

- Die Kernaufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste

Kernaufgabe 2

KA 2a: Krisenintervention und Notfallhilfe
KA 2b: Mitwirkung bei der Unterbringung

Klaus Petzold - Ostholstein
Holger Vinke-Bartling - Köln

Netzwerk Sozialpsychiatrischer
Dienste in Deutschland



Ablauf

- Entstehung der Kernaufgaben
- Kernaufgabe 2
 - KA 2a: Krisenintervention und Notfallhilfe
 - KA 2b: Mitwirkung bei der Unterbringung
- Diskussion





Geschichte

- In den 70er Jahren Initiativen zur Reformierung der psychiatrischen Versorgung und **Auflösung der „Verwahranstalten“** in vielen Ländern Europas und den USA
 - auch in Folge der mit Entwicklung der Neuroleptika entstandenen Behandlungsmöglichkeiten
- **1963** Erste Ansätze in der DDR: **Rodewischer Thesen**
 - Öffnung der Anstalten und teilstationäre und ambulante Versorgung aus den Anstalten heraus (auch aus finanziellen Gründen nur sehr unvollständig umgesetzt)
- **1975 Psychiatrie-Enquete** in der BRD
 - Beschreibung der Situation, Öffnung und Ambulantisierung in Modellregionen
- **1978 Gesetz 180** („Legge centottanta“) in Italien
 - Auflösung der Anstalten und Infragestellung der Konzepte von psychischen Erkrankungen
- **1988 Empfehlungen der Expertenkommission** in der BRD
 - Sozialpsychiatrische Versorgung als kommunale Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge

Die Psychiatrie-Enquete und die daraus resultierenden Empfehlungen der Expertenkommission sind bis heute die Grundlage der sozialpsychiatrischen Versorgung in Deutschland

Geschichte

- Psychiatrie – Enquete 1975
 - Auflösung der „Verwahranstalten“ und Ambulantisierung der Betreuung auch chronisch psychisch kranker Menschen zunächst in Modellregionen
 - Etablierung der sozialpsychiatrischen Dienste bei den Kommunen zur Versorgung vor allem schwer psychisch kranker Menschen

Geschichte

- Empfehlungen der Expertenkommission 1988
- Flächendeckende Etablierung **sozialpsychiatrischer Dienste** unter der Leitung bzw. in enger Kooperation mit Fachärzt*Innen zur Versorgung schwer psychisch kranker Menschen **in der Kommune**
 - **Kommunale Aufgabe der Daseinsvorsorge**
- Keine Festlegung auf die Trägerschaft
- Keine Definition der Zuordnung hoheitlicher Aufgaben
- > bundesweit sehr heterogene Entwicklung der Organisationsform, Trägerschaft und Aufgaben
 - Im öffentlichen Gesundheitsdienst (außer Bayern und Baden-Württemberg)
 - mit Zuordnung hoheitlicher Aufgaben
 - ohne hoheitliche Aufgaben,
 - Aufgaben (außer hoheitliche Aufgaben) können an freie Träger delegiert werden

Empfehlung der Expertenkommission zu den Aufgaben der SpDi's :

- **Beratung** von Hilfesuchenden, Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes einschließlich betreuender oder behandelnder Institutionen,
- **Vorsorgende Hilfen**, um bei Beginn der Erkrankung oder Wiedererkrankung und bei sich anbahnenden Konfliktsituationen zu gewährleisten, dass die Betroffenen rechtzeitig ärztlich behandelt und im Zusammenwirken mit der Behandlung geeignete betreuende Einrichtungen in Anspruch genommen werden können,
- **Nachgehende Hilfen** um den Personen, die aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen werden, durch individuelle Betreuung, Beratung und Einleitung geeigneter Maßnahmen die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern sowie eine erneute Krankenhausaufnahme zu vermeiden.



Empfehlung der Expertenkommission zu den Aufgaben der SpDi's :

- Die regelmäßige Durchführung von **ärztlich geleiteten Sprechstunden**,
- Die Durchführung von **Hausbesuchen**, um die Situation in der Wohnung und dem näheren sozialen Umfeld persönlich kennenzulernen, ggf. auch um unmittelbar eingreifen zu können,
- **Koordination** der Einzelhilfen,
- **Zusammenarbeit** mit allen Diensten und Einrichtungen der Versorgungsregion, die mit der Betreuung und Behandlung psychisch gefährdeter, kranker und behinderter Menschen befasst sind, insbesondere mit den regional zuständigen psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen,
- **Zusätzliche Hilfeangebote** in Form von Gruppenangeboten für einzelne Patienten, Gruppen und Angehörige, Initiierung von Laienhelfer- und Angehörigengruppen, Öffentlichkeitsarbeit, Institutionsberatung

