

**Redaktion**

J. Bengel, Freiburg  
 F.G. Pajonk, Homburg

R. D'Amelio · C. Archonti · P. Falkai · F. Pajonk

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes,  
 Homburg/Saar

# Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin

In der notärztlichen Praxis stellen psychiatrische Notfälle mit ca. 10–15% aller Einsätze eine bedeutsame Größenordnung dar [27]. Darüber hinaus ist nach Einschätzung von Notärzten und Rettungsfachpersonal auch bei der primär somatischen Versorgung in ca. 30–40% aller Einsätze psychologisches Wissen und Vorgehen erforderlich, etwa bei „schwierigen“ – wenig oder gar nicht kooperierenden – Patienten oder bei der unmittelbaren Betreuung von Notfallpatienten und deren Angehörigen in einer psychischen Krise [15, 24, 26]. Trotz der zahlenmäßigen und inhaltlichen Relevanz dieser Notfalleinsätze mit psychologischen Krisen und/oder der Betreuung von Patienten mit primär psychiatrisch relevanten Störungen werden die Mitarbeiter der Notfallmedizin diesbezüglich bislang nur unzureichend psychologisch und psychiatrisch geschult [4, 22, 29]. Dies wiegt umso schwerer, weil die Belastung durch psychiatrische Notfälle oder psychisch auffällige Menschen nach pädiatrischen Notfällen von Notärzten und Rettungsdienstmitarbeitern als am höchsten angegeben wird [24, 26, 35].

Notarzt und Rettungsfachpersonal sind gesetzlich verpflichtet, psychisch kranken Menschen und Menschen in psychischen Krisen nach den Regeln der medizinischen Heilkunst und entsprechend dem Stand der Erkenntnis zu behandeln. Die Beachtung und qualifizierte Einbeziehung der psychosozialen Dimension des

Notfalls ist auch „*kein Luxus, sondern ein integraler Kernbestandteil des notfallmedizinischen Verständnisses und ein entscheidender Fortschritt auf dem Weg zu einer humanitäreren Notfallmedizin*“ [19]. Daraus lässt sich folgern, dass es dringend erforderlich ist, Schulungsmaßnahmen (im Sinne von Aus-, Weiter- und Fortbildung) für die speziellen Anforderungen von Mitarbeitern der Notfallmedizin zu entwickeln und anzubieten, die helfen, Situationen mit psychisch auffälligen Patienten, z. B. im Rahmen von Krisen, richtig einzuschätzen und angemessen darauf zu reagieren [24, 26].

Dabei ist vor allem wichtig, eine Systematik zu entwickeln, die dem Notarzt und auch dem nichtärztlichen Personal erlaubt, innerhalb der knapp bemessenen Zeit eine „richtige“ Einschätzung der Situation zu ermöglichen und darauf basierende adäquate Maßnahmen zur Krisenintervention einzuleiten. In **Abb. 1** wird schematisch dargestellt, welche Beurteilungen im Notfalleinsatz bei psychisch auffälligen Patienten vorgenommen werden und welche Entscheidungen zu berücksichtigen sind. Dementsprechend ist eine Notfallintervention im Falle einer psychiatrischen Dekompensation von dem Procedere bei Vorliegen einer akuten psychischen Krise zu unterscheiden. Allgemein gültig ist in beiden Fällen: es geht um die Beurteilung einer aktuell gegebenen Gefährdung und Behandlungsnotwendigkeit und ggf. um

die Einleitung von Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung des Patienten.

— Dies setzt bei allen Mitarbeitern im Rettungsdienst Wissen über psychiatrische Symptome, psychopharmakologische Akutbehandlung und Interventionsmöglichkeiten bei psychischen Krisen voraus.

Der vorliegende Beitrag hat das Ziel, einen Überblick über psychische Krisen und Möglichkeiten einer psychologisch fundierten Krisenintervention im Rahmen eines Notfalleinsatzes bzw. in der Notaufnahme zu geben. Die Möglichkeiten sollen dabei ausdrücklich im Sinne einer primären Krisenintervention für Notärzte, Rettungsfachpersonal und Personal der Notaufnahme anwendbar sein.

## Begriffsbestimmung

Der Begriff *psychische Krise* ist ein „randscharfer“ Begriff [13]. Alltagssprachlich bezeichnet eine psychische Krise den Höhe- bzw. Kulminationspunkt einer gefährlichen Entwicklung, die Zuspitzung oder Verschärfung im einem gesellschaftlichen oder individuellen Kontext [34]. Beispielfähig seien die folgenden Definitionen für eine psychischen Krise genannt:

„*Psychische Krise beschreibt den 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 Art und Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“ (nach [7, 8], zitiert aus [37]).

„Psychische Krise ist ein Ereignis oder eine Situation, die als untragbare Schwierigkeit wahrgenommen wird und welche die für die betroffene Person vorhandenen oder im Moment zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien überfordert“ [14].

Die meisten Definitionen von psychischer Krise enthalten folgende gemeinsamen Merkmale [5]:

- Eine psychische Krise ist eine psychische Notsituation.
- Diese steht in Zusammenhang mit einem emotional bedeutsamen Ereignis oder mit einer bedeutsamen Veränderung der Lebensumstände.
- Es handelt sich dabei um einen akuten, zeitlich begrenzten Zustand,
- der momentan die Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen übersteigt und deshalb mit Kontrollverlust verbunden sein kann,
- in der beim Betroffenen sehr starke Emotionen auftreten können und
- die Gefahr besteht, dass der Betroffene sich selbst oder anderen schweren Schaden zufügen.

Aus der Sicht des Betroffenen ist die psychische Krise ein Ereignis, das in unterschiedlichem Ausmaß [12]:

- den Selbstwert der Person in Frage stellt (→ Selbstwertbedrohung),
- zentrale Überzeugungen oder grundlegende Überzeugungssysteme der Person bedroht (→ Selbstkonsistenzbedrohung) oder in Frage stellt (→ Orientierungsverlust),
- mit zentralen Zielen und Anliegen der Person interferiert (→ Zielblockade) und
- frühere nicht bewältigte Ereignisse aktiviert (→ Retraumatisierung).

Eine psychische Krise ist definitionsgemäß ein zeitlich befristetes Ereignis, das sich aus einer akuten Überforderung eines gewohnten Verhaltens- und Bewältigungssystems durch belastende äußere oder innere Auslöser ergibt [36]. Die aku-

Notfall Rettungsmed 2006 · 9:194–204 DOI 10.1007/s10049-005-0790-y  
© Springer Medizin Verlag 2006

R. D'Amelio · C. Archonti · P. Falkai · F. Pajonk

### Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin

#### Zusammenfassung

Notärzte, Rettungsfachpersonal und das Personal der Notaufnahme sind im Rahmen ihrer notfallmedizinischen Tätigkeit mit einer Vielzahl von Krisensituationen konfrontiert, die ihre Arbeitsbedingungen erheblich erschweren und den Einsatz verlängern können. Der vorliegende Beitrag hat das Ziel, einen Überblick über akute psychische Krisen und die Möglichkeiten einer primären psychologischen Krisenintervention unmittelbar in der Notfallsituation durch das Notfallpersonal zu geben. Hierzu werden zunächst der Begriff der Krise definiert und die Erklä-

rungsmodelle für das Entstehen einer Krise dargestellt, um daraus sinnvolle, unmittelbar hilfreiche Möglichkeiten einer Krisenintervention entwickeln zu können. Ein weiterer Schwerpunkt liegt darauf, interaktionelle Aspekte zwischen Helfer und Patient transparenter zu machen, deren Verständnis zur raschen Entscheidung und Hilfe in einer Krisensituation wesentlich ist.

#### Schlüsselwörter

Krise · Krisenintervention · Psychiatrischer Notfall · Suizid · Rettungsdienst

### Psychological concepts and primary crisis intervention in emergency care

#### Abstract

Emergency physicians, paramedics and the staff of the emergency room are confronted with a multitude of psychological crises situations while treating various pre-clinical emergency situations or emergencies in an emergency room. Crises may complicate considerably the working conditions and may prolong the diagnostic and therapeutic process on scene. This article aims to give an overview on crises and possibilities of a primary crisis intervention by the emergency staff. Therefore, crisis is first defined and models for the emergence of a crisis situation are described

in order to explain the development of sensible and immediately helpful strategies for crisis intervention in the emergency setting. Further emphasis is set on the importance of understanding the interaction between patient and staff which is essential for a quick perception of the situation and a speedy decision making process on scene.

