

Marvin Kaiser

# Taschenwissen Pflege Psychiatrie



Urban & Fischer

# Taschenwissen Pflege Psychiatrie

---

Marvin Kaiser





# Inhaltsverzeichnis

---

Cover

Titelblatt

Copyright

Fehler gefunden?

Adresse

Abkürzungen

Stichwortverzeichnis

Triggerwarnung

Wichtige Informationen

Verwendete Literatur

1: Angehörige in der Psychiatrie

2: Aggressives und gewalttätiges Verhalten

3: Angst

4: Anorexie und Bulimie

5: Betäubungsmittel

6: Deeskalation

7: Delir

8: Dissoziation

9: Erregungszustände

10: Fixierung

11: Flashbacks

12: Gespräche führen

13: Intoxikation und Entzug

14: Krampfanfall

15: Manisches Syndrom

16: Notfall, psychiatrischer

17: Panikattacke

18: Psychose

19: Psychopharmaka

20: Psychotrauma

21: Selbstverletzung

22: Stationsversammlung

23: Stupor und Katatonie

24: Suchtmittelkontrolle und gefährliche Gegenstände

25: Suizidalität

26: Stigmatisierung

27: Suizid

28: Übergabe

29: Zwangsmaßnahmen

IBC

---

# Copyright

---

Elsevier GmbH, Bernhard-Wicki-Str. 5, 80636 München, Deutschland  
Wir freuen uns über Ihr Feedback und Ihre Anregungen an  
[kundendienst@elsevier.com](mailto:kundendienst@elsevier.com)

ISBN 978-3-437-25029-3  
eISBN 978-3-437-06005-2

## **Alle Rechte vorbehalten**

1. Auflage 2023

© Elsevier GmbH, Deutschland

## **Wichtiger Hinweis**

Die medizinischen Wissenschaften unterliegen einem sehr schnellen Wissenszuwachs. Der stetige Wandel von Methoden, Wirkstoffen und Erkenntnissen ist allen an diesem Werk Beteiligten bewusst. Sowohl der Verlag als auch die Autorinnen und Autoren und alle, die an der Entstehung dieses Werkes beteiligt waren, haben große Sorgfalt darauf verwandt, dass die Angaben zu Methoden, Anweisungen, Produkten, Anwendungen oder Konzepten dem aktuellen Wissensstand zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Werkes entsprechen.

Der Verlag kann jedoch keine Gewähr für Angaben zu Dosierung und Applikationsformen übernehmen. Es sollte stets eine unabhängige und sorgfältige Überprüfung von Diagnosen und Arzneimitteldosierungen sowie möglicher Kontraindikationen erfolgen. Jede Dosierung oder Applikation liegt in der Verantwortung der Anwenderin oder des Anwenders. Die Elsevier GmbH, die Autorinnen und Autoren und alle, die an der Entstehung

des Werkes mitgewirkt haben, können keinerlei Haftung in Bezug auf jegliche Verletzung und/oder Schäden an Personen oder Eigentum, im Rahmen von Produkthaftung, Fahrlässigkeit oder anderweitig übernehmen.

Obwohl alle Werbemittel mit ethischen (medizinischen) Standards übereinstimmen, stellt die Erwähnung in dieser Publikation keine Garantie oder Anerkennung der Qualität oder des Wertes dieses Produkts oder der Aussagen der Herstellerfirmen dar.

**Für die Vollständigkeit und Auswahl der aufgeführten Medikamente übernimmt der Verlag keine Gewähr.**

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden in der Regel besonders kenntlich gemacht (®). Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann jedoch nicht automatisch geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://www.dnb.de> abrufbar.

23 24 25 26 27      5 4 3 2 1

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. In ihren Veröffentlichungen verfolgt die Elsevier GmbH das Ziel, genderneutrale Formulierungen für Personengruppen zu verwenden. Um jedoch den Textfluss nicht zu stören sowie die gestalterische Freiheit nicht einzuschränken, wurden bisweilen Kompromisse eingegangen. Selbstverständlich sind **immer alle Geschlechter** gemeint.



Planung: Regina Papper, München

Projektmanagement und Herstellung: Julia Stängle, München

Redaktion: Dr. Nikola Schmidt, Berlin

Satz: Thomson Digital, Noida/Indien

Druck und Bindung: Drukarnia Dimograf Sp. z o. o., Bielsko-Biała/Polen

Zeichnungen: Stefan Dangl, München unter Vorlage von Marvin Kaiser

Umschlaggestaltung: SpieszDesign, Neu-Ulm

Titelfotografie: © [Colourbox.com](https://www.colourbox.com/), © [AdobeStock.com](https://www.adobe.com/stock/)

Aktuelle Informationen finden Sie im Internet unter [www.elsevier.de](http://www.elsevier.de)

---

# Fehler gefunden?

---

An unsere Inhalte haben wir sehr hohe Ansprüche. Trotz aller Sorgfalt kann es jedoch passieren, dass sich ein Fehler einschleicht oder fachlich-inhaltliche Aktualisierungen notwendig geworden sind.

Sobald ein relevanter Fehler entdeckt wird, stellen wir eine Korrektur zur Verfügung. Mit diesem QR-Code gelingt der schnelle Zugriff.

<https://else4.de/978-3-437-25029-3>

Wir sind dankbar für jeden Hinweis, der uns hilft, dieses Werk zu verbessern. Bitte richten Sie Ihre Anregungen, Lob und Kritik an folgende E-Mail-Adresse: [kundendienst@elsevier.com](mailto:kundendienst@elsevier.com)

---

# Adresse

---

**Marvin Kaiser,** Stabstelle für Pflegeentwicklung/Pflegedirektion  
LVR-Klinik Düren  
Meckerstraße 15  
52353 Düren



# Abkürzungen

---

**BTM** Betäubungsmittel

**BTMG** Betäubungsmittelgesetz

**PsychKG** Psychisch-Kranken-Schutzgesetz

---

# Stichwortverzeichnis

---

## A

Aggressives Verhalten [3](#)

Angst [6](#)

Anorexie [8](#)

Antideliranz [50](#)

Antidementia [50](#)

Antidepressiva [50](#)

Antiparkinsonmittel [50](#)

Antipsychotika [50](#), [52](#)

Anxiolytika [50](#)

## B

Betäubungsmittel [11](#)

Bulimie [8](#)

## D

Deeskalation [14](#)

Delir [17](#)