Entstehung der Kernaufgaben

- 2010 Gründung des Bundesnetzwerks der SpDi und erstes Treffen in Hannover
- Erkenntnis, dass die SpDi in Deutschland teils **unterschiedliche Aufgaben** in **unterschiedlicher Intensität** und mit **uneinheitlicher Haltung** wahrnehmen
 - Beschluss, **gemeinsame Kernaufgaben** zu beschreiben
 - 2010 -2017: Erarbeitung der **vier Kernaufgaben** und **Konsentierung mit diversen Fachverbänden und Kooperationspartnern**, Entwicklung eines darauf basierenden **Personalbemessungsinstruments**
 - 2022: Feststellung, dass eine wesentliche Kernaufgabe, die **Sozialraumarbeit** noch nicht beschrieben ist
 - 2024: interne Konsentierung der Beschreibung der **Kernaufgabe 5: Sozialraumarbeit**





Kernaufgaben der SpDi's

Bundesnetzwerk der Sozialpsychiatrischen Dienste

- KA 1a: niedrigschwellige Beratung
- KA 1b: niedrigschwellige Betreuung
- KA 2a: Krisenintervention und Notfallhilfe
- KA 2b: Mitwirkung bei der Unterbringung
- KA 3a: Planung und Koordination der Einzelfallhilfen (beratend)
- KA 3b: Planung und Koordination der Einzelfallhilfen (federführend)
- KA 4a: Netzwerkarbeit
- KA 4b: Steuerung im regionalen Verbund
- KA 5: Sozialraumarbeit (2024)

Publikationen

„Hart am Wind“

(ELGETI H & ALBERS A, 2010)

„Armut behindert Teilhabe“

(ELGETI H, ALBERS A & ZIEGENBEIN, 2016)

„Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste“

(ALBERS, M & ELGETI, H, 2018)

„Wohin treibt die Sozialpsychiatrie“

(ELGETI, H, 2020)

Homepage



Anfrage / Information

Krise

Sofortiger
Handlungsbedarf

möglichst detaillierte Klärung:

Fragestellung
Aktuelle Situation
Begleitumstände
Umfeldressourcen
Vorgeschichte etc.

Beratungsbedarf

innerhalb einer
Woche

Prüfung der Zugangswege und Ressourcen

(unter besonderer Berücksichtigung möglicher Gefährdungen)

Kontaktaufnahme

(Arzt? / Sozialpädagoge? / allein?* / zu zweit? / mit Polizei?)
(* ist nur in Ausnahmefällen bei fehlenden personellen Ressourcen
vertretbar)

Kontakt- aufnahme

(Arzt? /
Sozialpädagoge?)

vor Ort

Situation klären
diagnostische
Einschätzung
Krankheits-
/Behandlungs-
einsicht
Ressourcen
Gefährdungs-
einschätzung

Hausbesuch

Situation klären
diagnostische
Einschätzung
Krankheits-
/Behandlungs-
einsicht
Ressourcen
Gefährdungs-
einschätzung

im Amt

Situation klären
diagnostische
Einschätzung
Krankheits-
/Behandlungs-
einsicht
Ressourcen
Gefährdungs-
einschätzung

am Telefon

Situation klären
diagnostische
Einschätzung
Krankheits-
/Behandlungs-
einsicht
Ressourcen
Gefährdungs-
einschätzung

Kernaufgabe 2

- KA 2a: Krisenintervention und Notfallhilfe
 - In fast allen Bundesländern innerhalb der Dienstzeiten
 - In einigen Regionen 24/7
 - In Bayern gesetzlich vorgegebener Krisendienst (nicht beim SpDi)
- KA 2b: Mitwirkung bei der Unterbringung
 - In vielen Bundesländern innerhalb der Dienstzeiten
 - In vier Bundesländern 24/7

Krisenbegriff

- Keine Diagnose im Sinne des ICD
- Kein psychiatrisches Störungs- oder Krankheitsbild
- Begriff für besonders akute Situationen/Zustände
- Hilfe/Therapie muss unverzüglich einsetzen
- „Krise“ im Verlauf psychischer Störungen
(Exacerbation/Phase)

nach Rupp (2010)

Arten von Krisen

- **Entwicklungskrise:** Beanspruchung durch **innere Neuorientierung**.
- **Belastungskrise:** Innere Belastung (durch **Krankheit**), oder äußere Belastung (durch **psychosoziale Stressoren**).
- **traumatische Krisen:** **Akute Belastungsreaktion** und **Posttraumatische Belastungsstörung**
- **Veränderungskrise** nach *Caplan 1964*: Beanspruchung durch umfassenden **Wechsel der Lebensumstände** (sog. **life events**) z.B. Adoleszenz, Heirat, Schwangerschaft, Pensionierung etc.
- **"Chronische Krise":** meist **schwere psycho-soziale Störung** von Krankheitscharakter in Gestalt einer Dauerkrise, häufig bei Suchtkranken und Borderline-Patienten. Durch alarmierendes Verhalten wird Soforthilfe beansprucht, ohne sich auf die Hilfeleistung wirklich einzulassen.

nach Rupp (2010)

Psychiatrische Notfälle in der präklinischen Notfallmedizin (Bundesärztekammer, 2006)

Absolute Notfallindikation

Notarztindikation

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

Relative Notfallindikation

Keine dringende Notarztindikation

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

Definitionen

Krise

“**Verlust des seelischen Gleichgewichts**, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebens-situation überfordern.”

