

# Notfall- und Krisenintervention

Von Manuel Rupp

Mit Krise beschreiben wir eine Situation, in welcher wir seelische, körperliche und soziale Veränderungen als eine Reaktion auf gewandelte Lebensbedingungen beobachten können. Das Individuum und damit auch sein soziales Umfeld müssen sich anpassen. Gewohnheiten müssen verlassen, Prioritäten verändert, neue Lösungen entwickelt werden. Ein Großteil der Kräfte wird dabei zur Bewältigung dieser Aufgaben beansprucht.

Die Gefahr in der Krise besteht in der fortwährenden Eskalation innerer Anspannung bis zum persönlichen Zusammenbruch, bis die Gefahr von Selbst- und Fremdgefährdung besteht oder der nachhaltigen Störung der Funktion einer Gemeinschaft, z. B. einer Familie. Die Lösung von nachrangigen Problemen wird zurückgestellt, wodurch andere Lebensaufgaben vernachlässigt werden können.

Die Chance in der Krise ist die Gelegenheit, angesichts neuer Herausforderungen gescheiterte Problemlösungsstrategien zu verlassen, um sich anders, neu zu orientieren. Die psychophysische Krisen-Reaktion, die Stressreaktion, mobilisiert persönliche Ressourcen. So folgen konstruktive Entwicklungsschritte in der Psychotherapie häufig auf Krisen.

Von einem sogenannten Notfall, dem akuten Spezialfall einer Krise, zu sprechen bewährt sich, weil hier wegen Selbst- oder Fremdgefährdung unmittelbarer Handlungsbedarf besteht. Die Abwendung von unmittelbarer Gefahr steht im Vordergrund. Bei akuter Gefahr müssen eventuell sogar Zwangsmaßnahmen getroffen werden. Vertragsfähigkeit des Klienten kann in solch zugespitzter Lage nicht vorausgesetzt werden.

In Notfallsituationen bewährt sich die Intervention vor Ort. Dort können in kurzer Zeit die Belastbarkeit der Angehörigen, die Selbsthilfekompetenz des Klienten und tägliche Belastungen er-

kannt werden. Da bei allen Kriseninterventionen, speziell jedoch im Notfall, das persönliche Umfeld unmittelbar betroffen ist, soll die Intervention auch das Umfeld, die wichtigste Ressource eines Patienten, entlasten.

Die Notfallsituation ist dann beendet, wenn keine unmittelbare Gefahr mehr besteht, die unmittelbar Betroffenen wieder in der Lage sind, Vereinbarungen zu treffen und einzuhalten, so dass nicht mehr eine dauernde Präsenz von professionell betreuenden Personen notwendig ist. Jetzt kann ein Wochenende wieder überstanden werden. Mit dem Klienten und seinen Angehörigen können jetzt Vereinbarungen getroffen werden, die mindestens bis zum nächsten Gesprächskontakt eingehalten werden können.

Das Ziel der Krisenintervention außerhalb eines Notfalls ist es, durch eine Rückbesinnung, Stärkung und Erweiterung von äußeren und inneren Ressourcen die psychophysische Belastbarkeit des Klienten und seiner Angehörigen zu erhöhen. Es geht um Erholung und Stabilisierung. Die Frequenz und Dauer der Kontakte müssen dabei wegen der nach wie vor verminderten Belastbarkeit des Klienten zeitlich flexibel gehandhabt werden.

Die Krisenintervention außerhalb eines Notfalls ist dann beendet, wenn wieder der psychophysische Zustand vor der Krise erreicht ist. Die Alltagsbelastungen sollten jetzt wieder bewältigt werden können, ohne dass das innere Gleichgewicht verloren geht. In der Therapie, der Beratung oder Betreuung kann nun wieder in einem regulären Setting mit regelmäßigen Kontakten gearbeitet werden.