Delirium tremens [18](#)

Denkstörung [47](#)

Dissoziation [20](#)

## **E**

Entzug [32](#)

Erregungszustände [23](#)

Eskalation [14](#)

Extrapyramidales motorisches Syndrom [51](#)

## **F**

Fixierung [24](#)

Flashbacks [27](#)

## **G**

Gesprächsführung [29](#)

Gewalttätiges Verhalten [3](#)

## **H**

Halluzinationen [47](#)

Hypnotika [50](#)

## **I**

Intoxikation [32](#)

## **K**

Katatonie [61](#)

Krampfanfall

dissoziativer [20](#)  
fokaler [35](#)  
generalisierter [35](#)

## **M**

Manisches Syndrom [38](#)

## **N**

Notfall, psychiatrischer [41](#)

## **P**

Panikattacke [43](#)

Panikstörung [46](#)

Phasenprophylaktika [50](#)

Psychisch-Kranken-Schutzgesetz (PsychKG) [74](#)

Psychopharmaka [50](#)

Psychose [47](#)

Psychostimulanzien [50](#)

Psychotrauma [54](#)

## **S**

Selbstverletzung [56](#)

Stationsversammlung [59](#)

Status epilepticus [37](#)

Stigmatisierung [68](#)

Stupor [61](#)

Stupor, dissoziativer [22](#)

Suchtmittelkontrolle [63](#)

Suizid [70](#)

Suizidalität [65](#)

## **T**

Traumafolgestörung [54](#)

## **U**

Übergabe [73](#)

## **W**

Wahnvorstellung [47](#)

## **Z**

Zwangsmaßnahmen [74](#)



---

# Triggerwarnung

---

In diesem Buch wird der pflegerische Umgang mit psychischen Erkrankungen dargestellt. Hierfür werden auch Themen beschrieben, die psychotraumatische Erfahrungen, Gewalt und Sexualität beinhalten. Die betreffenden Textstellen sind entsprechend gekennzeichnet. Entscheiden Sie selbst, ob Sie diese lesen möchten. Die Beschreibungen richten sich an Fachpersonen und nicht an Betroffene. Wenn Sie unter einer psychischen Störung leiden oder psychisch belastet sind, finden Sie unter der folgenden Internetseite eine Liste mit passenden Hilfsangeboten: <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesund-es-leben/psychewohlbefinden/hilfe-bei-psychischen-problemen-diese-stellen-koennen-sie-sich>

## **Leitsatz**

Patient\*innen in der Psychiatrie sollen wach, angstfrei und orientiert sein, um an der eigenen Behandlung und Genesung aktiv teilnehmen zu können. Eine absolute Symptommfreiheit kann nicht immer erzielt werden. Es geht darum, gemeinsam mit den Patient\*innen individuell tolerable Ziele zu definieren und auf diese hinzuarbeiten.

---

# Wichtige Informationen

---

Bitte die folgende Liste vor Dienstbeginn ausfüllen bzw. sich darüber informieren. Bei Fragen an examinierte Kolleg\*innen oder die Praxisanleitung wenden.

## **Notruf**

Rettungsdienst und Feuerwehr 112

Polizei 110

Giftnotrufzentrale 0228 19240

- Was ist passiert?
- Wo ist es passiert?
- Wie viele Verletzte?
- Welche Verletzung?
- Wer meldet?

## **Wichtige Telefonnummern (allgemein)**

- Lokale Polizeibehörde
  - Tel.:
- Lokales Ordnungsamt
  - Tel.:
- Lokale Obdachlosenunterkunft/Notschlafstätte
  - Tel.:
- Notaufnahmen der umliegenden Krankenhäusern
  - Tel.:

## **Wichtige Telefonnummern (in der Einrichtung)**

- Station
  - Tel.:
  - Fax:
- Pflegerische\*r Vorgesetzte\*r
  - Tel.:
- Vertretung/Hintergrunddienst (pflegerisch)
  - Tel.:
  - Funk:
- Zuständiger Arzt\*in/Stationsarzt\*in
  - Tel.:
  - Funk:
- Vertretung/Hintergrunddienst (Arzt vom Dienst)
  - Tel.:
  - Funk:
- Apotheke
  - Tel.:
  - Fax:
- Vertretung der Apotheke
  - Tel.:
  - Fax:
- Seelsorge
  - Tel.:
- Hausinterner Notruf/Reha-Notruf:
  - Tel.:
  - Funk:
- Hausinterne Krisenstation
  - Tel.:

## **Markante Orte**

- (Elektronische) Krankenakten
  - Ort:
  - Passwort/Zugang:
- Arzneischränk
  - Ort:
  - Zugang/Schlüssel:

- Notfallarznei
  - Ort:
- Notfallsäule/Rucksack
  - Ort:
- Defibrillator (AED – automatisierter externer Defibrillator)
  - Ort:
- Feuerlöscher
  - Ort:
- Brandmeldeanlage
  - Ort:
- Fluchtweg/Evakuierungspunkt
  - Ort:
- Personalnotrufanlage
  - Ort:
- Überwachungszimmer
  - Ort:
- Fixierbett/Gurte
  - Ort:

## **Wissenswertes**

### **Adherence-Therapie**

Mit den Patient\*innen wird gemeinsam ein realistisches Behandlungsziel vereinbart, auf das sie aktiv selbst hinarbeiten können. Weitere Informationen: Dachverband Adherence e. V. (DV Adherence).

### **Assessment**

Checklisten oder Fragebögen zur systematischen Erfassung bestimmter Symptome/Krankheiten. Sie dienen der Risikoeinschätzung und der Maßnahmenplanung:

- NGASR (Nurses Global Assessment of Suicide Risk)-Skala – Suizidalität
- BVC-CH (Brøset-Gewalt-Checkliste) – Risiko zur Gewalttätigkeit

- AESB (Alkohol-Entzug-Score-Bogen) – Bestimmung von Intoxikation und Entzug bei Alkoholabhängigkeit
- COWS (Clinical Opiat Withdrawal Scale) – Bestimmung von Intoxikation und Entzug bei Opiatabhängigkeit
- SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale Revised) – Nachbesprechung von Gewaltereignissen und Zwangsmaßnahmen

### **DBT (Dialektisch-behaviorale Therapie)**

Eine Form der Psychotherapie, in der Verhalten (behavioral) und Denkweisen (dialektisch) bearbeitet werden. Besonders häufig wird sie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung angewendet. Die Patient\*innen soll hierbei Strategien erlernen, um sich nicht weiter zu schädigen.