#### Keywords

Crisis · Crisis intervention · Emergency psychiatry · Suicide · Emergency service

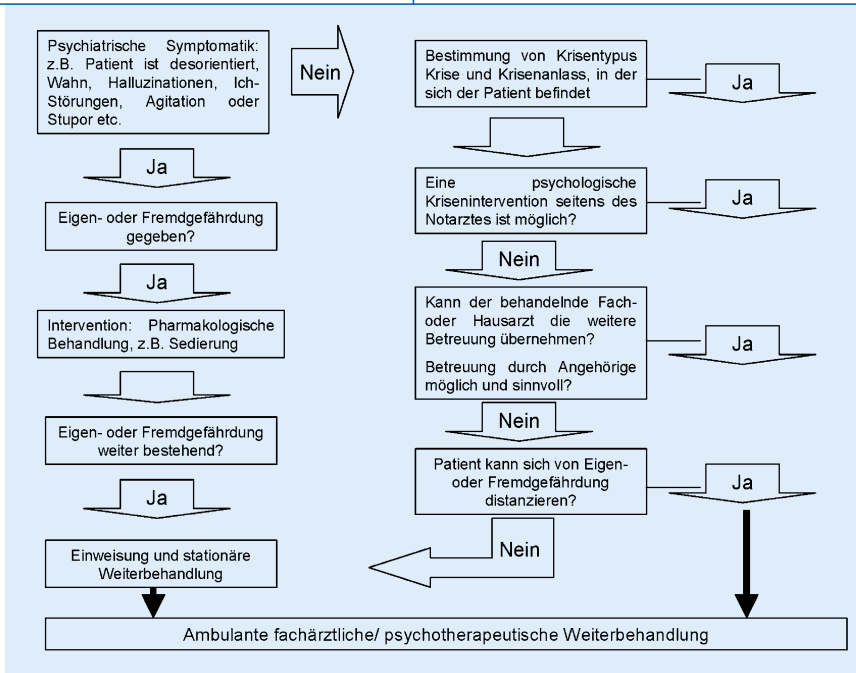


Abb. 1 ▲ Handlungsorientierung im Einsatz bei psychisch auffälligen Patienten

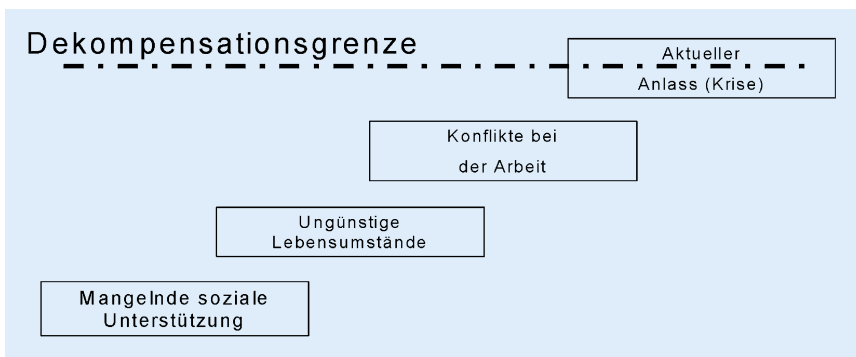


Abb. 2 ▲ Psychische Krise als Ergebnis von kumulativer Belastung

te Überforderung kann dabei das Produkt einer kurzfristig einwirkenden, heftigen Belastung oder das Resultat einer länger andauernden, kumulativen Belastung sein (s. Beispiel in **Abb. 2**).

**Auslöser: kritisches Lebensereignis**

Als typischer Auslöser für psychische Krisen gelten sog. „kritische Lebensereignisse“. Dies sind erwartete oder unerwartete Lebensereignisse, die von der Person als Einschnitte, Übergänge oder Zäsuren im Lebenslauf betrachtet werden, mit einer besonderen affektiven Tönung einhergehen und erhebliche Anpassungsleistungen vom Individuum erfordern [12]. Hierbei kann es sich z. B. um lebens- oder andere, die Existenz bedrohende Ereignisse handeln (wie etwa Na-

tur- oder technische Katastrophen, mit z. B. Feuer, Wasser, Chemie), Gewaltverbrechen (Überfall, Vergewaltigung, Geiselnahme), drohende oder eingetretene Verluste von Angehörigen (schwere Erkrankungen, Tod, Unfälle), psychosoziale Bedrohungen (Arbeitsplatzverlust, Verlust von Eigentum) und gravierende Bedrohungen des Selbstwertgefühls (z. B. partnerschaftliche Kränkungen und Konflikte, Statusverlust).

Diese kritischen Lebensereignisse können im Rahmen der bisherigen individuellen gewohnten Problembewältigungsstrategien nicht gelöst werden und führen beim betroffenen Individuum zu einer erhöhten psychischen Labilität, Suggestibilität und somatischen Reaktionsbereitschaft bis hin zu manifesten psychopathologischen Symptomen [25, 28, 30].

Je mehr eine Situation vom Individuum als existenziell bedrohlich oder gefährlich eingeschätzt und je niedriger die individuellen Ressourcen zum Aushalten oder Bewältigung dieser Bedrohung angesehen werden, desto eher werden die Reaktionen des Betroffenen geprägt sein von dem Gefühl überfordert zu sein, „überflutet“ oder gar „verrückt“ zu werden.

Wesentlich für das Auftreten einer psychischen Krise ist demnach das Erleben des Versagens von gewohnten und bewährten Bewältigungsstrategien bei einem als bedrohlich erlebten (und deshalb handlungsrelevanten) Anlass. Insofern haben die Bewertungsprozesse und Bewältigungsstrategien eines Menschen einen wichtigen Einfluss auf Ausbruch und Verlauf einer psychischen Krise. Auf jeden Fall erlebt sich der Betroffene spätestens von dem Moment an akut in der Krise (und wird sich dementsprechend fühlen, denken und verhalten), wenn seine Coping-Strategien nicht mehr greifen.

**➤ Wesentlich ist das Erleben des Versagens von gewohnten und bewährten Bewältigungsstrategien**

Nach dem transaktionalen Modell von Lazarus [18] erfordert eine erfolgreiche Krisenbewältigung vom Patienten deshalb eine (ggf. psychotherapeutisch unterstützte) funktionale Neubewertung des Krisenanklasses und eine optimistischere Einschätzung der zur Verfügung stehenden individuellen und sozialen Ressourcen zur Bewältigung oder Kompensation der Krise.

**Krisentypen**

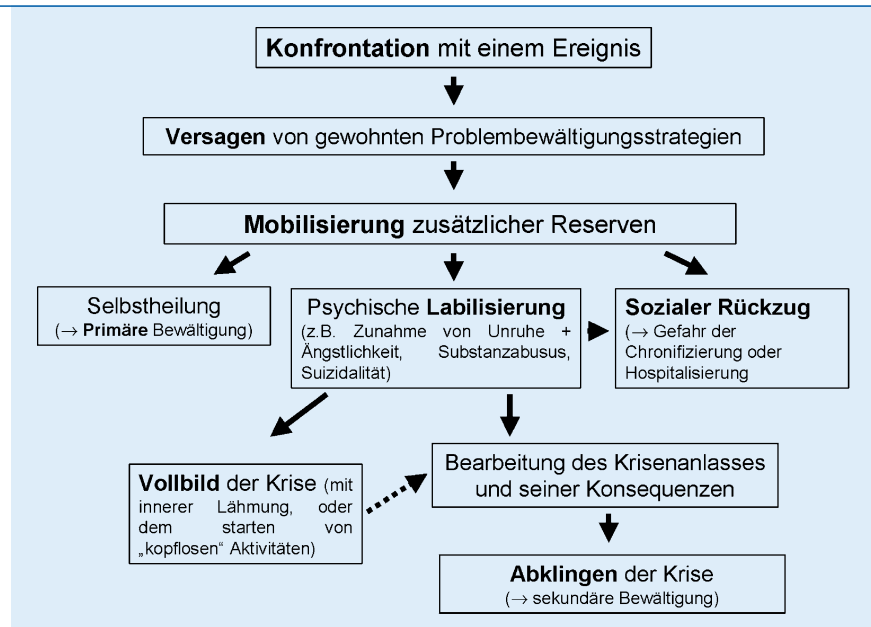
In der Literatur wird zwischen Lebensveränderungskrise (Entwicklungskrise) und traumatischer (situativer) Krise unterschieden [37]. In einer anderen Terminologie wird unterschieden zwischen einer existenziellen Krise, bei der die Reflexion des Lebensentwurfs im Mittelpunkt steht, und der umweltbedingten Krise, die durch eine Naturkatastrophe ausgelöst wird [14].

