



Dr. med.
Nikolas Berger
ist Facharzt für
Psychiatrie und
Psychotherapie. Er
leitet die Abteilung
Seelische Gesundheit
im Alter im Wahren-
dorff Klinikum.
www.wahrendorff.de

Psychiatrische Notfälle meistern

Psychiatrische Krisen im Pflegeheim stellen eine besondere Herausforderung dar. Mit strukturierter Früherkennung, geschultem Deeskalationsmanagement und validierender Kommunikation können Pflegende viele Krisensituationen ohne stationäre Einweisung bewältigen.

Immer wieder herrscht Unsicherheit, ob psychiatrische Krisen bei psychisch erkrankten Menschen in Alten- und Pflegeheimen bewältigt werden können oder ob eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus nötig ist. Primäres Ziel ist es, zunächst ambulante Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen auszuschöpfen und Deeskalationsstrategien anzuwenden, um stationäre Einweisungen möglichst zu vermeiden. Diese belasten sowohl die Betroffenen selbst als auch das Versorgungssystem.

Gleichzeitig gilt es, den Bedarf für eine stationäre Behandlung im Krankenhaus frühzeitig zu erkennen, um eine geplante Aufnahme rechtzeitig einzuleiten. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der frühzeitigen Prävention, um Krisensituationen von vornherein zu verhindern.

NGASR-SKALA

Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

Das NGASR ist ein pflegerisches Instrument zur strukturierten Einschätzung suizidaler Risiken. Es umfasst 15 Risikofaktoren mit gewichteter Punktevergabe. Frühere Suizidversuche und Hoffnungslosigkeit sind unter anderem höher gewichtet. Das Instrument unterstützt Pflegefachpersonen dabei, Risiken früh zu erkennen, Schutzmaßnahmen festzulegen und zeitgerecht ärztlich/psychiatrisch abzuklären – ohne die klinische Beurteilung zu ersetzen. Die Gesamtpunktzahl führt zu vier Risikostufen:

- » 0 bis 5 niedrig
- » 6 bis 8 mittel
- » 9 bis 11 hoch
- » ≥ 12 sehr hoch

KRISEN FRÜHZEITIG ERKENNEN

Ein **psychiatrischer Notfall** liegt vor, wenn eine psychische Erkrankung das Leben oder die Gesundheit der betroffenen Person oder anderer akut gefährdet. Pflegekräfte können durch aufmerksames Beobachten von Verhaltensänderungen frühzeitig Anzeichen einer Krise wahrnehmen und Eskalationen verhindern. Typische Warnsignale für eine beginnende Krise sind:

- » sozialer Rückzug
- » Stimmungsschwankungen oder ungewöhnlich gereizte Reaktionen
- » verändertes Schlafverhalten
- » Verwirrtheit oder Orientierungslosigkeit
- » Äußerungen von Hoffnungslosigkeit oder Suizidgefahrden

Die Beobachtung und Bewertung dieser Symptome sollten strukturell in der Einrichtung verankert werden. Dafür braucht es klare Konzepte zur Suizid- und Gewaltprävention, Krisenintervention und Begleitung. Arbeitshilfen wie Instrumente zur strukturierten Erfassung und Risikoeinschätzung von Eigen- und Fremdgefährdung müssen bereitgestellt und geschult werden. Dafür bieten sich unter anderem folgende bewährte Tools an:

- » NGASR (Nurses' Global Assessment of Suicide Risk-Skala), siehe Kasten unten
- » BVC-CH (Brøset-Gewalt-Checkliste)

Warnzeichen gilt es ernst zu nehmen, zu dokumentieren und zeitnah im Team sowie mit Fachleuten wie Allgemein- und Fachärzten zu besprechen. Wer früh handelt, kann oft verhindern, dass sich die Lage verschärft.

EINWEISUNGEN DURCH DEESKALATION VERMEIDEN

Nicht jede psychische Krise verlangt nach ärztlicher oder stationärer Behandlung. Viele ängstliche, aufgeregte oder aggressive Patienten und Patientinnen beruhigen sich durch gezielte Deeskalation.

Doch bloßes Wissen über wirksame Maßnahmen genügt nicht – Pflegekräfte müssen Strategien in praxisnahen



Foto: Werner Krüper

Rollenspielen trainieren. Regelmäßige **Deeskalationsschulungen**, besonders für neue oder unerfahrene Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, sind dafür unverzichtbar.

Eine deeskalierende Gesprächsführung („Talking down“) lebt von

- » ruhigem, respektvollem Sprechen,
- » aufmerksamem Zuhören und dem
- » einfühlsamen Ernstnehmen von Sorgen oder Ängsten.