## Die Entwicklung der Krisenintervention im deutschsprachigen Raum

Ende der 70er Jahre galt die Krisenintervention an vielen Orten Mitteleuropas sozusagen noch als der „unreine Fall der Psychotherapie“. Direktives In-



Manuel Rupp

Dr. med., Facharzt  
Psychiatrie und Psychotherapie FMH Supervision, Kursleitung  
Bärenfelsenstr. 36  
CH-4057 Basel  
E-Mail: manuel.rupp@bluewin.ch

tervenieren in bedrohlicher Lage wurde von vielen Psychotherapeuten – wohl aus Ratlosigkeit und Überforderung – als „Agieren“ verkannt.

Im Rahmen der Enthospitalisierungsbewegung kam der außerstationären psychiatrischen Betreuung eine zunehmend große Bedeutung zu. Die Patienten mit Langzeitproblemen mussten sich neuen Anforderungen in der Gesellschaft stellen, bei deren Bewältigung sie vorübergehend einer intensiveren Betreuung außerhalb der Klinik bedurften, wodurch sich die Nachfrage nach psychologisch-psychiatrischer Krisenintervention erhöhte. In den USA setzte diese Entwicklung schon früher ein und die Anzahl der Notfall-Behandlungsstellen – psychiatric emergency services – verzehnfachte sich innerhalb von 30 Jahren. Während sich dort das Konzept spezifisch ausgerüsteter Ambulatorien zur Betreuung von akut leidenden psychiatrischen Patienten durchgesetzt hat, entstanden im deutschsprachigen Europa eine Vielzahl unterschiedlicher Trägerschaften, Institutionen, Behandlungsstrategien, interdisziplinärer Rollenverteilungen und dementsprechend unterschiedliche Dienstleistungsangebote.

Auch wenn in einigen größeren Städten im deutschsprachigen Raum die aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe nach wie vor durch Polizei und Feuerwehr geleistet wird, bewähren sich inzwischen in größeren Ballungsgebieten koordinierte, für Krisenintervention spezialisierte, niederschwellige Behandlungsangebote mit guter zeitlicher Erreichbarkeit, mit mobilen interdis-

ziplinen Teams, die Besuche vor Ort durchführen und bei Bedarf einen ärztlichen Hintergrunddienst hinzuziehen können (z.B. Berliner Krisendienst). Je nach Region stehen auch spezialisierte Angebote, wie z.B. Kriseninterventionstationen, zur Verfügung (z.B. Basel: Wernicke 2010). In größeren Schweizer Städten (z.B. Zürich) besteht ein fachärztlicher Bereitschaftsdienst für psychiatrische Notfälle, geleistet durch die in freier Praxis tätigen Ärzte, die je nach Bedarf auch Hausbesuche machen.

Das Erfahrungswissen wurde systematisiert (Rupp 1996). Inzwischen ist belegt, dass professionelle Krisenhilfe durch frühzeitige und spezifische Intervention die Not von Patienten und ihren Angehörigen wirksam lindert und Kosten spart (Grawe 1998). Bei Studien zur Rückfallprophylaxe zeigt sich zudem, dass neben einer verlässlichen Medikation bei schweren psychischen Störungen wie bei einer Psychose der Einbezug des persönlichen Umfeldes, der Partner, der Familienangehörigen, der Nachbarn, der Arbeitskollegen oder der Vorgesetzten mit dem Ziel der sorgfältigen Aufklärung und der Anleitung im Umgang mit Risikosituationen (sog. Psychoedukation) evident wichtig sind, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten (Dixon et al 2001).

Angesichts der sich daraus ergebenden Notwendigkeit der Professionalisierung stellt sich die Frage nach Qualitätskriterien, um den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Orientierung bei ihrer anspruchsvollen Aufgabe zu geben. Was in Krisen und Notfällen im Einzelnen methodisch am besten hilft, dazu liegen erst unvollständige Resultate vor. Ein Beispiel: Mit den Methoden der Verhaltenstherapie kann der suizidale Denkstil zwar günstig beeinflusst werden; hingegen führt die Anwendung dieser gut operationalisierten Methode allein nicht nachweisbar zu einer evidenten Verminderung der Suizidalität (Schmidtke 2009).