## Krisen im Rahmen von Lebensveränderungen

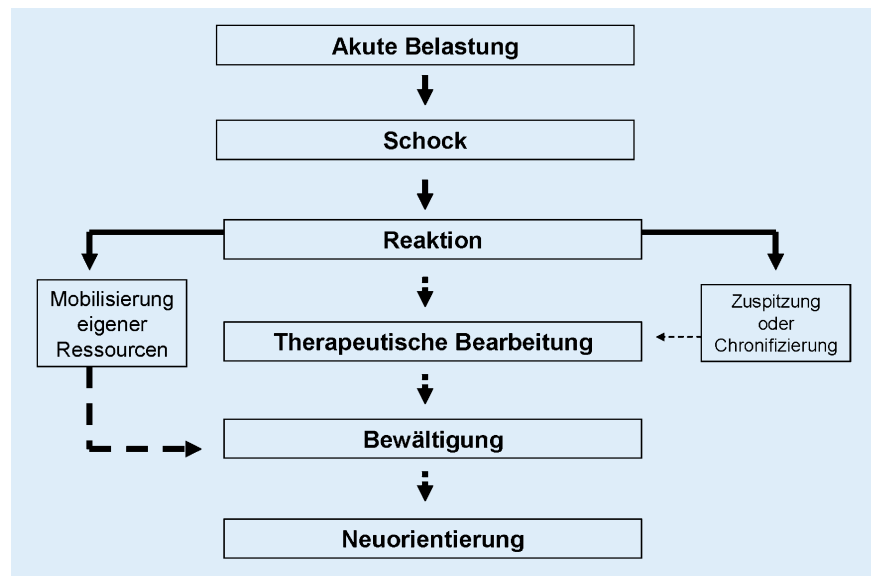
Psychische Krisen können immer dann auftreten, wenn es im sozialen Lebensraum eines Menschen zu bedeutsamen Veränderungen kommt (z. B. Verlassen des Elternhauses, Heirat, Geburt eines Kindes, Berentung, Trennung, Partnerverlust, Wohnortwechsel, Arbeitslosigkeit, Unterbringung in einem Altersheim) oder im Rahmen von biologischen Entwicklungsprozessen (z. B. Pubertät, Menopause, Krankheit, Behinderung) Übergangs- oder Ausnahmesituationen auftreten. Kennzeichnend für die Lebensveränderungskrise ist, dass hier der „kritische Zustand“ erst nach einer längeren Phase erreicht wird [5]. Caplan [7] hat dies in seinem Phasenmodell der Lebensveränderungskrise folgendermaßen dargestellt (▣ **Abb. 3**):

Zusätzlich zu der primären – durch das Ereignis ausgelöst – Labilisierung des Betroffenen und eine hierdurch hervorgerufene Krise, kann auch das Erleben des Scheiterns der Bewältigungsversuche beim Betroffenen unterschiedliche, die Krise verstärkende Ursachenzuschreibungen hervorrufen. Er kann überzeugt sein, „versagt“ zu haben (→ interne Attribution) oder ein „Opfer“ des Fehlverhaltens anderer oder widriger Lebensumstände zu sein (→ externe Attribution). Beide Bewertungen behindern – v. a. in einseitiger Ausrichtung und extremer Ausprägung – eine Bearbeitung oder Auflösung der Krise und begünstigen eine weitere (sekundäre) Labilisierung des Patienten [20, 21].

**Intervention.** Bei Krisen, die durch eine Lebensveränderung ausgelöst wurden, liegt der Schwerpunkt der unmittelbaren Intervention – insofern keine Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt – in der Bestätigung des Betroffenen in der Bedeutsamkeit des Ereignisses für seine Person und im Verständnis für seine „Gefühlsturbulenzen“. Darüber hinaus sollte der Patient darin ermutigt werden, sich psychotherapeutische Unterstützung zu suchen, um bei der Bearbeitung des Krisenanlasses und der Einleitung einer Anpassung an die veränderten Lebensumstände unterstützt zu werden.



**Abb. 3** ▲ Phasenmodell der Lebensveränderungskrise nach Caplan [7]



**Abb. 4** ▲ Phasenmodell der traumatischen Krise nach Cullberg [8]

## Traumatische oder situative Krise

Cullberg [8] definiert diesen Typus der Krise als „eine durch einen Krisenanlass mit subjektiver Wertigkeit plötzlich aufkommende Situation von allgemein schmerzlicher Natur, die auf einmal die psychische Existenz, die soziale Identität und Sicherheit bedroht“. Das Modell von Cullberg kann im Überblick wie in **Abb. 4** dargestellt werden.

Krisenanlässe sind plötzliche und zu meist unvorhergesehene Schicksalsschläge, beispielsweise Krankheit, Invalidität,

Verlusterfahrungen wie Tod, Trennung, Kündigung, aber auch sexuelle Gewalt und Misshandlung. Diese lösen beim Betroffenen eine wenige Momente bis Tage andauernde *Schockreaktion* aus, in der spannungreduzierende Abwehrmechanismen wie Verleugnung und Verdrängung des Ereignisses überwiegen. Es herrscht ein „inneres Chaos“ vor, das sich durch Apathie oder völlige Lähmung, aber auch durch heftige dysphorische Gefühlsausbrüche ausdrücken kann.

An diese erste Phase schließt sich eine *Reaktionsphase* von Tagen bis Mona-

**Tab. 1** Ablauf einer Krisenintervention

<b>1. Beurteilung der Situation und der Befindlichkeit des Patienten:</b>
Im Mittelpunkt der Beurteilung stehen dabei die <b>unmittelbaren</b> internen und externen Auslöser der Krise mit Fokus auf die aktuellen Schwierigkeiten. Biografische Daten werden nur herangezogen, wenn sie direkt auf die akute Situation einwirken. Auch die bisherigen Lösungsversuche sollten eruiert werden. Wichtig: Selbst- und Fremdgefährdung einschätzen!
<b>2. Planung der Krisenintervention:</b>
Diese muss kurzfristig umsetzbar sein und zu einer unmittelbaren Stabilisierung des Patienten führen. Dabei gilt es die Ressourcen des Patienten und seines sozialen Umfeldes zu berücksichtigen
<b>3. Durchführung der Krisenintervention:</b>
Diese muss das Ziel der Symptomverminderung und der ausreichenden Stabilisierung des Patienten haben
<b>4. Abschluss der Krisenintervention:</b>
Es erfolgt eine Bewertung und vorausschauende Planung. Nächste Schritte: Überweisung an spezialisierte Institutionen, Vereinbarung von stabilisierenden Maßnahmen unter Einbezug des sozialen Kontext des Patienten

**Tab. 2** Das BELLA-Konzept. (Nach [37])

<b>B</b>	Beziehung aufbauen
<b>E</b>	Erfassen der Situation
<b>L</b>	Linderung der Symptome
<b>L</b>	Leute bzw. Dinge einbeziehen, die unterstützen
<b>A</b>	Abschluss

**Tab. 3** Typische Fragen, die einen Überblick über Auslöser der psychischen Krise und deren Auswirkungen auf die Befindlichkeit des Patienten und seines sozialen Umfelds ermöglichen

„Seit wann besteht dieses Problem und seit wann ist es so schlimm wie jetzt?“
„In welchen Lebensbereichen äußert sich dieses Problem? Betrifft es alle Lebensbereiche?“
„Wer außer Ihnen ist noch davon betroffen?“
„Was hat diese Krise ausgelöst?“
„Was alles hat das Ganze verschlimmert?“ „... jetzt zum Überkochen gebracht?“
„Was davon belastet Sie am meisten?“
„Was befürchten Sie, könnte deshalb passieren?“
„Wer könnte noch gut darüber Auskunft geben?“ „Wer weiß noch darüber Bescheid, wie es Ihnen geht“ „... wie es dazu gekommen ist?“
„Wie geht es Ihnen jetzt seelisch?“ „Welche Gedanken gehen Ihnen durch den Kopf?“ „Wie geht es Ihnen gefühlsmäßig?“ „Wie fühlen Sie sich körperlich?“ „Wie verhalten Sie sich und wie reagiert ihre Umfeld darauf?“

**Tab. 4** Typische Fragen zu beeinträchtigenden Faktoren, die einen Einfluss auf den Verlauf oder das Ausmaß der aktuellen Krise haben

„Nehmen Sie zzt. Medikamente oder Drogen ein? Welche?“
„Waren Sie schon mal in nervenärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung? Wegen welchen Problems? Bei Wem?“
„Haben Sie soziale Sorgen? (z. B. zwischenmenschliche Konflikte, Schulden, anhängende Gerichtsverfahren, Arbeitslosigkeit, drohender Verlust der Wohnung usw.)“
„Wo wohnen Ihre nächsten Verwandten oder gute Freunde? Sind diese zu erreichen? Könnten diese Ihnen jetzt beistehen und bei Ihnen sein?“
„Sind Sie zurzeit für jemanden verantwortlich? Für wen? Fühlen Sie sich aktuell dieser Aufgabe gewachsen?“

ten an, in der sich beim Betroffenen affektive Turbulenzen oder Apathie, jeweils mit schweren körperlichen Begleitsymptomen, abwechseln können. In diese Phase ist die Gefahr einer Fehlanpassung, z. B. durch Alkohol-, Drogen-, Me-

dikamentenmissbrauch oder einer Zuspitzung im Sinne einer Suizidalität besonders hoch, die aus der Kognition resultiert, diesen emotional hoch angespannten (und mit entsprechenden psychischen und körperlichen Symptomen

einhergehenden) Zustand nicht mehr ertragen zu können. Ein weiteres Problem bei diesem Krisentypus stellt die Chronifizierung der Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung dar.