### **Empowerment**

Die vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen der Patient\*innen sollen gestärkt werden, damit sie fähig werden, mit ihrer Erkrankung umzugehen bzw. die Auswirkungen der Erkrankung zu kompensieren. So soll mit ein selbstbestimmtes und autonomes Leben ermöglicht werden. Weitere Informationen: [www.empowerment.de](http://www.empowerment.de).

### **Expositionstherapie/Konfrontationstherapie**

Eine psychotherapeutische Intervention aus der Verhaltenstherapie. Patient\*innen werden schrittweise mit der angstausslösenden Situation konfrontiert und lernen so, diese auszuhalten/mit dieser umzugehen. Sie wird häufig bei Panik-, Angst- und Zwangsstörungen angewendet.

### **Leitlinien**

Wissenschaftliche Leitlinien legen Standards für eine fachgerechte und auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Behandlung fest. Die Behandlung muss den Vorgaben aus den

Leitlinien entsprechen. In begründeten Einzelfällen darf aber von den Vorgaben abgewichen werden.

### **Recovery-Modell**

Es geht davon aus, dass jede\*r von einer schweren psychischen Erkrankung rehabilitieren (recovern) kann, wenn ihre\*seine persönlichen und individuellen Möglichkeiten berücksichtigt werden. Es steht nicht die Erkrankung im Mittelpunkt, sondern der Weg aus der Erkrankung. Es werden Herausforderungen und Schwächen analysiert und auch Chancen, Stärken und Entwicklungsmöglichkeiten benannt. Es geht nicht um Symptommfreiheit, sondern darum, mit seiner Erkrankung selbstbestimmt zu leben.

Das Recovery-Modell soll

- Hauptsymptome regulieren,
- psychosoziale Bindungen stärken,
- persönliche Leistungsfähigkeit erhöhen.

### **Safewards-Konzept**

Wissenschaftlich gut untersuchtes Konzept zur Vermeidung von Gewalt und Zwang auf psychiatrischen Stationen. Es werden zehn Interventionen vorgestellt und beschrieben, die die Konflikte und Eindämmungsmaßnahmen reduzieren können. Weitere Informationen: [www.safewards.net](http://www.safewards.net).

---

# Verwendete Literatur

---

- Abderhalden C, Needham I, Dassen T et al. Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BMC psychiatry*, 2006; 6(1): 1–9.
- Amberger S. *Psychiatriepflege und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag, 2010.
- Cutcliffe J R, Barker P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2004; 11(4): 393–400.
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin & Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2020). 2021.
- Glasl F. Konfliktmanagement. In: *Konfliktregelung und Friedensstrategien*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011. S. 125–145.
- Löhr M, Schulz M, Nienaber A. *Safewards: Sicherheit durch Beziehung und Milieu*. Psychiatrie Verlag, Imprint BALANCE buch+ medien verlag, 2019.
- Maschke M. S1-Leitlinie: Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir. *DGNeurologie*, 1–11. 2021.
- Messer T, Pajonk F G B, Schmauß M. Die S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie. *Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie*, 2018; 86(12): 742–743.
- Nijman H L, Muris P, Merckelbach HL et al. The staff observation aggression scale – revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior. Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 1999; 25(3): 197–209.
- Oud N. *The perception of prevalence of aggression scale (POPAS) questionnaire*. Amsterdam-Niederlande, 2000.
- Steinert T, Hirsch S. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt*, 2020; 91(7): 611–616.
- Walter G, Nau J, Oud N. *Aggression und Aggressionsmanagement*. Bern: Verlag Hans Huber, 2012. S. 619.
- Weitzdörfer L. „Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale“ als Prädiktor für die Schwere des Alkoholentzugs (Doctoral dissertation, Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky). 2009.
- Wesson D R, Ling W. The clinical opiate withdrawal scale (COWS). *Journal of psychoactive drugs*, 2003; 35(2): 253–259.

---

# 1: Angehörige in der Psychiatrie

---

## Besondere Situation von Angehörigen in der Psychiatrie

- Viele psychiatrische Stationen sind geschlossen/geschützt.
- Behandlungspflege und Unterstützung bei der Körperpflege stehen nicht im Vordergrund einer psychiatrischen Behandlung.
- Angehörige können sich nicht gut in die psychiatrische Pflege mit einbringen.
- Angehörige fühlen sich häufig machtlos und fehl am Platz.
- Angehörige haben wenig Wissen in Bezug auf die psychiatrische Behandlung.
- Psychisch kranke Menschen und deren Angehörige sind einem erhöhtem Stigma ausgesetzt (→ [Kap. 29](#)).

### Kommunikationstipp

In der Regel dürfen Sie Angehörigen keine Auskünfte über Ihre Patient\*innen geben. Die Schweigepflicht verbietet dies auch gegenüber nahstehenden Verwandten.

Sie können Angehörigen aber die Grundzüge Ihrer Behandlung erklären. Außerdem können Sie aufzeigen, wie man am besten mit den Symptomen einer bestimmten psychischen Erkrankung umgeht. Dies vermittelt Sicherheit und hilft den Angehörigen, die Situation besser einschätzen zu können.

- Patient\*innen müssen dem Besuchskontakt zustimmen.
- Angehörige werden auf Wunsch der Patient\*innen in die Behandlung miteinbezogen.



- Entsprechende Räumlichkeiten und feste Besuchszeiten sollten beachtet werden.

Es gibt viele Vereine und Hilfsorganisationen für Angehörige von psychisch kranken Menschen. Verweisen Sie auf regionale oder hausinterne Angebote.

### **Vorsicht**

Auf geschlossenen/geschützten Stationen kann es zu schweren Auseinandersetzungen zwischen Angehörigen und Patient\*innen kommen. Es kann sein, dass Angehörige ebenfalls an einer schweren, psychischen Krankheit leiden. Angehörige unbedingt vor der Station warten lassen, bis alle Modalitäten geklärt sind. Bei Angehörigen haben Sie nicht dieselbe rechtliche Handhabe wie bei Patient\*innen. Angehörige haben weder eine Freiwilligkeitserklärung unterschrieben, noch besteht eine Zwangseinweisung. Sie bekommen wütende und randalierende Angehörige nicht so leicht von Station, wenn eine Situation eskaliert.