Einen eher negativen Effekt haben unter anderem:

- » abwertende Bemerkungen
- » mangelnde Ernsthaftigkeit
- » Unterbrechungen
- » moralisierende Kommentare

Nicht jede psychische Krise verlangt nach ärztlicher oder stationärer Behandlung.

Entscheidend ist, von Anfang an die Sicherheit der Situation zu gewährleisten, um sich selbst und andere Pflegekräfte zu schützen – etwa durch frühzeitiges Hinzuziehen weiterer Kollegen oder Kolleginnen.

Um innere Distanz zu wahren, hilft es, sich bewusst zu machen, dass Angriffe nicht persönlich gemeint sind: Die Pflegekraft wird in ihrer Rolle angesprochen, nicht als Privatperson. Respekt und Empathie für den Bewohner oder die Bewohnerin sollten mit Selbstachtung einhergehen. Das bedeutet:

- » klar und bestimmt auftreten
- » Grenzüberschreitungen benennen und begrenzen – stets freundlich und auf Augenhöhe.

Eine gezielt veränderte Umgebung kann beruhigen. Oft verstärken soziale Stressoren wie Konflikte mit anderen Personen Gefühle wie Unruhe oder Aggressivität.

Weniger Reize – etwa der Rückzug in eine stille Ecke oder das Hören vertrauter Musik – helfen, innere Unruhe zu lindern. Überforderung durch zu »»

»> viele Stimmen, grelles Licht oder körperliche Nähe sollte man vermeiden.

Kognitiv eingeschränkte Menschen profitieren von Orientierungshilfen zu Zeit, Ort, Situation und Person. Reichen pflegerische Maßnahmen zur Deeskalation nicht aus, kann vorübergehend eine medikamentöse Unterstützung nötig sein. In solchen Fällen sollte frühzeitig der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin die Medikation überprüfen und gegebenenfalls eine **Bedarfsmedikation** verordnen.

Zuerst sollten nicht-pharmakologische Maßnahmen geprüft und ausgeschöpft werden.

VERHALTENSAUFFÄLLIGKEITEN BEI DEMENZ

Unruhe, Abwehrverhalten, Schreien, Weglaufen, Enthemmung oder Halluzinationen treten bei fast 90 Prozent der Demenzpatienten und -patientinnen im Krankheitsverlauf auf. Diese Verhaltens- und psychischen Symptome der Demenz (behavioral and psychological symptoms of dementia – BPSD) erschweren die Pflege, überfordern Betreuende, erhöhen das Risiko für Polypharmazie und Fixierungen und mindern die Lebensqualität der Betroffenen. Besonders belastend sind aggressive Verhaltensweisen, die oft durch Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder Fehldeutungen ausgelöst werden. Häufig entstehen solche Störungen, weil die Betroffenen unerfüllte Bedürfnisse nicht mehr äußern können. Dazu zählen unter anderem:

- »> Durst
- »> Hunger
- »> Schmerzen
- »> Probleme bei der Darm- oder Blasenentleerung
- »> Orientierungslosigkeit
- »> Reizüberflutung durch die Umgebung.

Zuerst sollten nicht-pharmakologische Maßnahmen geprüft und ausgeschöpft werden. Dazu gehört, unerfüllte Bedürfnisse zu erkennen und den Bewohner oder die Bewohnerin geduldig anzuleiten. Menschen mit Demenz profitieren von einer festen, orientierenden und aktivierenden Tagesstruktur. Eine unterstützende Umgebung erleichtert die Orientierung, etwa durch Kalender mit jahreszeitlichen Bildern, beschriftete Räume oder geeignete Seh- und Hörhilfen.

erheblich, sollte man eine stationäre Aufnahme in Betracht ziehen. Dabei ist es wichtig, frühzeitig die behandelnden Ärzte und Ärztinnen einzubeziehen, um die Einweisung rechtzeitig zu planen und eine akute Krise mit möglicher Notfalleinweisung zu vermeiden.

Eine geplante Einweisung kann notfalls auch gegen den Willen der betroffenen Person erfolgen. Dafür braucht es einen Unterbringungsbeschluss nach BGB, den die Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten mit dem Aufgabenkreis Aufenthaltsbestimmung beim Gericht beantragen können.