Dagegen kann der Patient bei unmittelbarer Bearbeitung des Krisenanlasses und dem Aufzeigen von schnell einsetz- und umsetzbaren Bewältigungsfertigkeiten in das Stadium der *Neuorientierung* und Reorganisation eintreten und neben seiner eigenen aktiven Bewältigungsfertigkeiten neue unterstützende Beziehungen mobilisieren.

**Intervention.** Bei traumatischen Krisen ist das Ziel der Intervention zunächst die Senkung der psychophysiologischen Anspannung bzw. des Stressniveaus des Patienten. Auch wenn keine Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt, sollte der Patient anschließend dazu ermutigt werden, sich in psychotherapeutische Behandlung zur Bewältigung des Krisenanlasses zu begeben.

### Diagnostische Klassifikation von Krisen

Wie bereits dargestellt bezieht sich der Begriff „Krise“ *ursprünglich* auf einen emotionalen Ausnahmezustand, der bei (zuvor) psychisch unauffälligen Personen durch plötzliche und/oder kumulierte psychosoziale Belastungen hervorgerufen wird. Insofern stellt eine psychische Krise *keine* eigene Krankheitseinheit dar und wird laut ICD 10, in Abhängigkeit von Verursachung und Dauer der Symptomatik, folgendermaßen kodiert:

- F43.0 Akute Belastungsreaktion bei zuvor psychisch nicht manifest gestörten Menschen als *unmittelbare* Reaktion auf ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, die im allgemeinen nach Stunden oder wenigen Tagen abklingt,
- F43.2 Anpassungsstörung als Reaktion bei zuvor psychisch nicht manifest gestörten Menschen *innerhalb eines Monats* nach einschneidenden Lebensereignissen und Veränderungen (z. B. Emigration, Trennung, Todesfall, Verlust des Arbeitsplatzes),

F43.8 Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung (s. oben),

F43.9 Reaktionen auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet (s. oben).

In Ausnahmefällen kann auch die Klassifikation F 43.1 (posttraumatische Belastungsreaktion, PTSD) verwendet werden, wenn die Krisenreaktion mit entsprechenden typischen Reaktionen in zeitlicher Latenz von bis zu 6 Monaten zu dem Krisenanlass auftritt [3]. Aufgrund der verzögerten Manifestation der psychischen Störung im Verhältnis zum Krisenanlass, entspricht die PTSD streng genommen nicht dem Konzept der „Krise“ (akute, zeitlich befristete Überforderung).

### Krisen bei psychisch vorbelasteten Patienten

In einem erweiterten Sinne wird heutzutage unter dem Begriff der Krise auch die drohende Dekompensation einer manifesten oder die Exazerbation einer (teil)remittierten psychischen Störung verstanden. Generell ist die Gefahr einer psychischen Dekompensation bei Menschen mit vorbestehenden psychischen Erkrankungen durch ihre meist reduzierten Bewältigungsstrategien und ihre (damit) erhöhte Vulnerabilität gegenüber Anlässen, die zu einer psychischen Krise führen können, besonders hoch [40]. Ausprägung und Erscheinung der psychischen Krise müssen dann entsprechend der Grunderkrankung (z. B. Suizidalität im Rahmen einer Depression, psychotischer Erregungszustand im Rahmen einer Schizophrenie, starke Erregungs- und Affektzustände bei Borderline-Persönlichkeitsstörung) verstanden, kodiert und – entsprechend dem Leitsatz, weiteren Schaden von dem Patienten und seinem Umfeld abzuwehren (z. B. pharmakologische Intervention bei extremer Agitiertheit oder Halluzinationen) – vor Ort versorgt werden.

- Bei jedem (Notfall)einsatz mit psychisch auffälligen Patienten sollte nach vorbestehenden psychiatrisch relevanten Erkrankungen gefragt werden.

**Tab. 5** Typische Fragen, die einen Überblick über Ressourcen und Bewältigungskompetenzen ermöglichen

„Was haben Sie bisher unternommen, um sich selbst zu helfen, ... zu unterstützen?“
„Haben Sie schon mal eine ähnlich schwierige Situation gemeistert? Was hat Ihnen damals geholfen?“
„Wer hat Ihnen bisher bei solchen Problemen geholfen?“
„Wann ist es Ihnen zum letzten Mal gut gegangen? Was haben Sie da gemacht? Was hat Ihnen da gut getan?“
„Was tun Sie üblicherweise um sich abregieren, ... zur Ruhe zu kommen, ... sich zu entspannen, ... neue Kraft zu schöpfen?“
„Kennen sie jemand der in einer vergleichbaren Krise steckt? Wie hat er diese Krise bewältigt, ... besser ausgehalten?“

**Tab. 6** Kriterien für das Vorliegen einer akuten Suizidalität

Wenn der Patient sich von einer suizidalen Handlung nicht distanzieren kann
Wenn der Patient bereits früher Suizidversuche unternommen hat
Bei Suizidversuchen im nahen Familien- oder Freundeskreis
Bei Vorliegen einer manifesten psychiatrischen Erkrankung, inkl. Abhängigkeitserkrankungen
Wenn Suizidgedanken länger andauern, häufig auftreten und automatischen bis zwanghaften Charakter aufweisen
Wenn die Methoden zur Suizidhandlung gut durchdacht und/oder verfügbar sind, der Patient in Besitz einer „Anleitung zum Suizid“ ist, sich z. B. auf bestimmten Internetseiten oder in Chat-Räumen aufhält
Wenn konkrete Vorbereitungen getroffen sind (z. B. Tabletten gesammelt, Abschiedsbrief geschrieben, Testament aufgesetzt)
Wenn der Patient mehr Gründe fürs Sterben als fürs Leben nennt
Wenn keine Hindernisse vorhanden sind (z. B. religiöse Überzeugungen, zu versorgende Familie) oder dies dem Patienten „egal“ ist
Wenn der Patient über starke Schuld- oder Wutgefühle berichtet (→ Gefahr des „erweiterten“ Suizid)
Wenn eine geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass Sozialpartner einschreiten können
Wenn der Patient seine Überlegungen gelassen schildert und seine Argumente einen (pseudo)rationalen Entscheidungsprozess vermuten lassen
Wenn nach Angst, Depressivität oder Verzweiflung sich plötzlich eine unerklärliche Gelassenheit oder Heiterkeit beim Patienten einstellt
Bei Beginn oder Abklingen einer depressiven Phase

Bei drohender Dekompensation einer manifesten oder der Exazerbation einer (teil)remittierten psychischen Störung empfiehlt es sich, den Patienten grundsätzlich zur weiteren Krisenintervention und Behandlung der psychiatrischen Grunderkrankung in eine psychiatrische Fachklinik zu überweisen.

### Grundlagen der psychologischen Krisenintervention

Krisenintervention kann auch als „Psychologische Erste Hilfe“ bezeichnet werden (zum Überblick s. [2]) und bezieht sich auf jede Form von psychosozialer Betreuung und Behandlung, die in engem zeitlichem Zusammenhang mit einem Krisenanlass steht. Dabei gilt es, die Möglichkeiten und Grenzen solcher

Maßnahmen zu beachten [1, 16]. Professionelle Krisenintervention, die auch teilweise primär durch das Rettungsfachpersonal oder das Personal der Notaufnahme geleistet werden kann, soll den Patienten dabei unterstützen [6, 37],

- eine weitere Eskalation der Krise zu unterbinden,
- eine sofortige Entlastung zu induzieren, um seine Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren,
- sich damit psychophysiologisch zu stabilisieren,
- ihm die Rückkehr zu einer normalen Funktionsfähigkeit zu ermöglichen oder für eine weitergehende Unterstützung in einem ambulanten oder stationären Setting zu sorgen und
- damit (weitere) psychische, körperliche und soziale Folgeschäden bei

**Tab. 7** Sekundäre Dienste der Krisenintervention im Notfalldienst. (Beispiele nach [38])

Sozialpsychiatrischer Dienst
Niedergelassene Psychotherapeuten
Telefonseelsorge
AIDS-Hilfe
Drogenhilfe
Obdachlosenhilfe
Frauenhäuser
Gesellschaft zur Erforschung des plötzlichen Säuglingstods
Jugendamt
Schuldnerberatung
Selbsthilfegruppen

dem Betroffenen und seinem sozialem Umfeld abzuwehren.