- Respektvoll bleiben und Vorgehensweisen erklären
- Im Team absprechen
- Ggf. den Besuchskontakt begleiten
- Wenn nötig, den\*die behandelnde\*n Arzt\*in hinzuziehen

---

## 2: Aggressives und gewalttätiges Verhalten

---

**Def.:** Absicht, jemanden zu schaden bzw. der Umstand, dass sich jemand bedroht oder vernachlässigt fühlt.

- **Aggressives Verhalten:** hat ein Schadensereignis zur Folge oder nimmt dies in Kauf.
- **Gewalttätiges Verhalten:** ausgeprägte Form von aggressivem Verhalten

### Aggressionsarten

- Verbale Übergriffe ohne klare Drohung
- Verbale Übergriffe mit klarer Drohung
- Demütigendes, aggressives Verhalten
- Herausfordernde, aggressive Verhaltensweisen
- Passiv-aggressive Verhaltensweisen
- Aggressive spaltende Verhaltensweisen
- Bedrohliche körperliche Verhaltensweisen
- Zerstörerische Verhaltensweisen
- Mäßige körperliche Gewalt
- Schwere körperliche Gewalt
- Mäßige gegen sich selbst gerichtete Gewalt
- Schwere gegen sich selbst gerichtete Gewalt
- Versuchter Suizid
- Suizid
- Sexuelle Einschüchterung/Belästigung
- Sexueller Übergriff/Vergewaltigung

## Merke

Eine psychiatrische Erkrankung erhöht nicht zwingend die Aggressions- oder Gewaltbereitschaft. Patient\*innen, die unter Alkohol- oder Drogenwirkung stehen, neigen eher zu aggressivem und gewalttätigem Verhalten. Die Frustrationstoleranz ist niedriger, die Wahrnehmung gestört und die Hemmschwelle für Übergriffe reduziert.

## Auswirkung von Aggression und Gewalt

- Patient\*innen und Pflegefachpersonen fühlen sich bedroht.
- Der Genesungsverlauf des Patient\*innen verzögert sich.
- Pflegefachpersonen werden von ihrer allgemeinen pflegerischen Tätigkeit abgehalten.
- Pflegefachpersonen können verletzt und arbeitsunfähig werden.
- Drohender psychiatrischer Notfall (→ [Kap. 16](#))
- Deeskalationsmaßnahmen müssen angewendet werden (→ [Kap. 6](#))
- Zwangsmaßnahmen häufen sich (→ [Kap. 29](#)).
- Die Psychotherapie kann nicht ungestört stattfinden.

## Prävention von Aggression und Gewalt

- **Primär:**
  - Gewaltpräventionskonzepte
  - Stationsmilieu/Räumlichkeiten anpassen:
    - Hell und freundlich
    - Aufgeräumt
    - Keine gefährlichen Gegenstände
  - Schulung der Mitarbeitenden
  - Vereinfachung der Arbeitsprozesse
- **Sekundär:** Deeskalationsmaßnahmen anwenden (→ [Kap. 6](#))

- **Tertiär:** zur Vermeidung weitere Ereignisse Gewalt und Zwangsmaßnahmen nachbesprechen und, wenn nötig, psychologische Unterstützung anbieten

### **Vorsicht**

Der Eigenschutz geht immer vor! Rufen Sie Kolleg\*innen zur Unterstützung oder bitten Sie einen erfahrenen Kollegen oder eine erfahrene Kollegin, die Deeskalationsmaßnahmen zu übernehmen (→ [Kap. 6](#)). Bei schweren Konflikten und bei starker Gewalttätigkeit kann die Polizei hinzugezogen werden. Bitten Sie um Amtshilfe (→ [Wichtige Informationen in der Titelei des Buches](#)).

## 3: Angst

---

**Def.:** Wahrnehmung von Gefahr oder Bedrohung einer Person. Man unterscheidet zwischen „normaler“ und „pathologischer“ Angst. Die pathologische Angst ist eine unangemessene und anhaltende Angstreaktion, die Patient\*innen nicht mit einer realen Gefahr erklären können bzw. die nicht selbst bewältigbar ist und den Alltag einschränkt. Angst geht mit einer Vielzahl an körperlichen, kognitiven und psychischen Symptomen einher.

### Woran erkennt man sie?

- Katastrophisierende Gedanken und Wahrnehmungsverzerrungen
- Ziel- und planloses Verhalten
- Schreckhaft, unruhig und erregt
- Starker Bewegungsdrang
- Anweisungen kann nur bedingt Folge geleistet werden.
- Bei starker Angst: Hyperventilieren, aufgerissene Augen, weinerlich (→ [Kap. 17](#))

### Vorsicht

Plötzliche, starke Angst kann in eine Panikattacke übergehen (→ [Kap. 17](#)). Starke Angst kann auch die Versorgung von Patient\*innen in Notfallsituationen beeinträchtigen, z. B. Schreien, Schlagen, Weglaufen oder Herausreißen von Infusionen oder Verbänden.

## Angstauslösende Situationen

- Geschlossene Stationen
- Neue aggressive/gewalttätige Mitpatient\*innen (→ [Kap. 2](#))
- Alarm- oder Notarzteinsätze auf Station
- Unbekannte Pflegefachpersonen oder Besucher\*innen
- Neue, furchteinflößende Diagnosen
- Fehlende oder schlechte Nachrichten von zu Hause:  
Schicksalsschläge, z.B. Todesfall in der Familie
- Wirkung und Nebenwirkungen von Medikamenten
- Verschiedene individuelle Trigger sind je nach Vorgeschichte möglich (z.B. Angst vor Hunden, engen Räumen oder extremer Höhe).

