

Manuel Rupp, Basel

# Ambulante psychiatrische Notfallintervention

Workshop 5 am JHaS-Kongress in Solothurn, 31.3.2012

## Vorbemerkung

Ein Notfall (sofortiger Interventionsbedarf) liegt vor, wenn Selbst- oder Fremdgefährdung nicht ausgeschlossen werden können oder die Patienten nicht urteils- und handlungsfähig oder überhaupt nicht mehr belastbar erscheinen: Wie bei einem Boot in akuter Seenot ist bei einem psychiatrischen Notfall der Patient unmittelbar in Gefahr. Das übrige Umfeld ist ebenfalls schwer mitbetroffen. Aus eigener Kraft können die Angehörigen nicht mehr genügend Hilfe leisten. Die Hilfe muss deshalb diesem systemischen Aspekt Rechnung tragen.



Deshalb ist im Unterschied zur gängigen Vorstellung einer Psychotherapie bei akuter Gefährdung und schwer kommunikationsgestörten bzw. nicht kooperationsbereiten Personen wie auch bei komplexer Familienproblematik eine aktive Interventionsweise notwendig.

Ein drehbuchartiger Ablauf ermöglicht es, trotz unübersichtlicher Lage und Erwartungsdruck eine lösbare Aufgabe zu definieren. Als allgemeine Leitlinie bei der Intervention bewährt sich folgendes Vorgehen:

## 1. Phase: Verbindung schaffen

Der Erstkontakt erfolgt häufig am Telefon. Anrufer sind nicht selten Drittpersonen, Angehörige oder Nachbarn. Meist geht es um Menschen, die schon wiederholt psychiatrische Krisenhilfe benötigen haben. Das sogenannte *aktive Zuhören* hilft, den ersten telefonischen Kontakt nicht abreißen zu lassen. Aktives Zuhören bedeutet: Der Notfallarzt hört zuerst zu und wiederholt daraufhin in eigenen Worten die vom Anrufer verbal und nonverbal geäußerten Sachverhalte, Befürchtungen und Anliegen, um sich zu vergewissern, dass er den Anrufer richtig verstanden hat.

## 2. Phase: Vorbereiten

Noch am Telefon wird im Rahmen einer *Triage* abgeklärt, ob es sich um ein sofort behandlungsbedürftiges hirnormales Leiden handelt (Bewusstseinsstrübung?) beziehungsweise eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung angenommen muss. Bei Verdacht auf eine akute hirnormale Beeinträchtigung (z.B. Verdacht auf Delir oder Intoxikation) wird ein Notarztwagen aufgeboden. Eine anderweitige akute Selbst- oder Fremdgefährdung erfordert einen psychiatrischen Notfalleinsatz.

*Patient und Arzt bereiten sich vor:*

Der Patient und sein in der Regel mitbetroffenes Umfeld erhalten vom Arzt Handlungsanweisungen, um die Wartezeit bis zum Eintreffen des Notfallarztes überbrücken zu können (Der Arzt: «Bitte machen Sie einen Tee, bis ich in spätestens 45 Minuten bei Ihnen bin!»). Der Notfallarzt reserviert sich ausreichend Zeit (bei einem Hausbesuch in städtischem Gebiet ca. 1½ Std.) und bereitet sich auf ein Worst-case-Szenario vor. Je nachdem müssen vor dem Einsatz zusätzliche Hilfsdienste (Polizei!) aufgeboden werden.

Der Arzt überlegt sich ein *Setting* für die Notfallintervention, das er bei der Begrüssung vor Ort sofort erläutert (Wer bespricht was mit welchem Ziel wie lange?). Der Notfallarzt ergreift klar die Initiative, um sich als «Regisseur» des Einsatzes zu positionieren. Entsprechend aktiv wird moderiert.

## 3. Phase: Verstehen

Im direkten Kontakt wird die *Kommunikationsfähigkeit* und -bereitschaft der Anwesenden abgeschätzt. Ausführliche Gespräche werden nur mit zugänglichen Personen geführt.

- Personen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit werden über Entschlüsse und sofort einzuleitende Massnahmen in einfacher Sprache informiert.
- Gesprächsfähigen Personen werden zuerst offene, später ergänzende Fragen gestellt. Grenzüberschreitenden Bemerkungen des Patienten wird anerkennend («Ich verstehe Ihre Wut.») und zugleich Grenzen setzend («Ich bin nicht einverstanden, dass Sie sich entwerten.») begegnet. Fokussiert wird auf das Hier und Jetzt. Undeutliche Angaben oder Andeutungen werden

Ein drehbuchartiger Ablauf ermöglicht es, trotz unübersichtlicher Lage und Erwartungsdruck eine lösbare Aufgabe zu definieren.

hinterfragt («Wie meinen Sie das genau ..., so dass ich Sie gut verstehen kann?»).

Primär durch Zuhören, ergänzt durch moderierendes Nachfragen, werden bei den kommunikationsfähigen Personen die wichtigsten Informationen zur aktuellen Lage erhoben (Risiken und Ressourcen).

Anhand einer Situationsbeurteilung durch Abschätzung der in der Interaktion erlebten Beeinflussbarkeit der aktuellen Lage sowie mittels Auswertung der anamnestischen Informationen und der Beobachtungen entwirft der Notfallarzt eine *vorläufige syndromale Beurteilung und Hilfe-Strategie* (Vorerst ambulantes Vorgehen? Fremdunterbringung bei privat? Spitaleinweisung?). Eine präzise diagnostische Beurteilung ist nicht sinnvoll, da insbesondere bei unbekanntem Patienten in der Notlage angesichts fehlender Informationen und ergänzender Befunde keine korrekte Diagnose gestellt werden kann. Gleichzeitig zur favorisierten Hilfsstrategie skizziert der Arzt einen alternativen Vorgehensplan («Plan B»), falls der vorgesehene «Plan A» sich als nicht umsetzbar herausstellt.