Demnach ist eine Krisenintervention eine zeitlich limitierte Intervention, mit einem spezifischen, auf die *unmittelbare* Stabilisierung des Patienten ausgerichteten therapeutischen Vorgehen: der Patient soll emotional entlastet und seine Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit wiederhergestellt werden [5]. Prinzipiell sollte eine Krisenintervention folgende Anforderungen erfüllen [5, 36]:

- schneller Beginn,
- zeitliche Begrenzung der Intervention,
- Sicherheit für Betroffene und Umfeld gewährleisten,
- bei Selbst- oder Fremdgefährdung eine rasche interdisziplinäre Zusammenarbeit (Psychotherapeut, Arzt, Rettungskräfte, Polizei) herstellen,
- Behandlungsfokus auf aktuelle krisenauslösende Situation und/oder Krisenauslöser richten,
- mit dem Ziel der raschen Linderung krisenbedingter psychosozialer Leidenszuständen,
- unter Nutzung von Ressourcen des Patienten und seines sozialen Umfelds,
- flexible therapeutische Haltung, von Zuhören bis direktive Gesprächsführung bzw. aktivem Handeln, je nach Zustand des Patienten,
- transparentes, nachvollziehbares und eindeutiges therapeutisches Vorgehen mit klarer Kommunikation.

Der Ablauf einer Krisenintervention lässt sich prinzipiell in 4 Phasen unterteilen (■ **Tabelle 1**; [34]). Einen differenzierteren Ablaufplan für das Vorgehen im Rahmen einer psychologischen Krisenintervention bietet das „BELLA“-Konzept von Sonneck [37], bei dem jeder Buchstabe für einen spezifischen Interventions-schritt steht (■ **Tabelle 2**).

### Beziehung aufbauen

Der erste Schritt besteht in der Schaffung günstiger Bedingungen für eine adäquate Einschätzung der Krise und möglicher nachfolgender Krisenintervention. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Herstellung einer tragfähigen (Arbeits)beziehung zum Patienten. Dieser sollte den Rettungsdienstmitarbeiter nicht als „Eindringling“, sondern als Verbündeten in einer gemeinsam zu lösenden Aufgabe – dem Management der psychischen Krise – erleben. Dies geschieht, indem nonverbal (z. B. sich hinsetzen, Augenkontakt herstellen, Nicken) und verbal (z. B. „Ich merke, dass es Ihnen nicht gut geht – ist das schön länger so“; „Sie wirken auf mich sehr nervös–bitte erzählen Sie mir, was nicht in Ordnung ist“; affirmative Äußerungen: z. B. „ah ja“, „ach so ist das“, „ich verstehe“) Gesprächs- und Hilfsbereitschaft signalisiert und der Patient damit zum Erzählen eingeladen wird. Auf jeden Fall sollte der Eindruck vermieden werden, dass man unter Zeitdruck („gehetzt“, „auf dem Sprung“) steht. Dies ist insofern ein Dilemma, weil die Zeit im Rahmen eines Notfalleinsatzes aufgrund verschiedener Einflussfaktoren begrenzt ist. Deshalb ist hier ist zu betonen:

- **Eine Krise, die sich vor Ort mit den zur Verfügung stehenden Mitteln und dem limitierten Zeitkontingent nicht managen lässt, bedarf einer stationären Weiterbetreuung.**

Eine gute Beziehung zum Patienten erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass diese notwendige Maßnahme einvernehmlich – im Konsensus mit dem Betroffenen und seinem unmittelbaren sozialen Umfeld – beschlossen und durchgeführt werden kann.

### Erfassen der Situation

In zweitem Schritt des Krisenassessments geht es darum, sich einen *genauen Überblick* über Auslöser der psychischen Krise und deren Auswirkungen auf die Befindlichkeit des Patienten und seines sozialen Umfeldes zu verschaffen. Die in ■ **Tabelle 3** genannten Fragen können dafür dienlich sein. Darüber hinaus sollte man sich einen Überblick über weitere Faktoren (z. B. Krankheiten und Belastungen des Patienten, Medikamenteneinnahme, Drogenkonsum, Beziehungsnetz und soziales Umfeld) verschaffen, die möglicherweise einen positiven oder verschlimmernden Einfluss auf den Verlauf oder das Ausmaß der aktuellen Krise haben (■ **Tabelle 4**).

Von besonderer Bedeutung für den Verlauf und den Ausgang einer psychischen Krise sind die individuelle *Bewältigungsressourcen* des Patienten, die mittels der in ■ **Tabelle 5** genannten Fragen identifiziert werden können. Des Weiteren sollte frühzeitig eine Risikobeurteilung (→ Einschätzung der Fremd- und Selbstgefährdung) erfolgen. Dies soll in den nächsten Abschnitten detaillierter dargestellt werden.

### Verhalten bei Selbstgefährdung

Eine der wichtigsten Einschätzungen, die Einsatzkräfte in solchen Notfalleinsätzen zu treffen haben, ist die Abschätzung der *akuten* Suizidalität: damit ist die Gefährdung für einer unmittelbare Umsetzung von suizidalen Handlungen auf Seiten des Betroffenen gemeint. Die in ■ **Tabelle 6** genannten Kriterien können einen Hinweis auf ein erhöhtes Suizidrisiko sein [9, 39].

Bei nicht eindeutiger Beurteilung des Suizidrisikos empfiehlt es sich, den Patienten auf jeden Fall zu einer „Zweitsicht“ und weiteren Überwachung unverzüglich in eine entsprechende psychiatrische Facheinrichtung zu überbringen.

### Verhalten bei Fremdgefährdung

Eine Abschätzung des von einem Patienten ausgehenden akuten Fremdgefährdungsrisiko lässt sich z. B. anhand folgender Kriterien vornehmen [33]:

- Sind Zeichen von abgelaufener Gewalt erkennbar (beschädigte Einrichtung)

... tung, verängstigte oder verletzte Mitmenschen)? Wurden Waffen eingesetzt?

- Wie zugänglich auf verbale Interventionen sind die Konfliktbeteiligten? Werden Grenzsetzungen respektiert, Anweisungen befolgt, ein Trennen von Konfliktparteien toleriert?
- Sind Gegenstände vorhanden, die sich als Waffe eignen? Ist ein Fluchtweg vorhanden? Sind weitere Helfer in unmittelbarer Nähe?

Selbstverständlich sollten bei Anzeichen von Fremdgefährdung unverzüglich Einsatzkräfte der Polizei hinzugezogen werden [20, 21]. Darüber hinaus ist zu betonen, dass bei Gefahr einer körperlichen Schädigung der Einsatzkräfte die *Eigensicherung* Vorrang hat.

### Linderung der Symptome

Ein zentrales Merkmal jeder psychischen Krise ist das Auftreten von starken negativen Emotionen (z. B. Angst, Wut, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Traurigkeit) beim Betroffenen, der häufig befürchtet, von seinen Gefühlen regelrecht „überflutet“ zu werden [5]. Darüber hinaus stellen unkanalisierte negative Emotionen eine potenzielle Gefahrenquelle für fremd- oder selbstgefährdende Handlungen dar. Insofern geht es in diesem Schritt des Krisenassessments in erster Linie darum, die massive psychische Anspannung des Patienten auf ein für ihn erträgliches Maß zu reduzieren.

Die emotionale Entlastung ist auch wichtig, weil übermäßige Anspannung vorhandene Ressourcen blockieren kann: Nachdenken und gezieltes Handeln ist unter Panik schlecht möglich [10]. Da der Patient in der Regel diese heftigen Gefühle aus eigener Kraft nur schwer auf eine für ihn unschädlicher Art und Weise „abregieren“ kann, sollte die Klärung der inneren Befindlichkeit und nachfolgend die Verbalisierung bzw. Expression von Gefühlen durch den Rettungsdienstmitarbeiter ermöglicht, begleitet und unterstützt werden. Dies geschieht beispielsweise, indem der Patient dazu ermuntert wird, krisenbedingte gefühlsbetonte Situationen ausführlicher zu schildern.