### Professionelle Standards der Intervention vor Ort

In der Krise – und noch mehr in der Notfallsituation – müssen demnach mehrere methodische Zugangswege kombiniert werden (Rupp 2004). Bei kommunikationsfähigen Patienten ist das Schaffen eines tragenden

Kontaktes mit Mitteln gesprächspsychotherapeutischen Zugangs sowie Lösungs- und Ressourcen-orientierte Vorgehensweise wichtig. Die gesprächsweise Beziehungsaufnahme steht im Vordergrund.

Bei kommunikationsbeeinträchtigten Menschen ist es notwendig, sofort schützend zu intervenieren. Das Handeln steht im Vordergrund. Ohne den Kontakt zum kranken Menschen zu verlieren, braucht es eine energische Situationsänderung. Bei beiden Klientengruppen geht es um Vernetzung, Vereinfachung und sofortige Entlastung. Folgende Prinzipien sind dabei zu beachten:

#### Methodischer Ablauf der Intervention

Bei der Notfallintervention vor Ort bewährt sich ein Handlungsablauf in fünf Phasen, davon sind drei Phasen weiter unterteilt in neun Schritte. In Kürze sollen diese, bezogen auf die Notfallintervention vor Ort, in Tabelle 1 dargestellt werden (Rupp 2010).

#### Übersichtsartige Einschätzung der Ausgangslage

Eine korrekte diagnostische Beurteilung ist im Notfall vor Ort mit vertretbarem Aufwand nicht möglich, für eine medikamentöse Akutintervention nicht notwendig (Biedler et al. 2012) und deshalb auch nicht anzustreben. Notfallhelfer vor Ort müssen von laienhaften Situationsbeschreibungen ausgehen, die sie meist am Telefon erfahren. Im Folgenden werden diese Beschreibungen als sog. Schlüsselsymptome bezeichnet:

- Bedrohliche Bewusstseinsstörung (Wichtig: Ausschließen einer sofort behandlungsbedürftigen körperlichen Störung)
- Verlust des Realitätsbezugs, Wahnvorstellungen
- Verzweiflung, Suizidalität
- Aggression, Konflikt mit Drohung und Gewalt
- Rausch oder Entzug
- Angst und Panik
- Chronisch-akute Problematik z.B. bei chronischer Suizidalität

**Erste Phase: Verbindung schaffen** mit aktivem Zuhören, meist am Telefon

#### Zweite Phase: Vorbereiten

1. Schritt: Triage (die anfängliche Kurzbeurteilung zur Abschätzung der Gefahr und der notwendigen Interventionsweise)
2. Schritt: Vorbereitung auf den Einsatz (Telefonische Vorinformation des Patienten und seines Umfeldes sowie persönliche Vorbereitung des Helfers auf den Einsatz)
3. Schritt: Begrüßungsintervention (Definition eines provisorischen Settings beim persönlichen Erstkontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen)

#### Dritte Phase: Verstehen

4. Schritt: Gesprächsaufnahme vor Ort: Kontaktaufnahme, Ermittlung der Kommunikationsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft, Einbezug der kommunikationsfähigen und kooperierenden Personen
5. Schritt: Notfall-Abklärung: Aktuelle Gefahren (hinsichtlich möglicher Schutzmaßnahmen) und Ressourcen (hinsichtlich Belastbarkeit und Verfügbarkeit)
6. Schritt: Provisorische Gefährdungs-Beurteilung (Risiken bis zum nächsten Patientenkontakt) & Definition einer Hilfestrategie (Plan A für optimalen Verlauf und Plan B, falls der aktuelle Interventionsversuch vor Ort zu wenig Entlastung bringt)