## Angstreduzierende Maßnahmen

- Den Patient\*innen die Station zeigen und Fragen beantworten:
  - „Haben Sie noch Fragen oder kommen Sie zurecht?“
  - „Benötigen Sie noch etwas?“
- Sich mit Namen und Berufsbezeichnung vorstellen und Aufklärungsmaterial anbieten, z. B. Stationsbeschreibung aushändigen und Namensschild tragen
- Beruhigende Gesprächsführung (unter vier Augen):
  - „Sie sind hier im Krankenhaus und in Sicherheit.“
  - „Diese Maßnahmen dienen Ihrer Sicherheit bzw. sollen dabei helfen, dass es Ihnen besser geht“
- Lärm und Stress vermeiden zur Reizabschirmung
- Entspannungsmethoden und Skills zur Beruhigung anbieten:
  - Aromatherapie
  - Handschmeichler/Stressbälle
  - Hörspiele/Musik
  - Meditationsübungen/Achtsamkeitsübungen anleiten/zeigen
  - Spaziergänge

- Bei anhaltender, pathologischer Angst Psychopharmaka anbieten, z. B. Diazepam oder Lorazepam (→ [Kap. 19](#))

---

## 4: Anorexie und Bulimie

---

**Def.:** Die Anorexia nervosa (ugs. Magersucht) ist eine schwere Essstörung, die unbehandelt zum Tod führen kann. Sie liegt vor ab einem BMI < 17,5, wenn keine somatische Ursache besteht. Die Patient\*innen führen durch die Reduzierung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ein starkes Kaloriendefizit herbei. Häufig bestehen noch andere Krankheiten (Komorbidität). Wenn zusätzlich die aufgenommene Nahrung erbrochen wird, spricht man von einer Bulimie.

### Woran erkennt man sie?

- Sehr niedriges Körpergewicht:
  - Eingefallene Gesichtszüge und Augenringe
  - Deutlich sichtbare Klavikula
- Reduzierung der Nahrungs- und Flüssigkeitsmenge:
  - Mahlzeiten werden versteckt oder es wird lange mit dem Essen gespielt, bis man es wegschmeißt.
  - Es wird nur flüssige Nahrung zu sich genommen, z. B. Brühe oder Protein-Shakes.
  - Einnahme von Abführmitteln, Diuretika oder Appetithemmern
- Veränderter Körpergeruch (säuerlich) und veränderter Zahnstatus (fleckig oder gelblich) aufgrund des Nährstoffmangels bei schweren Verläufen
- Weite, dicke Kleidung, wegen des Kältegefühls oder, um das niedrige Körpergewicht zu kaschieren

Merke



Patient\*innen haben starke Angst vor der Gewichtszunahme oder vor einer Veränderung ihres Körpers. Durch die Mangelernährung verändert sich deren Hirnstruktur und es kommt zu kognitiven (auf das Denken bezogenen) Veränderungen. Der Tod wird in Kauf genommen, aber es liegt keine direkte Suizidalität vor (→ [Kap. 25](#)).

### Fallbeispiel

Eine junge Frau wartet mit dem Essen immer, bis alle Mitpatient\*innen gegessen haben und dem Speiseraum verlassen, damit sie unauffällig die Mahlzeit im Müll entsorgen kann. Gegen das Hungergefühl isst sie Taschentücher, die sie zuvor in Kakao getränkt hat. Ihr BMI ist bei unter 16. Die Patientin ist stark traumatisiert, weil sie im jungen Erwachsenenalter vergewaltigt worden ist. Sie gibt an, dass sie keine weiblichen Rundungen haben will, damit sie für einen potenziellen Vergewaltiger nicht als Frau erkennbar ist/nicht sexuell attraktiv ist.

Bei schweren Verläufen kommt es durch den langanhaltenden Nährstoffmangel häufig zu somatischen Auffälligkeiten:

- Bradykardie und Auffälligkeiten im EKG
- Osteoporose
- Leberfunktionsstörungen
- Nierenstörungen (durch den Gebrauch von Laxanzien und Diuretika)
- Auffälligkeiten im Labor (Hypokaliämie, Hyponatriämie, Hypoglykämie)

### Pflegerisches Handeln

..

- Überwachung und Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Organfunktionen: regelmäßige Vitalzeichenkontrolle und Laborkontrollen
- Tragfähige Beziehung aufbauen
- Überwachung der Kalorienzufuhr/Ein- und Ausfuhr-Bilanz
- Mahlzeiten begleiten:
  - Auf Strategien zur Vermeidung der Kalorienzufuhr achten
  - Mahlzeiten stressfrei gestalten
- Ggf. Infusionstherapie oder hochkalorische Zusatznahrung anbieten
- Gezielte Krankenbeobachtung:
  - Körperliche Veränderungen?
  - Häufig viele geöffnete, aber nicht gegessene Nahrungsmittelpackungen im Patientenzimmer?
- Verlegung in eine Fachklinik bzw. einen spezialisierten Krankenhausbereich

---

## 5: Betäubungsmittel

---

**Def.:** Stoffe oder Wirkstoffgruppen, die eine stark abhängigkeitsmachende Wirkung haben und bei Einnahme eine unmittelbare oder mittelbare Gefährdung der Gesundheit darstellen. Betäubungsmittel (BTM) werden im Betäubungsmittelgesetz (BTMG) festgehalten. In der Regel sind dies Opiate, die zur Schmerzbehandlung und Sedierung eingesetzt werden, aber auch Medikamente zur Entzugsbehandlung von Opiaten (→ [Tab. 5.1](#)).

**Tab. 5.1** Gängige BTM-Medikamente in der Psychiatrie

BTM-Medikamente	Anmerkungen
<ul style="list-style-type: none"><li>• Methadon</li><li>• Levomethadon (z. B. Polamidon®)</li></ul> <p><b>Antidot (Gegengift):</b> Naloxon</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zur Substitutionsbehandlung (ambulante Vergabe von Drogen-Ersatzstoffen)</li><li>• Bei bestehender Opiatabhängigkeit</li><li>• Leicht sedierende Wirkung</li><li>• Flüssige oder feste orale Applikation</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Buprenorphin (z. B. Subutex®)</li></ul> <p><b>Antidot (Gegengift):</b> Doxapram</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zur Substitutionsbehandlung bei bestehender Opiatabhängigkeit</li><li>• Weniger sedierende Wirkung</li><li>• Orale oder sublinguale Applikation</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Methylphenidat (z. B. Ritalin®)</li><li>• Methylphenidathydrochlorid (z. B. Medikinet®)</li></ul> <p><b>Antidot (Gegengift):</b> keins</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zur Behandlung von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung</li><li>• Erhöht Konzentration und Aufmerksamkeit</li></ul>

BTM-Medikamente	Anmerkungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oxycodon</li> </ul> <b>Antidot (Gegengift):</b> Naloxon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Starkes Schmerzmittel</li> <li>• Atemdepression bei Überdosis</li> <li>• Hohes Abhängigkeitspotenzial</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morphin</li> </ul> <b>Antidot (Gegengift):</b> Naloxon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Starkes Schmerzmittel</li> <li>• Atemdepression bei Überdosis</li> <li>• Hohes Abhängigkeitspotenzial</li> </ul>

### Lagerung und Dokumentation

BTM-Medikamente müssen außerhalb der Reichweite von Patient\*innen aufbewahrt werden, d.h. in einem:

- abschließbaren Raum,
- abschließbaren Schrank,
- abschließbaren Safe.

