welchen auch nonverbalen Appell die Anrufer letztlich an Sie richten. Nehmen Sie die bei Ihnen entstandene Befürchtung oder Sorge ernst, bis Sie vor Ort genauer abklären können.

2. Interventionsschritt: Vorbereitung auf den Einsatz

Zeitlichen Spielraum schaffen: Die Schaffung von zeitlichem Spielraum ist die wichtigste Voraussetzung für Gelassenheit, die wiederum Voraussetzung für eine professionell abgegrenzte, gleichwohl engagierte und damit potenziell konstruktive Notfallintervention ist. Dünnen Sie Ihr *Sprechstundenpensum* aus, damit Sie genügend Spielraum für Notfälle haben. Orientieren Sie Ihre Patienten im Vorneherein, wie Sie verfahren werden, falls

Tabelle 1:

Wie dringlich? Unterscheidung zwischen Notfall- und Krisenintervention

	Notfallintervention	Krisenintervention
Anlass	vermeintliche oder tatsächliche akute Selbst- bzw. Fremdgefährdung	drohender Verlust des psychischen Gleichgewichts ohne akute Selbst- oder Fremdgefährdung
Kooperation mit Patient	Patient ist häufig nicht fähig/bereit zur Kooperation	Patient ist mindestens in einem umschriebenen Bereich verträglich
Ziel	■ Schutz, Sicherheit ■ sofortige Entlastung ■ Anbindung an Betreuungskontakt ■ Tagesstruktur	■ Belastungsreduktion ■ Beziehungsaufnahme ■ Förderung der Selbsthilfe, Rückfallprophylaxe ■ Förderung der Ressourcen ■ soziale Vernetzung ■ emotionelle Stabilisierung
Mittel	Direktive Intervention zur Behandlung akut gefährdender emotioneller Komplikationen wie Erregung, Wahn, Angst, Verwirrung, Verlust der Impulskontrolle sowie Selbst- und Fremdestruktivität	Lösungs- und ressourcenorientierte psychotherapeutische Intervention mit Anerkennung konstruktiver Bemühungen in Richtung Erweiterung der Problemlösefähigkeit bezüglich der aktuellen Situation

Die wichtigsten Interventionsmittel sind Kommunikation und Moderation!

Tabelle 2:

Interventionsschritte**Vorbereitungsphase**

1. Interventionsschritt: Triage
2. Interventionsschritt: Vorbereitung auf den Einsatz
3. Interventionsschritt: Begrüssungsintervention

Abklärungsphase

4. Interventionsschritt: Gespräch mit Patient und Angehörigen aufnehmen
5. Interventionsschritt: Abklären von Problem und Ressourcen
6. Interventionsschritt: Beurteilen und Hilfestrategie bestimmen

Massnahmephase

7. Interventionsschritt: Notfallkonferenz
8. Interventionsschritt: ambulante Massnahmen einleiten
9. Interventionsschritt: Evaluation (eventuell Spitaleinweisung?)

ein unvorhergesehenes Ereignis Sie dazu zwingt, eine Stunde kurzfristig abzusagen oder zu verschieben.

Notfallaufgabe auf sofortige Lösbarkeit eingrenzen:

Das Wesentliche ist: Abwendung der Gefahr, Verminderung des emotionalen Drucks, Erholung der Selbsthilfekräfte und der Ressourcen des Umfelds.

Teilaufgaben delegieren und Angehörige einbeziehen:

Jede Notfallsituation stellt auch eine Belastung des Beziehungsnetzes dar. Aufgrund einer sofortigen Einschätzung der eigenen Zuständigkeit wird abgeklärt, wie weit

Drittpersonen (mindestens Angehörige) beigezogen werden müssen. Zusätzlich:

- Bei Lebensgefahr durch medizinische Komplikationen: medizinische Notdienste aufbieten!
- Bei Gefährdung von Personen durch Drohung/Gewalt: Polizeibegleitung notwendig!

3. Interventionsschritt: Begrüssungsintervention

Notfallsetting bei der Begrüssung der Beteiligten definieren: Der Notfallarzt ist Moderator der medizinisch notwendigen Vorgehensweise. Die Polizei ist zuständig für Sicherheit, die Angehörigen für die Hintergrundsbetreuung im Alltag.