Caplan (1964) und Cullberg (1978)

Psychiatrischer Notfall

„ein Zustand, der einen unmittelbaren Handlungszwang zur **Abwendung von Lebensgefahr** oder von anderen **schwerwiegenden Folgen** mit sich bringt.

- erfordert eine **sofortige**, an der akuten Symptomatik orientierte, **gezielte Therapie**, um eine Gefahr für die Gesundheit des Patienten und evtl. anderer Personen abzuwenden.
- entsteht **meist** auf der Grundlage einer **psychiatrischen Erkrankung**
- **Muss nicht immer** auf einer **psychiatrischen Station** behandelt werden

Pajonk; Der Nervenarzt, 9: 2015

Krisenintervention (KA2a+b)

- **Akute Krisensituationen**, deren Ursache in einer psychiatrischen Erkrankung liegen oder als deren Ursache eine psychiatrische Erkrankung zu vermuten ist und die sofortigen Handlungsbedarf bedingen
- **Klärung** einer psychiatrischen Krisensituation, **deeskalierende Einwirkung** auf die Betroffenen und ihr Umfeld (Aufzeigen der alternativen Handlungsmöglichkeiten, Beratung hinsichtlich möglicher **Hilfen** und ggf. Einleitung dieser Hilfen, **Prüfung der Notwendigkeit von Unterbringungsmaßnahmen** gem. PsychHG und erforderlichenfalls deren Organisation und Durchführung).
- **Maßnahmen**
 - Telefonisch (Arzt/Ärztin, Sozialpädagoge/Sozialpädagogin)
 - Im Amt (Arzt/Ärztin, Sozialpädagoge/Sozialpädagogin)
 - **Aufsuchend** (Arzt/Ärztin, Sozialpädagoge/Sozialpädagogin)
 - Außerhalb der Dienstzeiten durch einen Krisendienst und/oder einen ärztlich besetzten Rufbereitschaftsdienst

Oft „offensiv“ nach Information durch Dritte

Krisenintervention

Zielgruppen

- Psychisch erkrankte Menschen
- Angehörige
- Personen aus dem persönlichen Umfeld
- Einrichtungen
- Institutionen

Meldung einer Krise / eines Notfalls

- Betroffene
- Angehörige
- Nachbarn
- Freunde
- Kollegen
- Arbeitgeber
- Vermieter
- u.A.
- Polizei
- ASD
- Ordnungsämter
- Sonstige Behörden
- Krankenhäuser
- Hausärzte
- u.A.

Meldung einer Krise / eines Notfalls

- Fachkliniken
- Nervenärztinnen / Nervenärzte
- Psychologinnen / Psychologen
- Psychosoziale Einrichtungen
 - Wohnheime
 - Wohngruppen
 - Ambulant betreutes Wohnen
 - Werkstätten
 - u.A.

Weiteres Vorgehen

- Möglichst **detaillierte** Klärung (Innendienst)
 - Patientendaten
 - Fragestellung
 - **Aktuelle Situation**
 - Beteiligte Akteure
 - Umfeldressourcen
 - **Vorgeschichte**

=> **Notfall/Krise (sofortiger Handlungsbedarf) oder Beratungsbedarf**
- Prüfung der **Ressourcen**
 - Wer ist wo und kann übernehmen

Weiteres Vorgehen

- Prüfung der **Zugangswege und Kontaktaufnahme** (unter besonderer Berücksichtigung **möglicher Gefährdungen**)
- **Ärztin/Arzt?**
- **Sozialpädagogin/Sozialpädagoge?**
- **Allein?**
 - Ist nur in Ausnahmefällen bei fehlenden personellen Ressourcen vertretbar
- **Zu zweit? (Ärztin/Arzt + Soz.Päd. oder zwei Soz.Päd.)**
- **Mit Polizei?**

Orte der Krisenintervention

- Telefonisch
 - Meist durch den Innendienst, b. Bed. unter Hinzuziehung ärztlicher Kompetenz
 - bei akuter Gefährdungslage Einschalten der Polizei und Organisation des aufsuchenden Einsatzes
- Im Amt
 - Meist durch den Innendienst, b. Bed. unter Hinzuziehung ärztlicher Kompetenz
- Hausbesuch
- Am Ort des Geschehens
- Polizeiwache
- Somatische Klinik



Kontaktaufnahme

Allgemeines

- Ruhe bewahren!
- Sich in der Situation orientieren
- Nach Möglichkeit ruhige Atmosphäre schaffen
 - Beruhigend auf alle Beteiligten einwirken
- Erklären der Situation und der Rollen der Beteiligten
 - Sich mit Funktion vorstellen
- Nach Möglichkeit reizarme Umgebung (aber nicht allein) suchen
 - Z.B. Nebenraum mit nur einem Polizisten oder Sanitäter
- Distanzgrenzen der/des Betroffenen nicht überschreiten
 - Grenzüberschreitungen machen Angst, Angst kann in Aggression umschlagen
- Eigensicherung beachten