Folgende Angaben sind bei einer Verabreichung einer BTM-Arznei festzuhalten:

- Name und Dosis des Betäubungsmittels
- Datum
- Name und Geburtsdatum der Patient\*innen
- Bestand vor der Vergabe
- Neuer Bestand nach Vergabe
- Name der Pflegefachperson, die die Vergabe durchführt
- Name des Arztes bzw. der Ärztin, der das BTM angesetzt hat

Die Einrichtungen haben teilweise strenge und einheitliche Vorgaben, zur Verabreichung von Betäubungsmitteln. Informieren Sie sich im Vorfeld.

### **Illegale Betäubungsmittel**

Eshandelt sich um alle Suchtstoffe, die nicht zur medikamentösen Behandlung verwendet werden (→ [Tab. 5.2](#)).

**Tab. 5.2** In der Psychiatrie gängige, illegale Betäubungsmittel

Name	Wirkung	Szenename
Kokain	Stark stimulierend	Koks, Weiß, weißes Pulver
Heroin	Euphorisierend (starke Glücksgefühle) und betäubend	Schore, Braun, Braunes, Dope, Eight
Marihuana/Cannabis	Berauschend	Gras, Shit, Ganja, THC
Amphetamine	Stimulierend	PEP, Schnelles
LSD und Ecstasy	Halluzinogen	Pillen, Teile, 2C-B

### **Missbrauch bei Fachpersonen**

Durch den vereinfachten Zugang zu diesen Arzneimitteln besteht auch bei Fachpersonen eine hohe Missbrauchsgefahr. Teilweise dealen Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mit diesen Medikamenten, was eine Straftat und einen Kündigungsgrund darstellt. Bei psychisch belasteten Pflegefachpersonen können Betäubungsmittel für einen Suizid verwendet werden (→ [Kap. 27](#)).

## 6: Deeskalation

**Def.:** Maßnahmen, die aggressives und gewalttätiges Verhalten (→ [Kap. 2](#)) sowie Zwangsmaßnahmen (→ [Kap. 29](#)) verhindern sollen. Konflikte eskalieren stufenweise, sodass an vielen Stellen interveniert werden kann (→ [Tab. 6.1](#)).

**Tab. 6.1** Interventionsmaßnahmen bei unterschiedlichen Konfliktstufen

	Konfliktverhalten	Beziehung zwischen Patient*in und Pflegefachperson	Interventionsmaßnahmen
Stufe 1	Streit und Meinungsverschiedenheit kommen auf	Patient*in und Pflegefachperson sind gleichwertig (Win-win-Situation)	Gespräch bestärken und weiterführen
Stufe 2	Aufkommende Drohungen und beginnendes Abwehrverhalten	Machtgefälle zwischen Patient*in und Pflegefachperson verschiebt sich (Win-lose-Situation)	Die Situation lenken und Druck rausnehmen, Kompromisse finden
Stufe 3	Angriff oder Flucht	Patient*in und Pflegefachperson sind beide machtlos (Lose-lose-Situation)	Für Sicherheit sorgen

### Mögliche Auslöser für Konflikte

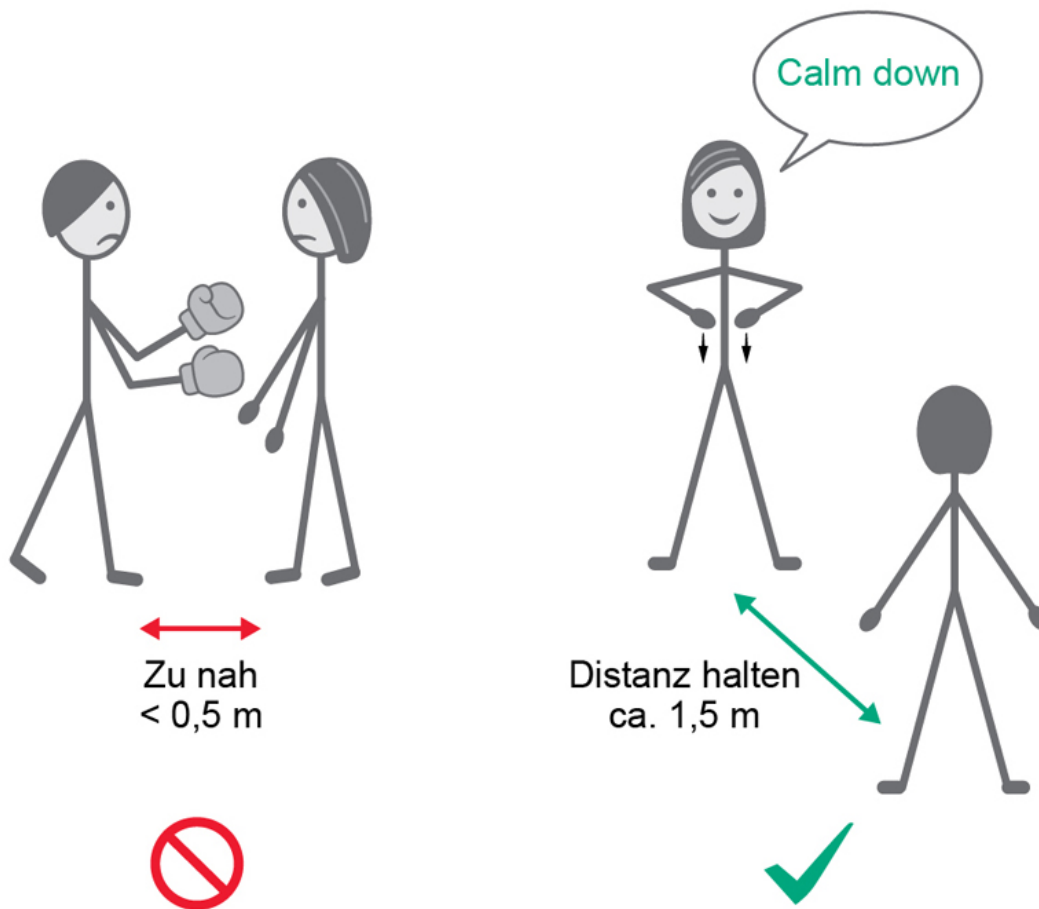
- Abgelehnter Ausgang
- (Verweigerte) Medikamenteneinnahme
- Bestätigte Zwangsunterbringung
- Streit innerhalb der Patientengruppe (z. B. wenn Tabak geklaut wurde)
- Unabgesprochene Arzneiveränderung
- Unruhige/aggressive Neuaufnahmen
- Gestresstes Personal, das nicht ansprechbar ist