#### 4. Phase: Verändern

Entsprechend der Hilfsstrategie werden die weiteren Interventions Schritte mit den kommunikationsfähigen Personen in einer kurzen, improvisierten *Helferkonferenz* festgelegt. Der Notfallarzt orientiert dabei über seine Risikoabschätzung und seinen Handlungsplan, verteilt Rollen und Aufgaben (z.B. im Zusammenhang mit einer geplanten Zwangseinweisung).

Die vorgesehenen *Massnahmen* werden sofort umgesetzt:

- Der Notfallarzt setzt Prioritäten;
- es werden Selbsthilfekräfte und Ressourcen aus dem Umfeld aktiviert («Was hat Ihnen bei der letzten derartigen Krise geholfen?»);
- Belastungen werden reduziert (z.B. Arbeitsdispens);
- sofort umsetzbare Lösungen werden eingeleitet (z.B. Spaziergang mit einem Freund um den Häuserblock, um etwas Dampf abzulassen);
- der Patient und sein Umfeld werden mit externen Hilfspersonen (private und professionelle) vernetzt.

Telefonate mit wichtigen Kontaktpersonen werden sofort und möglichst im Beisein des Patienten getätigt. Diese Personen werden gebeten, sich sofort vor Ort einzufinden.

Sofern notwendig, wird vor allem abends eine Tablette eines kurz wirksamen Benzodiazepins zur Beruhigung eingesetzt (keine Packungen abgeben!); bei schwer wahnhaften Zuständen bewährt sich im ambulanten Notfall nach wie vor Haloperidol, vorsichtig dosiert.

Die wichtigste Einwirkung geschieht jedoch über Kommunikation, Moderation und Situationsregie. Die geduldige, abgegrenzt und zugleich anteilnehmende Gesprächsführung wirkt bei einem verzweifelten, suizidalen Menschen in der Regel schneller und vor al-

lem nachhaltiger beruhigend als ein Benzodiazepin. Eine strukturierte Gesprächsführung mit einem sorgfältigen Zeitmanagement wirkt entlastender als eine medikamentöse Einwirkung. Der entschlossene Einsatz von mehreren ruhig und taktvoll auftretenden Polizisten ist bei aggressiven Patienten rascher «sedierend» wirksam als die parenterale Verabreichung von Pharmaka.

Bei einer abschliessenden *Evaluation* vergegenwärtigt sich der Notfallarzt, ob die Gefahr während der Intervention bis auf den nächsten vereinbarten Patientenkontakt behoben oder der Patient doch noch in eine sichere Umgebung (z.B. eine Klinik) gebracht werden müsste. Zur Vorbereitung auf einen schwierigen Patiententransport in eine Klinik wird peroral 1 (bis max. 5 mg) Haloperidol verabreicht. Nach Möglichkeit werden vor einer Hospitalisation keine Medikamente gegeben, damit das Erscheinungsbild der psychischen Störung bei Klinikeintritt erkennbar bleibt.

#### 5. Phase: Verabschieden

Der Patient, dessen Angehörige und der Arzt *verabschieden* sich. Der Arzt erläutert nochmals seine Funktion (gibt eine Visitenkarte ab) und vergewissert sich, dass die wichtigsten Botschaften verstanden wurden und der Nachbetreuungskontakt klappt. Bei potentiell traumatisierenden Ereignissen ist es sinnvoll (z.B. nach der Zwangseinweisung eines Familienmitgliedes), mit den Angehörigen vor Ort eine Nachbesprechung durchzuführen. Auch sind häufig zusätzliche Informationen notwendig, um das Vorgefallene zu verstehen und Vorurteile und Missverständnisse auszuräumen. Da gerade bei psychotischen Familienmitgliedern für alle Betroffenen meist eine lange Leidenszeit vorausgegangen ist, ist es angezeigt, die erlittenen Ängste und Entbehrungen der Angehörigen zu würdigen.

#### Nachbemerkung

Die ambulante Vorgehensweise je nach Erscheinungsbild der akuten Störung wird im folgenden Fachbuch anschaulich erläutert: Manuel Rupp. Notfall Seele, Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 3. Auflage 2010.

Unterschieden werden dabei folgende Notfallsyndrome:

- somatisch bedrohliche Zustände;
- unruhig-komisch-wahnhafter Patient;
- verzweifelter, suizidaler Patient;
- Situation mit Konflikt und Gewalt;
- Patient im Rausch oder auf Entzug;
- Patient in Angst und Panik;
- «chronisch akuter» Patient.

Anhand vieler Fallbeispiele werden in diesem Handbuch Vorgehensempfehlungen praxisnah dargestellt.

**Tabelle 1**

Medikamente.

Ängstlich-agitiert	Lorazepam Exp.	p.o. 1 mg (max. 2,5 mg)
«Psychotisch», delirant	Haloperidol	p.o. 1 mg (max. 5 mg)
Extrapyramidale Symptome	Biperiden	2 mg

Korrespondenz:

Dr. med. Manuel Rupp

Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH Supervision

Kursleitung

Bärenfelsenstrasse 36

4057 Basel

manuel.rupp[at]bluwin.ch