WANN EINE EINWEISUNG NÖTIG IST

Notfällige Gründe für eine stationäre Aufnahme bestehen bei **akuter Selbst- oder Fremdgefährdung** die nicht deeskaliert werden kann oder Suizidversuchen sowie neu aufgetretenen oder plötzlich verschlechterten Verwirrheitszuständen oder Bewusstseinsstörungen/Delir. Bei Letzteren ist insbesondere an eine gegebenenfalls lebensgefährliche organische Ursache als Auslöser zu denken, weshalb üblicherweise zunächst eine Abklärung in einem somatischen Krankenhaus erfolgt, vor einer möglichen Weiterleitung in die Psychiatrie.

Bei Verlegung in eine Klinik ist eine strukturierte Übergabe zentral. Ein

In der Kommunikation entstehen oft Situationen, in denen Bewohner oder Bewohnerinnen falsche Angaben machen, etwa: „Ich warte hier auf meine Frau“, obwohl diese längst verstorben ist. In solchen Momenten hilft es, sich auf die Wahrnehmung der Betroffenen einzulassen und beruhigend zu antworten, ohne zu korrigieren, aber ehrlich zu bleiben, etwa: „Möchten Sie solange etwas trinken?“ Spezielle Ansätze wie die **Validationstechnik nach Naomi Feil** können dabei unterstützen.

Pflegekräfte müssen über Belastungen, Unsicherheiten oder erlebte Übergriffe sprechen können.

Reichen diese Maßnahmen nicht aus, kann der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin eine psychopharmakologische Therapie einleiten.

Manchmal reicht trotz aller Bemühungen die ambulante Versorgung nicht mehr aus. Bleiben deeskalierende und ärztliche Maßnahmen erfolglos und leidet die pflegerische Betreuung

standardisierter Pflegeüberleitungsbo gen sollte alle wichtigen Informationen enthalten:

Kontaktdaten für Rückfragen, Angaben zu Bezugspersonen, Ärzten und Betreuern, Diagnosen, Medikation sowie Pflegestatus und Hilfsmittel. So können sich die Pflegenden im Krankenhaus schnell orientieren.



Foto: Werner Krüper

Eine Mitarbeiterin spricht mit einer demenzkranken Bewohnerin

FAZIT

Psychiatrische Krisen im Pflegeheim stellen eine besondere Herausforderung dar. Ziel ist es, stationäre Einweisungen durch frühzeitiges Erkennen, präventive Maßnahmen und gezielte Deeskalation zu vermeiden.

Vorrang haben nicht-medikamentöse Ansätze, die jedoch nur wirken, wenn sie fest im Pflegealltag verankert sind. Dafür braucht es regelmäßige Schulungen und praxisnahe Fortbildungen. So gewinnen Pflegekräfte das nötige Wissen, die Sicherheit und das Vertrauen, um in akuten Krisen angemessen zu handeln und Eskalationen zu verhindern.

Dabei darf die seelische Gesundheit der Beschäftigten nicht übersehen werden. Der Umgang mit psychisch instabilen oder aggressiven Bewohnern und Bewohnerinnen belastet emotional und kann zu dauerhaftem Stress führen. Pflegekräfte müssen über Belastungen, Unsicherheiten oder erlebte Übergriffe sprechen können – etwa in Supervisionen oder im kollegialen Austausch.

Nur wenn Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeeinrichtungen sowie

Pflegekräfte gleichermaßen geschützt und gestärkt werden, lässt sich ein sicherer Umgang mit psychiatrischen Krisen im Pflegealltag von Alten- und Pflegeheimen langfristig gewährleisten. <<<

FAZIT

>> 1.

Psychiatrische Krisen erfordern ein systematisches Vorgehen. Klare Handlungskonzepte sind dafür unverzichtbar.

>> 2.

Nicht-medikamentöse Maßnahmen, wie eine deeskalierende Gesprächsführung, haben Vorrang.

>> 3.

Eine stationäre Einweisung ist bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, Suizidversuchen oder plötzlicher Verwirrtheit nötig.

MEHR ZUM THEMA

Literaturtipp:

Frederik Haarig, Hanna Schade:

Psychische Gesundheit pflegen. Pflegeausbildung: CE 11. Vincentz Network.

https://vinc.li/haarig_schade

Veranstaltungstipp:

Um das Wohl der Bewohner und Bewohnerinnen geht es unter anderem auf dem **AltenpflegeKongress 2025/26**. Auftakt für die neue Kongressreihe ist vom 10. bis 11. November in München. Weitere Termine und Orte:

- >> 3./4. Februar 2026, Leipzig
- >> 25./26. Februar 2026, Hamburg
- >> 11./12. März 2026, Köln

Alle Infos und Anmeldung:
<http://www.ap-kongress.de>

mega com
ein deutscher Hersteller für
Pneumatikschalter
kompatibel mit fast allen
Schwesternrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de