- Schlechte Nachrichten von zu Hause

### **Gewaltfreie Kommunikation/deeskalierendes Arbeiten (→ [Abb. 6.1](#))**

- Passen Sie Ihre Lautstärke, Ihre Wortwahl und Ihr Verhalten an die der Patient\*innen an:
  - Wenn die Patient\*innen leise sprechen, sprechen Sie leise.
  - Wenn die Patient\*innen laut sprechen, sprechen Sie laut (aber nicht lauter als die Patient\*innen).
  - Wenn die Patient\*innen sich distanziert ausdrücken, drücken Sie sich distanziert aus.
  - Wenn die Patient\*innen stark emotional sprechen, nutzen Sie emotionale Worte/Metaphern.
  - Wenn die Patient\*innen auf und ab gehen, gehen Sie mit auf und ab.
  - Wenn die Patient\*innen sitzen, setzen Sie sich.
- Beschreiben Sie, was Sie wahrnehmen: „Ich habe mitbekommen, dass Sie einen Streit hatten/ich sehe, dass Sie sich aufregen.“
- Beschreiben Sie, was Sie fühlen/welches Bedürfnis Sie haben: „Das macht mir Sorge/ich würde Ihnen gerne helfen.“
- Formulieren Sie einen Wunsch oder eine Bitte:
  - „Ich wünsche mir von Ihnen, dass Sie die Mitpatienten in Ruhe lassen/dass Sie aufhören, die Einrichtung zu beschädigen.“
  - „Bitte folgen Sie mir in einen anderen Raum/bitte nehmen Sie Rücksicht auf Ihre Mitpatienten.“
- Lassen Sie in kritischen Situationen die Patient\*innen vorgehen/gehen Sie nicht alleine mit den Patient\*innen in einen Raum ohne zweiten Ausgang.





**Abb. 6.1** Deeskalierende Maßnahmen

### Vorsicht

Der Eigenschutz geht immer vor. Rufen Sie Kolleg\*innen zur Unterstützung oder bitten Sie erfahrene Kolleg\*innen, die Deeskalationsmaßnahmen zu übernehmen. Bei schweren Konflikten und bei starker Gewalttätigkeit kann die Polizei hinzugezogen werden (→ [Kap. 2](#)). Bitten Sie um Amtshilfe (→ [Wichtige Informationen in der Titelseite des Buches](#)).

### Dokumentationstipp

Dokumentieren Sie, wenn bekannt, den Auslöser des Konflikts. Beschreiben Sie ausführlich, wie sich der Konflikt gezeigt hat und welche Maßnahmen für die

Deeskalation geholfen haben. Das hilft, sich auf weitere Konflikte vorzubereiten bzw. diese in Zukunft frühzeitig zu erkennen.

---

# 7: Delir

---

**Def.:** Störungen der Aufmerksamkeit und Bewusstseinsstörungen sowie ggf. zusätzliche kognitive Defizite in Folge einer (hirn)organischen Erkrankung (keine psychiatrische Ursache). Ein Delir kann zu einem lebensbedrohlichen, akuten medizinischen Notfall werden.

- **Hyperaktives Delir:** gesteigerte motorische Unruhe, ungeduldiges, eventuell aggressives Verhalten
- **Hypoaktives Delir:** motorische und kognitive Verlangsamung, reduzierte Aktivität und Antriebslosigkeit

## Woran erkennt man es?

- Nesteln an der Kleidung oder Bettwäsche
- Führen bizarre Handlungen durch, z.B.:
  - Versuchen, ihre Socken zu essen
  - Experimentieren mit elektrischen Gegenständen rum
  - Tragen Kleidung falsch
- Reagieren inadäquat auf äußere Reize, z.B.:
  - Lachen, obwohl der Sachinhalt nicht witzig war
  - Reagieren, obwohl sie eindeutig nicht angesprochen worden sind
- Motorische Unruhe/leicht reizbar
- Halluzinationen: z.B. Würmer, Käfer oder weiße Mäuse auf der Haut/Bettdecke
- Sind im Gespräch stark beeinflussbar:
  - „Greifen Sie mal den Faden.“ Die Pflegefachperson tut so, als würde sie einen Faden in der Luft halten. Der

- Patient greift nach dem imaginären Faden
- „Lesen Sie mir mal diesen Text vor.“ Die Pflegefachperson überreicht ein leeres DinA4-Blatt. Die Patientin liest einen nicht vorhandenen Text vor.

## Ursachen

- Fieberhafte Infekte
- Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts
- Erkrankungen des zentralen Nervensystems (z.B. Parkinson, Epilepsie, Demenz, Hirnhautentzündung)
- Alkohol und andere Drogen
- Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes mellitus)
- Tumore
- Operationen
- Bestimmte Medikamente (z. B. Benzodiazepine, Opiate, anticholinerge Substanzen/Unterdrückung des Parasympathikus, Kortikosteroide, Antikonvulsiva)

## Delirum tremens

**Def.:** potenziell lebensbedrohliche akute Folge des chronischen Alkoholismus bzw. des Entzugs mit psychotischer und neurovegetativer Symptomatik (→ [Kap. 13](#)).

- Schwere Herz- und Lungenfunktionsstörung und Hyperthermie sind möglich.
- Ausgeprägte optische und taktile Halluzinationen (→ [Kap. 18](#))
- Starke Paranoia und andere Wahnvorstellungen
- Starker Tremor

## Maßnahmen beim Delir

- Absetzen der delirauslösenden Medikation/Behandlung der Ursache

- Engmaschige Vitalzeichen-Kontrolle (unbedingt auch die Atmung und Temperatur kontrollieren):
  - Bei stabilen Vitalzeichen Behandlung auf einer Normalstation möglich
  - Bei instabilen Vitalzeichen in einen Intensivbereich verlegen
- Sicherstellen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr: Elektrolytverschiebungen ausgleichen
- Kontinuierliche Bezugsperson sicherstellen (1:1-Betreuung)
- Einbezug von Angehörigen zur Orientierung möglich (→ [Kap. 1](#))
- Bei geriatrischen Patienten Melperon oder Pipamperon (→ [Kap. 19](#))
- Bei Delirum tremens: Distraneurin, Benzodiazepin + Haloperidol (→ [Kap. 19](#))
- Bei starker Eigen- oder Fremdgefährdung kann eine Fixierung notwendig werden (→ [Kap. 29](#)).