Kontaktaufnahme Eigensicherung

- Sichere Orientierung im Raum
 - Fluchtwege
 - Möblierung
 - Gefährliche Gegenstände
- In der Regel **nicht allein**
 - Abhängig von der zugrundeliegenden Problematik
 - Abhängig von der Persönlichkeit
- Näher als die/der Betroffene **zur Tür**
- **Keine gefährlichen Gegenstände in Griffnähe der/des Betroffenen**
- **Keine niedrigere Sitzposition** als die/der Betroffene
- Freundliches, aber klares **Aufzeigen von Grenzen**
- Möglichst **keine Angst** zeigen
- Im Zweifelsfall **ruhiger Rückzug**
 - Möglichst keine „Fluchtreaktion“

Kontaktaufnahme

Risikofaktoren für aggressives Verhalten

- Aggressives oder selbstverletzendes Verhalten in der Vorgeschichte
- Persönlichkeitsstörungen (emotional instabil, histrionisch, antisozial)
- Positivsymptome bei Schizophrenien (Halluzinationen, Wahnwahrnehmungen, Verfolgungswahn)
- Alkohol- und/oder Drogenkonsum
- Männliches Geschlecht (vor allem alleinstehende Männer)

Kontaktaufnahme

Prävention aggressiven Verhaltens

- freundliche und empathische Haltung einnehmen
- Potenziell gefährliche Gegenstände sichern
- Aggressive Impulse erfragen
- Grenzen setzen
- Räumliche Enge vermeiden
- Rückzug und Ausgang ermöglichen
- Körperliche Bewegung ermöglichen

Kontaktaufnahme

Gespräch mit der/dem Betroffenen

- Gesprächsführung
 - Empathisch
 - Positive Wertschätzung (Akzeptanz, emotionale Wärme)
 - Autentizität
- Vertrauensvolle Atmosphäre schaffen
- Zuhören
- Gespräch nicht übermäßig strukturieren
- Mimik und Gestik beobachten
- Körperlichen Zustand beobachten
 - Hinweise auf somatische Erkrankungen oder Behinderungen



Kontakt

Notfallexploration

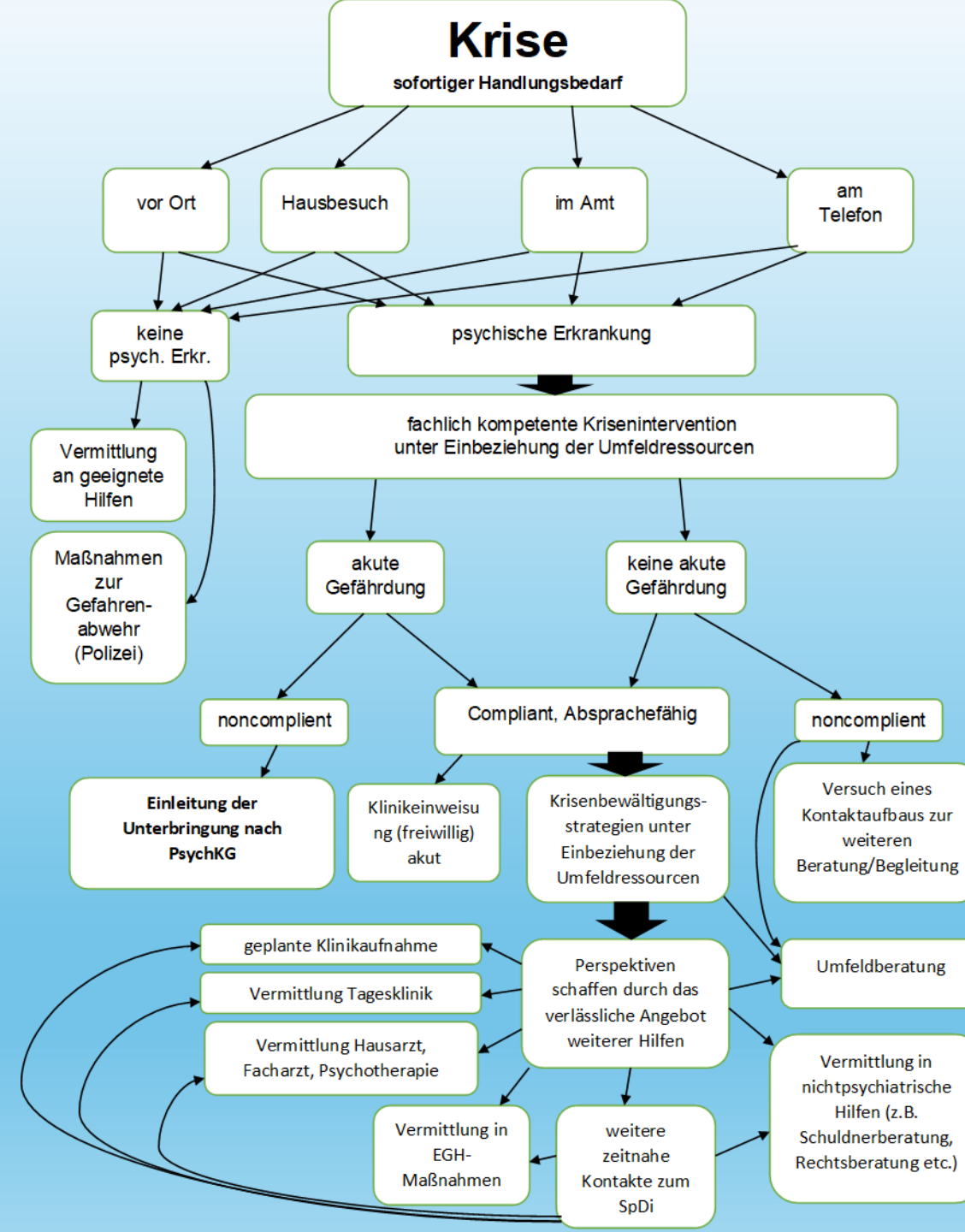
Konkrete Probleme, die die Notfallsituation auslösten