Die Teintervention: Der Notfallarzt respektiert beim Hausbesuch die Gastgeberrolle der aufgesuchten Personen, indem er die Anwesenden zum Beispiel bittet, ein Mineralwasser zu bringen oder einen Tee zuzubereiten. Dies mobilisiert ein aktives Rollenverhalten. Zugleich macht es deutlich, dass der Patient und seine Angehörigen nicht mehr in einer isolierten Situation sind. Viele alleinstehende Menschen in Notsituationen haben schon seit einiger Zeit jegliche Kontakte aufgegeben, sodass hier ein wichtiger neuer Schritt getan wird.

4. Interventionsschritt: Gespräch mit Patient und Angehörigen

Kommunikationskompetenz berücksichtigen, Gespräch leiten. Zuerst zuhören, später eingrenzen. Es ist sinnvoll, durch entschiedene Moderation Prioritäten zu setzen und zu überprüfen, ob Informationen auch wirklich

Tabelle 3:

Schlüsselsyndrom erkennen

- Schlüsselsyndrom «Bewusstseinsstörung und Verwirrung»: Verminderte Ansprechbarkeit resp. eine Beeinträchtigung der Orientierung ergeben den Verdacht auf Vergiftung, Hirntrauma oder andere Störung, die meist eine hirngorganische Komponente aufweist. Gegebenenfalls ist die Alarmierung somatisch medizinischer Hilfsdienste angezeigt.
- Schlüsselsyndrom «Wahn und Erregung»: Hier ist an ein psychotisches, evtl. hirngorganisch bedingtes Leiden zu denken. Deshalb psychiatrisch Versierte beiziehen!
- Schlüsselsyndrom «Verzweiflung und Suizidalität»: Je nach Ausmass der Selbstgefährdung muss energisch interveniert werden. Traumatisierte brauchen sofort Beistand.
- Schlüsselsyndrom «Gewalt»: Hinweise auf Feindseligkeit, Drohung, Tötlichkeit oder Missbrauch lassen eine dramatisch eskalierte psychosoziale Situation erkennen. Der Beizug der Polizei oder von amtlichen Stellen muss erwogen werden.
- Schlüsselsyndrom «Suchtmittelmissbrauch»: Rausch oder Entzugserscheinungen deuten auf eine akute Komplikation bei Missbrauch von Suchtmitteln. Je nach Ausmass und Art der Gefährdung braucht es somatisch medizinische Hilfe.
- Schlüsselsyndrom «Angst und Panik»: Paniksyndrome lassen sowohl an psychische Ursachen als auch an somatische Begleiterkrankungen denken. Bei Beschwerdebildern mit Brustschmerz müssen je nach Risikolage sofort medizinisch diagnostische Massnahmen eingeleitet werden.
- Schlüsselsyndrom «Chronisch akut»: Drängen nach wiederholter Notfallhilfe, ohne dass die Hilfe akzeptiert und als hilfreich erlebt wird. Meist Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder schwer Süchtige: sogenannte «schwierige Patienten».

Es muss stets das Risiko einer evtl. somatisch-medizinischen Komplikation erwogen werden.

verstanden wurden. Falls Patienten in ihrer Kommunikationskompetenz beeinträchtigt sind, ist provisorisch auf Fremdinformationen abzustellen.

5. Interventionsschritt: Abklären von Problem und Ressourcen

Anlass? Belastungen? Ressourcen? Abgeklärt wird nur, was im Hier und Jetzt relevant ist:

- Notfallanlass? Psychische Krankheit? Behandlungen? Medikamente?
- Beziehungsnetz? Psychosoziale Kompetenz? Verantwortung für Kinder und so weiter?
- Destruktive und konstruktive Muster: gegenüber sich selbst und andere? Abusus?
- Belastungen? Befürchtungen? Hoffnungen?
- Wie ist die Reaktion des Patienten und des Umfelds auf die anlaufende Notfallhilfe?