#### Vierte Phase: Verändern

7. Schritt: Notfallkonferenz (Einbezug aller kommunikationsfähigen Beteiligten, um die Strategie (Schritt 6) in einen gemeinsamen Handlungsplan umzusetzen)
8. Schritt: Sofort-Maßnahmen (Ambulante Probe-Intervention mit sofortiger Entlastung des Patienten und seines Umfeldes)
9. Schritt: Evaluation (abschließende Überprüfung des bisherigen Interventionsergebnisses, um gegebenenfalls doch noch eine Klinikeinweisung vorzunehmen)

#### Fünfte Phase: Verabschieden

Tabelle 1 Fünf Phasen und neun Schritte der Notfallintervention

So muss z. B. während eines Notfalleinsatzes vor Ort eine Selbst- oder Fremdgefährdung erkannt, jedoch die dahinter liegende Störung nicht korrekt diagnostiziert werden. Dies ist Aufgabe der nachbehandelnden Stelle. Wichtig ist die nachvollziehbare Beschreibung des Zustandsbildes, so dass die weiterbehandelnden Fachpersonen eine korrekte Diagnose stellen sowie eine sinnvolle Therapie und realistische Reha-bilitationsschritte einleiten können.

Methodisches Vorgehen je nach Schweregrad der Störung

Je geringer die Kommunikationskompetenz, desto eher sind Angehörige beizuziehen. Je geringer die Handlungskompetenz (z. B. wegen Verzweiflung oder Gewalttätigkeit), desto eher sind organisatorische Maßnahmen zu treffen. Je größer der innere emotionelle Druck des Klienten, desto eher sind Medikamente einzusetzen. Zwangsmaßnahmen sind aus einer Güterabwägung einzuleiten bei akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung und fehlender Kooperation trotz methodischer Vorgehensweise.

Durch methodische Vorbereitung gute Rahmenbedingungen schaffen

Wichtige Voraussetzungen für einen gelassenen Notfalleinsatz sind genügend Zeit (mindestens eine Stunde Gesprächszeit rechnen), wenig und sinnvolle Ausrüstung, Beizug anderer Helfer und v. a. der Polizei bei drohender Fremdgefährdung. Damit sich der Notfallhelfer eine lösbare Aufgabe stellen kann, braucht es die Klärung der Anliegen von Hilfesuchenden. Der (gesetzliche) Auftrag des Notfallhelfers und sein Hilfeangebot sind zu formulieren. Die Notfalle Aufgabe ist daraufhin auf das jetzt sofort Lösbare einzugrenzen und Bedingungen für die Hilfestellung zu benennen. Auftragskonflikte sind eher die Regel als die Ausnahme. So möchte z. B. ein akut suizidaler Patient nicht in die Klinik, obschon die Angehörigen um eine derartige Maßnahme ersuchen. Solche Konflikte lassen sich klar benennen. Der Notfallhelfer definiert ausdrücklich seine berufliche Rolle, den gesetzlichen Auftrag, sein Hilfsangebot und dessen Grenzen, sowie die Prioritäten seiner Intervention aufgrund seiner Einschätzung von Zuständigkeit und Dringlichkeit. Es ist im

Zweifelsfall Aufgabe des Patienten, den Notfallhelfer zu überzeugen, dass keine Spitaleinweisung notwendig ist. Damit wird deutlich, dass der Notfallhelfer die Intervention leitet und sich notfalls auch durchsetzt, was viel zur Situationsklärung beiträgt. Deshalb stets auch im Notfall ein Setting definieren.