- **Aktuelle Vorgeschichte** mit Beginn der Symptomatik
- Kurz zurückliegende **psychiatrische Vorbehandlung**
- Spezielle **psychiatrische Anamnese**
- **Allgemeinmedizinische Anamnese**
- **Medikamentenanamnese** (ggf. **Drogenanamnese**)
- **Suizidalität**
- **Lebenssituation**
 - Partnerschaft
 - Wohnsituation
 - Berufstätigkeit
 - Soziale Bezüge
 - Finanzielle Situation



Kontakt

- Erklären der eigenen Einschätzung
 - Freundlich und klar
 - In einer für die/den Betroffenen verständlichen Sprache
- Erklären der daraus resultierenden Empfehlungen
 - Verständliche Darstellung der empfohlenen bzw. angebotenen Maßnahmen
 - Aushandeln, was die/der Betroffene annehmen kann
 - Einschätzung der Tragfähigkeit von Absprachen
- Erklären der daraus resultierenden Entscheidungen
 - Verständliche Erklärung der getroffenen Entscheidung
 - Freundliche, aber bestimmte Verkündung



Der Rufbereitschaftsdienst

- Gesetzliche Grundlage: PsychHG Schleswig-Holstein
- Besetzung in OH: vier Ärztinnen/Ärzte des FD Gesundheit und sechs externe Kolleginnen und Kollegen, alle mit fundierter Erfahrung in der Psychiatrie, an den Wochenenden vorgeschaltet vier erfahrene Sozialpädagog:innen
- Organisation und Leitung: SpDi
- Erreichbarkeit: Über die Rettungsleitstelle. Hier erfolgt eine Vorprüfung, ob tatsächlich eine den Aufgaben des Dienstes entsprechende Fragestellung vorliegt
 - Das Leistungsangebot des Rufbereitschaftsdienstes ist nicht öffentlich, es ist den Einrichtungen und Institutionen, die mit akuten psychiatrischen Krisen mit Gefährdungspotential konfrontiert werden (Polizei, Kliniken, psychiatrische Einrichtungen, Rettungsdienst, NotärztInnen, KV-ÄrztInnen, ges. Betreuern u.A.) bekannt. Darüber hinaus wissen einige Betroffene und Angehörige aus eigener Erfahrung oder von ihren Helfern von diesem Angebot