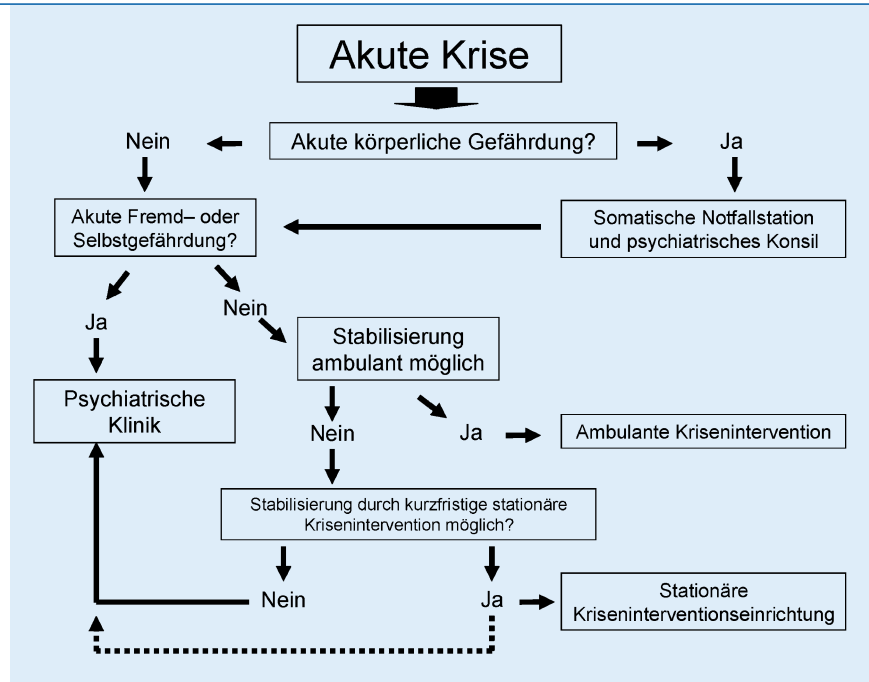


Abb. 5 ▲ Ablaufschema zur Entscheidung über die Art der durchzuführenden Krisenintervention. (Nach Riecher-Rössler [31])

Folgende Formulierungen können hilfreich sein, den Gefühlsausdruck zu unterstützen:

- „Sie sind jetzt/noch vollkommen überwältigt.“
- „Sie haben im Moment noch keine Worte für das, was in Ihnen vorgeht.“
- „Ich denke, das hat sie tief bewegt, ... verunsichert, ... aufgewühlt. Erzählen sie mir mehr darüber, ich glaube das würde Ihnen jetzt gut tun.“

Insofern der Betreffende seine (ihn quälende) Gefühlsqualität nur ungenau wiedergibt („mies“, „angespannt“, „schlecht“), kann auch hier eine entsprechende Rückmeldung oder Benennung der Emotion (z. B. „Ich denke Sie sind jetzt gerade sehr wütend, ... ängstlich, ... traurig ... Lassen Sie es ruhig heraus, das ist in Ordnung.“) durch den Helfer zur Klärung der emotionalen Befindlichkeit beitragen. Anschließend sollte eine Stützung des Patienten und Validierung seiner emotionalen Reaktion erfolgen (z. B. „Bei einem solchen schwerwiegenden Anlass, ist so eine Reaktion verständlich.“, „Ich glaube vielen Menschen würde es jetzt so gehen, ...würden sich so fühlen wie Sie jetzt.“, „Manche Dinge sind schwer zu verstehen, ... zu verarbeiten.“, „Jetzt verstehe ich besser, wie es in Ihnen aussieht.“).

Weitere hilfreiche Maßnahmen zur Induktion einer unmittelbaren emotionalen Entlastung des Patienten können in der Reizabschirmung des Patienten liegen (z. B. mit diesem in einen Nebenraum gehen) oder im Angebot der Möglichkeit, Anspannung über Bewegung abzureagieren (z. B. „um den Block“ laufen mit dem Helfer).

### Beurteilung der Bewertungen des Betroffenen

Da die psychische Verfassung eines Betroffenen in einer Krise weniger von objektiv bestimmbar Faktoren als von der subjektiven Wahrnehmung und *Bewertung* dieser Faktoren – d. h. von der subjektiven Realität des Betroffenen – abhängig ist [17], muss in einem weiteren Schritt auf die krisenbezogenen *Kognitionen* des Patienten eingegangen werden. Dysfunktionale Bewertungen, Einstellungen, Gedanken und Selbstgespräche können als innere Auslöser einer psychischen Krise angesehen werden: sie sollten deshalb identifiziert und nach Möglichkeit verändert (i. S. von korrigiert, relativiert oder abgeschwächt) werden. Dafür hilfreich ist der Grundsatz der rational-emotiven Therapie nach Ellis [11], nach dem emotionale und Verhaltenskonsequenzen (consequences – C) eines Individuums, nicht



direkt durch auslösende äußere oder innere Ereignisse („activating situation“ – A), sondern durch die Einstellung oder Bewertung („beliefs“ – B) dieser Ereignisse hervorgebracht wird (vgl. „ABC-Modell“, [11]).

Nachvollziehbar wird dieses Modell z. B. anhand des Auslösers, z. B. Verlust des Arbeitsplatzes (= A), das den Betroffenen zu der Bewertung veranlasst, dass dies eine „absolute Katastrophe“ ist und man nun als „kompletter Versager“ dasteht, über den „alle lachen werden“, dass „jetzt alles, was man sich aufgebaut hat, für immer weg ist“ und man jetzt „keine andere Möglichkeit sieht, als sich das Leben zu nehmen, weil jetzt alles verloren ist“ (= B), was wiederum emotionale und verhaltensbezogene Konsequenzen, wie z. B. Angst, Scham, Rückzug und die Planung von suizidalen Handlungen (= C) bedingt. Darüber hinaus sind dysfunktionale Kognitionen auch maßgeblich am Ausmaß (z. B. „Ich werde mich nie mehr davon erholen, ...ich habe schon wieder versagt.“) und der Aufrechterhaltung (z. B. „Ich muss alles alleine packen und darf mir nicht helfen lassen.“) einer Krise beteiligt.

Es lässt sich auch nachvollziehen, dass die emotionalen und verhaltensbezogenen Konsequenzen andere sein werden, wenn der Betreffende das Ereignis zwar als bedeutsamen Einschnitt in seinem Leben sieht, aber dessen Folgen weitaus weniger dramatisch einschätzt bzw. sich zutraut, sich etwas Neues aufzubauen und damit etwas gelassener in die Zukunft blicken kann. Die Identifikation von dysfunktionalen Einstellungen, Bewertungen, Gedanken und Selbstgesprächen kann dem Patienten auch verständlich machen, warum er „so heftig“ auf den Krisen Anlass reagiert hat und ihn damit emotional entlasten („Wenn man es so sieht, dann ist es verständlich, dass man so denkt, fühlt, handelt.“). Mögliche Fragen zur Identifikation dysfunktionaler Kognitionen sind [5]:

- „Welche Gedanken gingen Ihnen damals (beim Krisen Anlass) durch den Kopf?“
- „Was für Befürchtungen hatten Sie in dem Moment? Was haben Sie sich vorgestellt, was passieren könnte?“
- „Was haben Sie sich in dem Moment zu sich selbst gesagt? Haben Sie in der Situation versucht sich mit Gedanken

oder Selbstgesprächen zu beeinflussen? Mit welchem Erfolg?“

- „Was geht Ihnen jetzt durch den Kopf, wenn Sie an diese Situation denken?“

### Ansätze zur Problembewältigung

Im Rahmen einer psychologischen Krisenintervention geht es nun darum, Ansätze zur Problembewältigung zu finden. Wie bereits erwähnt, bedarf eine erfolgreiche Krisenbewältigung vom Betroffenen gleichermaßen einer Neubewertung der Auswirkungen des Krisen Anlass (z. B. Kündigung, Trennung vom Partner, Tod eines Familienmitglieds) auf sein Leben und einer optimistischeren Einschätzung seiner zur Verfügung stehenden individuellen und sozialen Kompetenzen zur Bewältigung oder Kompensation der Krise. Um den Patienten dabei zu unterstützen, das Ganze „mit neuen Augen zu sehen“, kann es hilfreich sein, folgende Fragen zu stellen:

- „Haben Sie schon mal eine ähnlich schwere Situation gemeistert? Wie?“
- „Was würden Sie zu einem Freund sagen, der sich in einer ähnlichen Situation wie Sie jetzt befindet?“
- „Was würden Sie denn gerne später, morgen oder in einem Monat oder in einem Jahr über diese Situation denken?“
- „Was denkt einer, der das Ganze besser verkraftet?“