Durch methodische Abklärung effizient beurteilen

Jeder Notfall ist auch eine akute Belastung für das Umfeld. Bei besonders heiklen Situationen, z. B. bei erregten Verzweifelten, sind stets die vertrauten und freundschaftlich zugewandten Personen hinzuzuziehen. Im Notfallgespräch ist es wichtig, Prioritäten zu setzen, das Thema klar aufs aktuell Wichtige (die Abwendung der Gefahr) einzugrenzen und zu überprüfen, ob das Übermittelte auch wirklich verstanden wurde. Das Ergebnis der Intervention wird evaluiert. Dabei werden nicht nur äußere Veränderungen beobachtet, sondern auch die geschilderte Gefühlslage der Patienten und ihrer Bezugspersonen einbezogen. Zudem ist es wichtig, auf die innere Wahrnehmung der Helfer zu achten (z. B. die Veränderung der eigenen Besorgnis gegenüber suizidalen Menschen). Verzweifelte Menschen sind häufig ambivalent. Einesteils ist Hoffnung versteckt, andererseits sind die betroffenen Patienten sowie v. a. auch ihre Angehörigen durch die Zeichen von Destruktivität alarmiert. Diese Kräfte treten in eine Wechselbeziehung zum Interventionsimpuls des Notfallhelfers. Die Beobachtung des Verlaufs dieser Interaktion gibt wichtige Hinweise auf das weiter bestehende Gefährdungspotential sowie auf die spätere Kooperationsbereitschaft im Rahmen eines ambulanten Settings. Der aktuelle Schweregrad einer Störung ergibt sich dann auch weitgehend aus der geringen Beeinflussbarkeit durch die Notfallintervention.

Durch lösungsorientierte Vorgehensweise Ressourcen nutzen und energisch schützen

Die Intervention soll Hilflosigkeits-tendenzen eingrenzen, Wichtiges von Unwichtigem trennen, Komplexes übersichtlicher werden lassen, Belastung und Kompliziertheit reduzieren, einen Schutz vor Destruktivität herstellen, Selbsthilfekräfte fördern und nach

verborgenen konstruktiven Lösungsansätzen fragen. Dies bedeutet: den zerstörerischen Anteil im Patienten respektieren, den konstruktiven Anteil unterstützen, den Patienten entlasten durch sofort wirksame Maßnahmen und jetzt zugängliche Ressourcen (z. B. Hilfeangebote von Angehörigen). Mit kommunikationsfähigen Personen werden Vereinbarungen getroffen (z. B. Non-Suizid-Vertrag oder Einrichten eines Alarmsystems bei einem Rückfall). Es werden neue Kommunikationsspielregeln in der Interaktion mit dem Notfallhelfer praktiziert. Im Beisein des Helfers werden sofort Kontakte zu vertrauten Personen geknüpft und kleine Handlungsaufträge gegeben (sofortige Entlastung von belastenden Aufgaben, Tagesstruktur festlegen, einfache Handlungsaufträge wie z. B. sich einen Tee zu kochen). Eine medikamentöse Behandlung ist in der Regel nur notwendig als Einmaldosis zum Schlafen oder um den gefahrlosen Transport in eine nachbehandelnde Institution zu gewährleisten. Die wichtigsten Medikamente sind Haloperidol bei Erregungszuständen und kurzwirksame Benzodiazepine als Beruhigungsmittel (Näheres zu Medikation siehe Rupp 2010). Das wichtigste Mittel der Intervention bleibt die Kommunikation.

## Ausblick

Das Erfahrungswissen der spezialisierten Krisenhelfer in urbanen Ballungsgebieten ist inzwischen beträchtlich. Diesen Schatz zu heben erscheint mir vordringlich. Eine wichtige Möglichkeit stellen Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen dar, um den Erfahrungsaustausch zu pflegen. Es lässt sich auf diese Weise eine Interventionskultur entwickeln, die den jeweiligen örtlichen Rahmenbedingungen gerecht wird und einen verbindlichen Orientierungsrahmen für den Kriseneinsatz darstellt. Dies gibt den Krisenhelfern mehr Selbstsicherheit. Dadurch wird die Improvisation in der Notlage nicht chaotisch, sondern die Chance, die in der Krise stets verborgen ist, kann besser genutzt werden. Dieses Erfolgserlebnis ist wiederum Quelle für Einsatzfreude und Gelassenheit; eine wichtige Voraussetzung für einen effizienten Hilfe-einsatz in Krisen. ●