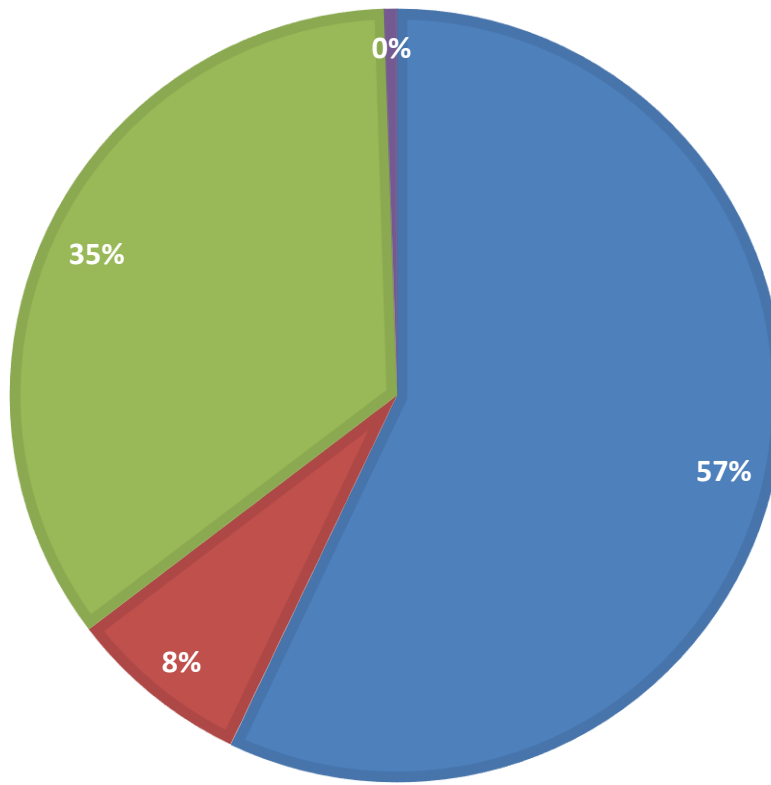
Der Rufbereitschaftsdienst

- 1. Sozialpädagogische und Ärztliche Aufgaben
 - **Klärung**, ob der Problematik eine psychiatrische Krankheit zugrunde liegt und ob daraus eine erhebliche Fremd- und/oder Selbstgefährdung resultiert, **erforderlichenfalls vor Ort**
 - **Vermeidung von Zwangsmaßnahmen** durch **qualifizierte Krisenintervention** und **Vermittlung alternativer Hilfen**
 - Erstellung der **ärztlichen Stellungnahme** bei Unterbringung (ärztlich)
- 2. Ordnungsrechtliche Aufgaben
 - **Beratung** und erforderlichenfalls Entscheidungen bei unterbringungsrelevanten Fragestellungen
 - **Organisation von Amtshilfe** (Polizei), Transport und Klinikaufnahme bei Unterbringungen (und auch bei freiwilligen Einweisungen)
 - **Prüfung** von zur Unterbringung erstellten Fremdgutachten
 - Vorläufige **Unterbringungsanordnung** und **Antragstellung** beim zuständigen Gericht