Prinzipiell ist hier aber zu betonen, dass eine psychologische Krisenintervention keine Kurzzeitpsychotherapie sein kann, sondern das alleinige Ziel verfolgt, den Patienten *unmittelbar* psychophysiologisch zu entlasten, um dessen Sicherheit und die seines sozialen Umfelds zu gewährleisten. Insbesondere persönlichkeitsgetragene (z. B. bei sozial unsicherer Persönlichkeitsakzentuierung) und biographisch verwurzelte (z. B. durch frühe Verlusterlebnisse in der Kindheit bedingte) Einstellungen und Gedankengänge, können nicht „schnell“ und nicht mit den gegebenen Möglichkeiten im Rahmen eines Notfalleinsatzes modifiziert werden; dies bedarf einer längeren Zusammenarbeit mit dem Patienten im Rahmen einer stationären oder ambulanten psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Behandlung. Das bedeutet: Selbst wenn ei-

ne zufrieden stellende emotionale Entlastung vor Ort erreicht werden konnte und damit der Verbleib im häuslichen Umfeld vertretbar ist, sollte der Patient unbedingt darauf hingewiesen werden, eine weiterführende Bearbeitung seines Problems im Rahmen von spezialisierten Institutionen (z. B. Beratungsstellen, niedergelassene Psychotherapeuten) oder Selbsthilfegruppen durchzuführen.

### Der Patient sollte unbedingt auf die Notwendigkeit einer weiterführenden Bearbeitung seines Problems hingewiesen werden

Ärztliches und nichtärztliches Personal des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen tragen die Verantwortung zu entscheiden, ob die psychologische Krisenintervention vor Ort zu einer ausreichenden Stabilisierung des Patienten geführt hat oder ob eine Weiterbetreuung im Rahmen eines stationären Setting indiziert ist.

### Einbezug unterstützender Menschen und Faktoren

Dieser Schritt des Krisenassessments lässt sich nur schwer vom vorigen Punkt trennen: es gilt hier Faktoren zu finden, die den Patienten dabei helfen können, das Ganze besser auszuhalten. Häufig berichten die Betroffenen, dass das Ganze weniger schlimm wiegt, wenn sie in Gesellschaft sind. In diesem Fall sollte ein Kontakt zu Freunden oder Familienmitgliedern hergestellt werden, um eine kontinuierlicher Überwachung bzw. Betreuung des Patienten über den Notfalleinsatz hinweg sicherzustellen.

Auch die Gewissheit, im Notfall – bei erneuter Aggravierung der Symptomatik – rasch helfende Institutionen oder Personen (z. B. telefonischer Kontakt zum Hausarzt, Telefonseelsorge) erreichen zu können, kann für den Patienten eine Beruhigung darstellen. Nicht unerwähnt bleiben sollte auch die Möglichkeit einer psychopharmakologischen Versorgung [23] des Patienten, die dessen Bedürfnissen nach „Ruhe, ... Vergessen, ... Schlafen“ entgegenkommt.

## Abschluss

Der Abschluss einer jeden Krisenintervention stellt die (nochmalige) Abschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung des Patienten dar. Dabei sollten Notarzt, Rettungsfachpersonal und Personal der Notaufnahme neben den bereits beschriebenen objektiven Kriterien auch eine *intuitive Bewertung* der Situation zulassen.

- **Es empfiehlt sich, auf „Nummer sicher zu gehen“ und im Zweifelsfall den Patienten zur weiteren Beurteilung und Betreuung in eine stationäre Einrichtung zu bringen.**

Im Regelfall ist davon auszugehen, dass eine psychische Krise auch nach einer adäquaten Intervention nicht „endgültig“ beendet ist, selbst wenn eine initiale Behandlung rasch zur Endaktualisierung führte und der Patient in seinem Umfeld verbleiben kann. Insofern sollte die Krisenintervention mit dem Hinweis bzw. Vermitteln von Anlaufstellen und Adressen zur Weiterbehandlung beendet werden. Es ist daher günstig und hilfreich, über eine Liste von Ansprechpartnern, Adressen und Telefonnummern zu verfügen, die eine weitere Unterstützung oder Behandlung des Patienten leisten können. Hierbei kann es sich zunächst auch um Kriseninterventionsteams oder die Notfallseelsorge handeln (Beispiele in **■ Tabelle 7**).

Entscheidend ist die Verfügbarkeit dieser Dienste vor Ort; das Angebot ist lokal oder regional unterschiedlich und begrenzt. Eine solche Liste kann zusammen mit dem zuständigen sozialpsychiatrischen Dienst erstellt werden, ein Beispiel findet sich bei Warnecke u. Pajonk [38]. Dort finden sich auch weiterführende Adressen im Internet. Aus dieser Liste können in Absprache mit den Patienten und/oder seinen Angehörigen geeignete Ansprechpartner oder Einrichtungen vermittelt oder ggf. direkt vor Ort kontaktiert oder alarmiert werden. Das Vorhandensein einer solchen Liste kann unter Umständen Notfalleinsätze erheblich vereinfachen und abkürzen.

Generell ist darauf zu achten, dass bei der Krisenintervention auf eine eindeutige, vollständige und nachvollziehbare (z. B. von Gutachtern, juristischen Per-

sonen, Patient oder deren Angehörige) Dokumentation zu achten ist. Diese sollte folgende Punkte umfassen:

- die Einschätzung der Befindlichkeit und insbesondere der Gefährdung des Patienten vor und nach der Intervention,
- die diagnostische Klassifikation,
- das therapeutische Procedere,
- gegebenenfalls getroffene Vereinbarungen (z. B. telefonischer Kontakt, „Notfallplan“ bei erneuter, unerwarteter Zuspitzung der Krise).

In **■ Abbildung 5** ist idealtypisch ein Ablaufschema zur Entscheidungen über die Art der durchzuführenden Krisenintervention dargestellt [31].

Das Verhalten im Einsatz und die genaue Durchführung der Krisenintervention wird von der objektiven und reflektierten subjektiven Einschätzung der Situation, von der Persönlichkeit des Helfers mit seinen Einstellungen, Stärken und Schwächen, von der bisherigen Erfahrung und von seinen Fachkenntnissen abhängen. Neben der hohen Variabilität von Krisensituationen sind eben auch die Voraussetzungen des Helfers und die Beziehungsgestaltung der „handelnden Personen“ höchst unterschiedlich. Diese 3 Hauptaspekte bedingen, dass es für Krisensituationen keine allgemeinen, immer erfolgreichen Musterlösungen gibt, sondern sich Art und Ablauf der Krisenintervention immer erst vor Ort konkret entscheiden. Ein Garant für eine erfolgreiche „Psychologische Erste Hilfe“ stellt eine entsprechende intensive Schulung der Rettungsdienstmitarbeiter in psychologischer Krisenintervention dar [1, 4].

Darüber hinaus sollte eine regelmäßige Supervision angeboten werden, in der – unter fachkundiger Anleitung – eine Diskussion und Reflektion von Ablauf und Inhalt einer durchgeführten Krisenintervention stattfinden kann. Mit diesen Maßnahmen ließen sich psychische Krisen für alle Beteiligten zufriedenstellender und weniger belastend behandeln. Das Konzept des „Debriefing“ nach belastenden Einsätzen zur Vorbeugung psychischer Störungen beim Rettungspersonal hat sich in mehreren Studien als nicht ausreichend wirksam erwiesen [32]. Damit erwächst der Prävention durch Schu-

lung und Supervision eine noch größere Bedeutung.

## Fazit für die Praxis

Psychische Krisen sind häufige Einsatzursachen oder einen Einsatz begleitende und erschwerende Gegebenheiten in der Notfall- und Rettungsmedizin. Dementsprechend hoch ist der Bedarf an einsatzorientierter psychologischer Krisenintervention. Kriseninterventionsteams, die solche Aufgaben übernehmen könnten, sind nicht flächendeckend verfügbar. Die Mitarbeiter vor Ort, in einer Notaufnahme oder einer Klinik fühlen sich mit psychiatrischen Notfällen oder mit Menschen in akuten psychischen Krisen oftmals überfordert. Ursache hierfür ist eine unzureichende Ausbildung und fehlendes Wissen der Ärzte und des Rettungsdienst- und Pflegepersonals, die in der Notfallmedizin tätig sind. Damit einher geht Unsicherheit über die Anforderungen, die mit der Behandlung einer akuten psychiatrischen/psychischen Krise an sie gestellt werden. Dies betrifft die exazerbierende oder dekompensierende psychiatrische Erkrankung, die primär einer pharmakologischen Intervention bedarf, ebenso wie die Vielzahl der psychischen und psychosozialen Krisen, deren unmittelbare Behandlung sich weit aus weniger klar und eindeutig festlegen lässt.