6. Interventionsschritt: Beurteilen der akuten Gefährdung und Hilfestrategie

Ausmass und Art von Gefährdung und Schutzmassnahme: Das Hauptkriterium für die zu treffenden Sofort-

massnahmen ist die akute Gefährdung. Dabei sind alle geäusserten Drohungen ernst zu nehmen. Erst wenn keine unmittelbare erhebliche Gefährdung vorliegt und damit eine ambulante Intervention verantwortlich ist, kann schon während der Notfallintervention ein erster Schritt in Richtung einer lösungsorientierten Veränderung eingeleitet werden. Andernfalls muss sofort eine teilstationäre oder sogar stationäre Massnahme erwogen werden. Besonders zu beachten sind körperlich abklärungsbedürftige Leiden. An diese Möglichkeit ist bei allen somatischen (speziell bei einer Störung des Bewusstseins) respektive bei psychomotorischen Syndromen zu denken.

7. Interventionsschritt: Notfallkonferenz

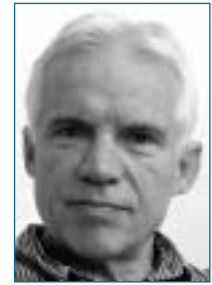
Anderer Betroffene einbinden und vernetzen: Durch eine systemische Vorgehensweise bei der Notfallkonferenz wird der Fokus des Wahrnehmens und Denkens von der Schuld-erörterung und vom Scheitern verschoben auf Ressource, Sinn und Problemlösung. Die Massnahmen sollen dabei sofort realisierbar, wirksam und verhältnismässig sowie für die urteilsfähigen Betroffenen einsichtig sein und vom Helfernetz getragen werden. Damit kann ein Modell für die weitere Krisenbewältigung entstehen. Prioritäten, Zuständigkeiten und die verwendeten Mittel werden dabei konkret benannt.

8. Interventionsschritt: ambulante Massnahmen

Lösungsorientiert und regressionsvermindernd vorgehen. Die Intervention soll das Gefühl von Hilflosigkeit eingrenzen helfen, Belastung und Kompliziertheit reduzieren, einen Schutz vor Destruktivität herstellen, Selbsthilfekräfte fördern und nach verborgenen konstruktiven Lösungsansätzen fragen. Dies bedeutet:

- Traumatisierung anerkennen, Zerstörerisches eingrenzen, konstruktiv Lösungsansätze des Patienten unterstützen
- Entlastung durch sofort wirksame Massnahmen inklusive Medikamente
- jetzt zugängliche Ressourcen erschliessen, Würdigung der Angehörigenhilfe
- andere Gesichtspunkte einbringen (Perspektivenwechsel)
- hilfreiche Kommunikationsspielregeln einführen (Offenheit, Verbindlichkeit, Respekt)
- Kontakte zu unterstützenden, vertrauten Personen knüpfen
- Tagesstruktur festlegen und Folgetermin (Telefon oder Sprechstunde) vereinbaren.

Im Zweifelsfall sind schnell wirkende Benzodiazepine von kurzer Wirkungsdauer zu geben, die Patienten zu beobachten und die Dosis bei Bedarf zu wiederholen.



*Dr. med. Manuel Rupp
Psychiatrie Psychotherapie FMH
Psychotherapeut in freier Praxis
Supervisor und Kursleiter
Dozent Fachhochschule Nordwestschweiz
Bärenfelsenstrasse 36
4057 Basel*

9. Interventionsschritt: Evaluation – Spitaleinweisung?

Evaluation der erlebten Veränderung während des Einsatzes: Dabei werden nicht nur äussere Veränderungen, sondern auch die geschilderte Gefühlslage des Patienten und vor allem auch ihrer Bezugspersonen in die Beurteilung einbezogen. Es ist wichtig, auf die innere Wahrnehmung der Helfer zu achten (z.B. die Veränderung der eigenen Besorgnis gegenüber suizidalen Menschen). All dies gibt wichtige Hinweise auf das weiter bestehende Gefährdungspotenzial sowie auf die spätere Kooperationsbereitschaft im Rahmen einer ambulanten Betreuung.

Die ambulante Nachsorge nach einem solchen Notfalleinsatz wäre «Krisenintervention» im eingangs definierten Sinne: Einleiten sofort wirksamer Problemlösungen und Entlastungen in Zusammenarbeit mit dem Patienten in einem vorher vereinbarten Setting in der Sprechstunde. ■

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Rupp M. Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme Stuttgart (3. Auflage 2009 in Vorbereitung).