Aktionen aufsuchend im Rufbereitschaftsdienst

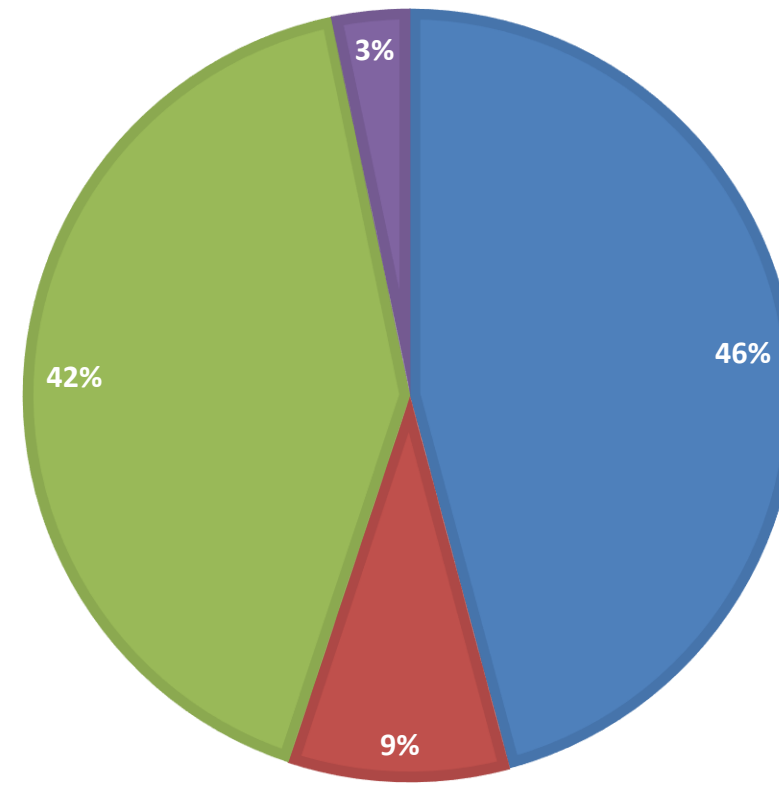
2015

■ Zwangseinweisung ■ freiwillige Einweisung
■ Krisenintervention ■ Beratung

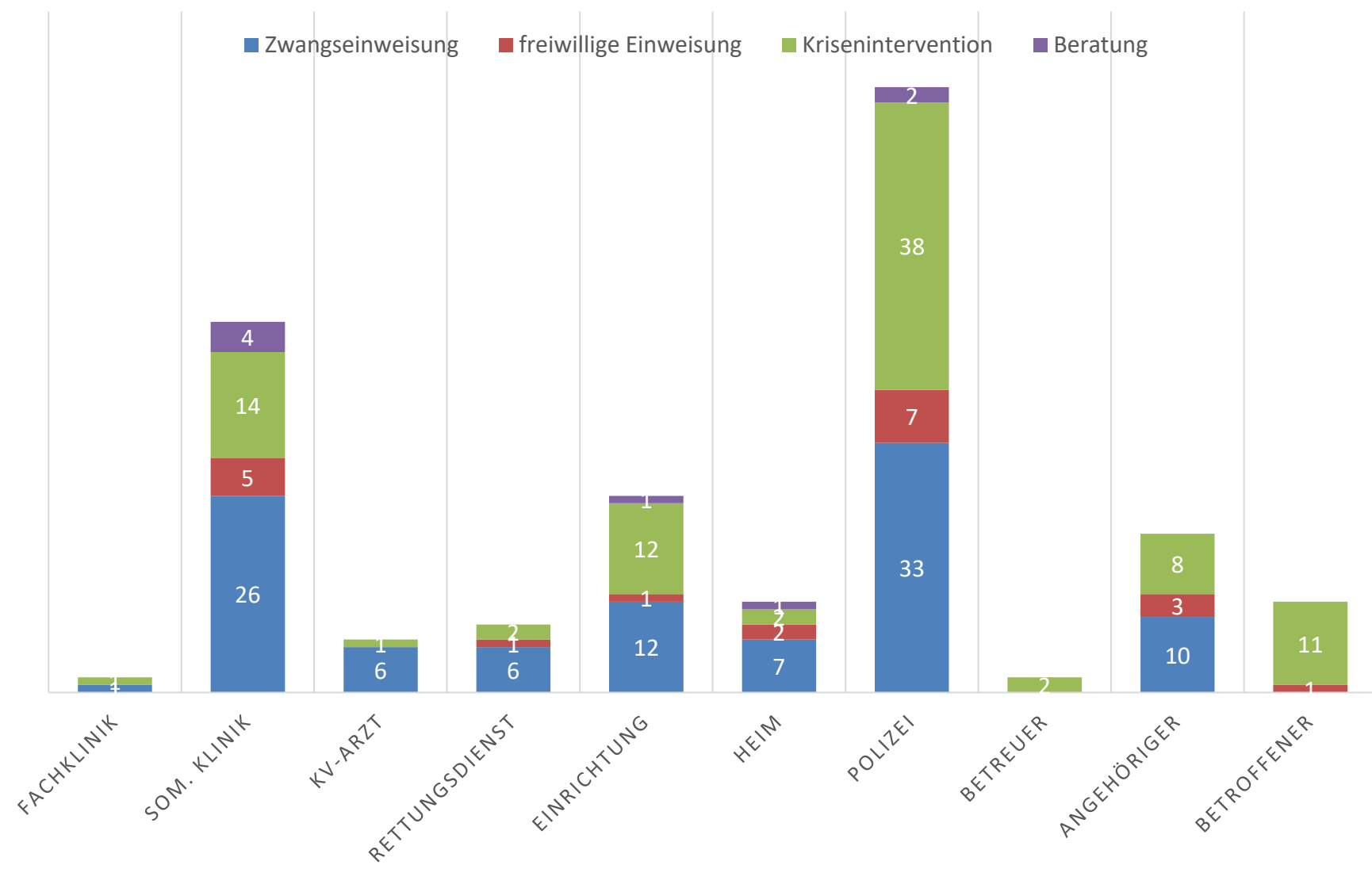


2016

■ Zwangseinweisung ■ freiwillige Einweisung
■ Krisenintervention ■ Beratung



Auslöser aufsuchender Einsätze 2016



Organisatorische Voraussetzungen

- Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit
- Fachlich kompetent besetzter Innendienst
- Diensthandy für alle Mitarbeiter:innen mit ständiger Erreichbarkeit
- Dienst-Pkw bzw. dienstlich genutzte Privat-Pkw mit Freisprechanlage
- Abwesenheitskalender mit Ortsangabe
- Dokumentationssoftware
 - Hier sind auch alle für einen Unterbringungsverfahren erforderlichen Formulare hinterlegt
- Tablet mit mobiler Internetverbindung und Zugriff auf das Dokumentationssystem und den Arbeitsplatz

Persönliche Voraussetzungen

- Hohe Flexibilität
- Fachliche Kompetenz
- Realistische Selbsteinschätzung
- Teamgeist
- Belastbarkeit
- Detaillierte Kenntnis des regionalen Hilfesystems
- Gute Vernetzung



Krisenintervention

Ziele, Wirkung

- Klärung
 - Psychiatrische Erkrankung ?
 - Diagnostik
 - Gefährdungseinschätzung
 - Krankheits- und Behandlungseinsicht
 - Ressourcen
- Deeskalierende Einwirkung
 - Betroffene
 - Umfeld
- Professionelle psychotherapeutische Krisenintervention
- ggf. Krisenmedikation
- Beratung
 - Alternative Handlungsmöglichkeiten
 - Mögliche Hilfen (ggf. auch Organisation derselben)
- Vermeidung von Klinikeinweisungen und Zwangsmaßnahmen
- Klinikeinweisung auf freiwilliger Basis
- Unterbringung nach PsychK(H)G

- und weiter

- Professionelle Krisenintervention
- Krisenmedikation
- Verbleib in beschützter Umgebung
- Verbleib im Lebensumfeld
- Hilfen am nächsten Werktag
 - Geplante Klinikaufnahme
 - Arztbesuch
 - Weiteres Krisengespräch
 - Ambulante Betreuung
 - Hilfeplanung
 - u. A.
- Freiwillige Einweisung
- Einweisung nach PsychKG