Wesentliche Grundlage für das Handeln der in der Notfallmedizin Tätigen ist das Wissen um die Möglichkeiten und Grenzen der Interventionsmöglichkeiten und darum, dass deren Aufgabe weniger eine Behandlung im Sinne einer „Lösung“ der Krise oder Behandlung der psychischen Störung ist, sondern vielmehr in der Klärung der Situation, in der Einschätzung der Notwendigkeit einer unmittelbaren, ggf. fachärztlichen oder stationären Behandlung sowie in der emotionalen Stützung des Patienten liegt.

Durch eine Intensivierung der theoretischen und praktischen Schulung von Rettungsdienstmitarbeitern in psychologischer Krisenintervention in Zusammenhang mit einer regelmäßigen stattfindenden Supervision der durchgeführten Einsätze könnte ein wesentlicher Beitrag zur Steigerung von Behandlungssi-

cherheit und -zufriedenheit geleistet und gleichzeitig eine Optimierung der Versorgung von Patienten im Rahmen von psychosozialen oder psychiatrischen Krisen erzielt werden.

## Korrespondierender Autor

PD Dr. F. Pajonk

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Universitätsklinikum des Saarlandes  
66421 Homburg  
frank.pajonk@uniklinik-saarland.de

**Interessenkonflikt.** Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

## Literatur

- Bengel J (2003) Notfallpsychologische Interventionen bei akuten Belastungsreaktionen. In: Maercker A (Hrsg) Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 185–204
- Bengel J (2004) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, 2. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Bengel J, Landji Z (1996) Symptomatik, Diagnostik und Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Z Klin Psychol Psychiatrie Psychother 44: 129–149
- Bengel J, Strittmatter R, Belz-Merk M (1998) Psychologische Aus- und Fortbildung in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Notfall Rettungsmed 1: 40–45
- Berger P, Riecher-Rössler A (2004) Definition von Krise und Krisenassessment. Hogrefe, Göttingen
- Burgess AW, Baldwin BA (1981) Crisis intervention theory and practice. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ
- Caplan G (1964) Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York
- Cullberg J (1978) Krisen und Krisentherapie. Psychiatr Praxis 5: 25–34
- Dormann W (1996) Suizid: Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten, 2. Aufl. Pfeiffer, München
- Ehlers A, Clark DM (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behav Res Ther 38: 319–345
- Ellis A (1977) Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. Pfeiffer, München
- Filipp HS (1997) Kritische Lebensereignisse. Urban & Schwarzenberg, München
- Häfner H, Helmchen H (1978) Psychiatrischer Notfall und Psychiatrische Krise – konzeptuelle Fragen. Nervenarzt 49: 82–87
- James RK, Gilliland BE (2001) Crisis intervention strategies. Brooks/Cole, Pacific Grove, CA
- Kardels B, Beine KH (2003) Teilnahme von Psychiatern am Notarztendienst. Notfallmedizin 29: 526–527
- Krüsmann M, Müller-Cyran A (2005) Trauma und frühe Interventionen. Möglichkeiten und Grenzen von Krisenintervention und Notfallpsychologie. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Lasogga F, Gasch B (1997) Psychische Erste Hilfe. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Lazarus RS (1966) Psychological stress and the coping process. McGraw-Hill, New York
- Müller-Cyran A (2005) Die psychosoziale Notfallversorgung im Notarzteinsatz. In: Madler C, Jauch KW, Werdan W, Siegrist J, Pajonk FG (Hrsg) Das NAW-Buch. Akutmedizin der ersten 24 Stunden, 3. Aufl. Elsevier, Urban & Fischer, München, S 209–214
- Pajonk FG (2000) Der Umgang mit suizidalen Patienten im Notarzt- und Rettungsdienst. Anästhesist 41: 783–788
- Pajonk FG (2001) Der aggressive Patient im Rettungsdienst und seine Herausforderungen. Notfall Rettungsmed 4: 206–216
- Pajonk FG, Biberthaler P, Cordes O, Moecke H (1998) Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten. Anästhesist 47: 588–594
- Pajonk FG, Fleiter B (2003) Psychopharmakotherapie im Notarztendienst. Anästhesist 52: 577–585
- Pajonk FG, Gärtner U, Sittinger H, von Knobelsdorf G, Andresen B, Moecke H (2004) Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Rettungsdienstmitarbeitern. Notfall Rettungsmed 7: 161–167
- Pajonk FG, Grünberg K, Paschen HR, Moecke H, Arbeitsgruppe Psychiatrie und Rettungswesen (2001) Psychiatrische Notfälle im Notarztendienst einer deutschen Großstadt. Fortschr Neurol Psychiatr 69: 170–174
- Pajonk FG, Lubda J, Sittinger H, Moecke H, Andresen B, von Knobelsdorf G (2004) Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten – eine Reevaluation nach 7 Jahren. Anästhesist 53: 709–716
- Pajonk FG, Moecke H (2005) Psychiatrische Notfälle in der Notfallmedizin – Definition, Häufigkeit, Epidemiologie. In: Madler C, Jauch KW, Werdan K, Siegrist J, Pajonk FG (Hrsg) Das NAW-Buch. Akutmedizin der ersten 24 Stunden, 3. Aufl. Elsevier, Urban & Fischer, München, S 751–756
- Pajonk FG, Poloczek S, Schmitt TK (2000) Der psychiatrische Notfall – Abgrenzung zu Psychotraumatologie und Krise. Notfall Rettungsmed 3: 363–370
- Pajonk FG, Riemenschneider O, Moecke H (2001) Evaluation eines Fortbildungsprogramms „Psychiatrie für Notfallmediziner“. Anästhesist Intensivmed Notfallmed Schmerzther 36: 105–109
- Reiter L, Stratzka H (1977) Systemische Krisenintervention. DGVT, Tübingen
- Riecher-Rössler A, Berger P, Wernicke F, Stieglitz RD (2004) Stationäre Krisenintervention – das Basler Modell am Allgemeinspital. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Hogrefe, Göttingen, S 58–68
- Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S (2002) Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev CD000560
- Rupp M (2004) Ambulante psychiatrische Notfall- und Krisenintervention. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Hogrefe, Göttingen, S 100–116
- Schnell M, Wetzel H (1999) Krisenintervention und -therapie. In: Asanger R, Wenninger G (Hrsg) Handwörterbuch Psychologie. Psychologie Verlags-Union, Weinheim, S 371–376
- Sefrin P (2003) Der Notarztendienst als interdisziplinäre Aufgabe. Notfallmedizin 29: 528–529
- Simmich T, Reimer C, Alberti L, Bronisch T, Erbe C, Milch W, Plaß A (1999) Empfehlung zur Behandlungspraxis bei psychotherapeutischen Kriseninterventionen. Psychotherapeut 44: 394–398
- Sonneck G (2000) Krisenintervention und Suizidverhütung. Facultas, Wien
- Warnecke M, Pajonk FG (2005) Psychosoziale Akutdienste. In: Madler C, Jauch KW, Werdan K, Siegrist J, Pajonk FG (Hrsg) Das NAW Buch. Akutmedizin der ersten 24 Stunden, 3. Auflage. Elsevier, Urban & Fischer, München, S 113–121
- Weisker I (1999) Krisenintervention bei Suizidenden. Nervenheilkunde 18: 376–379
- Weisman GK (1989) Crisis intervention. In: Bellack AS (ed) A clinical guide for the treatment of schizophrenia. Plenum Press, New York, pp 101–134

CME.springer.de

### Individuelle Fortbildung im CME.Center

Möchten Sie online komfortabel und qualitätsgesichert CME-Punkte erwerben?

CME.springer.de bietet Ihnen die Möglichkeit, Ihre Fortbildung individuell zusammenzustellen und unkompliziert CME-Punkte zu sammeln.

Im CME.Center auf CME.springer.de stehen Klinikern und Niedergelassenen online über 200 aktuelle und zertifizierte Fortbildungseinheiten zur Verfügung. Wählen Sie Ihre Wunschthemen aus über 20 Fachgebieten aus – ganz nach Ihren Arbeitsschwerpunkten und Interessen. Ob Sie sich für Chirurgie, Innere Medizin, Psychiatrie oder andere Gebiete interessieren – im CME.Center werden Sie fündig

Punkten Sie online!

Viel Erfolg wünscht Ihnen  
CME.springer.de

Bei Fragen hilft Ihnen unser Helpdesk gerne weiter  
CME@springer.com