Wirkfaktoren

- **Niedrigschwelligkeit**
 - keine Zugangsvoraussetzungen
 - zeitnahe Handlungsmöglichkeit
- **Aktive Kontaktaufnahme**
 - Hilfe auch, wenn die/der Betroffene selbst nicht in der Lage ist, sie anzufordern
- **Multiprofessionalität**
 - medizinische und soziale Aspekte einer Krise können fachlich kompetent bearbeitet werden
- **(Aktiv) aufsuchende Tätigkeit**
 - Lebensbedingungen und Umfeldressourcen können einbezogen werden
- **Bestehende Beziehungen**
 - vielen Betroffenen ist der SpDi aus vorangegangenen Kontakten bekannt und es besteht eine Vertrauensbasis. Dies erleichtert den Zugang in Krisen, kann deeskalierend wirken und so oft auch Zwang vermeiden
- **Vernetzung im Hilfesystem und im Sozialraum**
 - weiterführende Hilfen und Therapien können verlässlich und oft auch zeitnah angeboten werden und damit tragfähige Perspektiven angeboten werden

Typische notfallpsychiatrisch relevante Störungen und Syndrome

(Pajonk & Messer, 2009)

RB aufsuchend OH 2016

Suizidalität

- Erregungszustände
- Delir
- Bewusstseinsstörungen und Verwirrtheit
- Intoxikationen und andere substanzbedingte Störungen
- paranoid-halluzinatorisches Syndrom
- manisches Syndrom
- Stupor und Katatonie
- Angststörungen
- psychosoziale Krise und Traumatisierung
- Demenz
- Anorexie

- F0 14%
- F1 37%
- F2 22%
- F3 13%
- F4 11%
- F6 8%
- F7 1%

Literaturhinweis

S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“

(Stand: 13.04.2019)

AWMF-Registernummer: 038-023

Federführende Fachgesellschaft:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Konsentierende Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIV)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Fall 1

Anruf einer verzweifelten Mutter:

Ihr 32-jähriger noch in ihrem Haushalt lebender Sohn habe sich in den letzten Wochen zunehmend verändert.

Er fühle sich von Agenten beobachtet, habe schon das Haus nach Kameras abgesucht, gibt Autokennzeichen auf der Straße Bedeutungen, rede auch mit Menschen, die nicht da sind und habe sich zuletzt in seinem verdunkelten Zimmer verschanzt.

Wenn sie ihn auf sein Verhalten anspricht reagiert er zunehmend gereizt und heute habe er sie sogar bedroht.

Sie halte das nicht mehr aus und habe Angst.

Fall 2

Meldung eines Nachbarn:

Er habe beobachtet, wie sein Nachbar (ca. 60 Jahre alt), seltsame Dinge in seiner Garage gemacht habe. So habe er die beiden Fenster und den Türrahmen abgeklebt und sich einen Liegestuhl in die Garage gestellt. Als er ihn im Vorbeigehen darauf angesprochen hat hätte er gesagt: “Es reicht, ich habe die Schnauze voll, macht alles keinen Sinn mehr“.

Er wisse nicht viel von dem Nachbarn, er sei wohl verheiratet, die Kinder seien aus dem Haus und er sei wohl „irgendein“ Geschäftsmann.

Fall 3

Anruf eines jungen Mannes:

Seine Freundin, 23 J., habe ihm gerade eine WhatsApp mit Bildern von Schnittverletzungen am Unterarm und der Mitteilung „ich kann und will nicht mehr“ geschickt. Es sei nicht das erste Mal, dass sie sich selbst verletze, aber so tief waren die Schnitte noch nie.

Vorher habe es einen Streit um eine Bagatelle gegeben, er hatte das schon wieder vergessen.

Sie sei jetzt wohl alleine zuhause.

Fall 4

Anruf einer älteren Dame:

Ihr Mann sei vor kurzem verstorben, sie stehe jetzt mit Allem alleine da. Da ist die ganze Bürokratie mit der Beerdigung, es kämen ständig Rechnungen, mit denen sie nichts anfangen kann (hat immer alles ihr Mann gemacht) und dann habe sich auch noch das Finanzamt gemeldet.

Sie weiß einfach nicht mehr weiter und kann nicht mehr.

Fall 5

Anruf der Polizei:

Sie seien gerade von Nachbarn zu einem Ehepaar gerufen worden, da es dort lauten Streit gab. Die Frau wirke verängstigt, der deutlich alkoholisierte Ehemann gibt sich devot, spricht davon, dass alles Scheiße sei, seine Frau ihn nicht verstehe und er eigentlich keinen Sinn mehr im Leben sehe.

Fall 6

Anruf einer jungen Frau:

Ihr Freund habe sie verlassen und sie habe auch noch ihren Job verloren. Es gehe ihr schon länger nicht gut und jetzt habe sie drängende Gedanken, sich das Leben nehmen zu wollen.

Fall 7

Anruf eines Mannes im mittleren Alter:

Er sitze gerade auf seinem Sofa und habe Fußball geschaut. Sein Verein habe haushoch verloren und es gehe ihm jetzt sehr schlecht, auch weil er nur noch ein Bier zuhause habe.