### Merke

Stark verwirrte Patient\*innen nehmen häufig keine orale Medikation ein oder spucken diese wieder aus. Eine i. v.- oder i. m.-Gabe kann notwendig sein, muss aber ärztlich angeordnet werden.

## Delir-Propylaxe

- Ruhige, gut beleuchtete Umgebung
- Tagsüber aktivierende Maßnahmen durchführen
- Reizüberflutung (durch Licht- und Lärmeinwirkung) vermeiden
- Reizdeprivation (Immobilität, „kognitiver Leerlauf“, fehlende Reorientierungsmaßnahmen) vermeiden
- Nachts schlaffördernde Maßnahmen durchführen
- Übersedierung vermeiden
- Ggf. adäquates Schmerzmanagement

- Zeitliche Reorientierung/Uhr/Kalender/Seh- und Hörhilfen

---

## 8: Dissoziation

---

**Def.:** Störung des Bewusstseins, des Gedächtnisses und des Körpers. Außerdem ist die Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt sowie der Identität verändert. Dissoziation kann als stressbedingte Reaktion auf eine plötzliche oder langanhaltende Stressphase verstanden werden. In der Vergangenheit kam es häufig zu psychotraumatischen Ereignissen (→ [Kap. 19](#)). Der Zustand kann, wenn er nicht unterbrochen wird, mehrere Stunden dauern.

### Woran erkennt man sie?

- Patient\*innen sitzen regungslos da und reagieren nicht/verzögert auf Ansprache.
- Patient\*innen wirken gedanklich abwesend.
- Blick geht ins Leere.
- Patient\*innen äußern, sich „komisch“ zu fühlen bzw. „neben sich zu stehen“.
- Vitalzeichen bleiben stabil.
- Normaler Muskeltonus, aufrechte Haltung und Atmung sind erhalten.

### Dissoziative Krampfanfälle

**Def.:** plötzliche krampfartige Bewegungen, die an einen epileptischen Anfall erinnern. Ohne fundierte neurologische Kenntnisse ist ein dissoziativer Krampfanfall für Pflegefachpersonen nur schwer von einem generalisierten epileptischen Anfall zu unterscheiden. In der Regel sind bei einem dissoziativem Krampfanfall die Augen geschlossen und die Pupillen nicht verdreht/hochgerollt.

## Pflegerisches Handeln

- Unbedingt den behandelnden Arzt oder einen Neurologen hinzuziehen
- Bis zum Eintreffen des Arztes gilt das pflegerische Vorgehen wie bei einem Krampfanfall (→ [Kap. 14](#)).
- Wenn möglich/wenn gewünscht, die Hand auf den Arm oder die Schultern des Patienten oder der Patientin legen: Greifen Sie die Hände am besten überkreuz, weil das Gleichgewichtsorgan dann irritiert wird und sich nicht mehr auf die Dissoziation konzentriert, sondern auf die gekreuzten Hände.
- Irritieren Sie den Patienten oder die Patientin, indem Sie ihn oder sie duzen.
- Zu einem Gedankenspiel anleiten, damit sich die Patient\*innen wieder auf das Hier und Jetzt konzentrieren:
  - „Nennen Sie mir fünf Dinge in diesem Raum, die Sie sehen.“
  - „Nennen Sie mir vier Dinge, die Sie hören.“

### Kommunikationstipp

Patient\*innen können häufig noch hören und sind gleichzeitig stark verängstigt und desorientiert. Kommentieren Sie alle Ihre Handlungen und kündigen Sie Berührungen an. Zum Beispiel:

- „Ich räume zu Ihrer Sicherheit alle (gefährlichen) Gegenstände beiseite.“
- „Ich berühre Sie am Arm/ich fühle Ihren Puls, um zu überprüfen, welche Hilfe Sie benötigen.“

### Dissoziativer Stupor

**Def.:** schwere und langanhaltende Form der Dissoziation. Die genannten pflegerischen Maßnahmen sind nicht wirksam. Der



Betroffene kann in dieser Situation nicht eigenständig für seine Sicherheit sorgen.

### **Pflegerisches Handeln**

- Unbeteiligte wegschicken
- Umgebung sichern
- Plötzliche Bewegungen und laute Geräusche vermeiden
- Behandelnden Arzt hinzuziehen und weitere Anordnungen abwarten

### **Dokumentationstipp**

Dokumentieren Sie Ort, Dauer und mögliche Auslöser für die Dissoziation. Beschreiben Sie, wie sich die Störung gezeigt hat und welche Maßnahmen geholfen haben, um den dissoziativen Zustand zu lösen.

## 9: Erregungszustände

**Def.:** Phase der inneren Anspannung mit Steigerung des Antriebs und der Motorik.

### Woran erkennt man sie?

1. **Phase der Gespanntheit oder Prodromalphase:** Die Patient\*innen wirken angespannt und misstrauisch, sind nur bedingt kooperationsbereit, teilweise bedrohlich.
2. **Phase verbaler Aggression:** Neben der Unruhe kommt es jetzt zu aggressiven Äußerungen. Die Patient\*innen reagieren nicht mehr adäquat auf Ansprache.
3. **Phase motorischer Aggression:** Die Patient\*innen zerstören Gegenstände oder verhalten sich klar bedrohlich gegenüber anderen.
4. **Erregungsturm:** völlig unkontrollierte und ungezügelte Gewalttätigkeit (→ [Kap. 2](#))

### Vorsicht

Bei einem plötzlichen Erregungsturm ohne die Vorphasen spricht man von einem Raptus/raptursartigen Erregungszustand, der mit einer starken Eigen- und Fremdgefährdung einhergeht. Gegebenenfalls sind Zwangsmaßnahmen nötig (→ [Kap. 29](#)).

Starke Erregungszustände können bei jeder psychischen Krankheit auftreten. Ein höheres Risiko besteht bei: Psychosen, Manien,

Panikattacken, Flashbacks, Intoxikationen (Alkohol, Drogen), Entzug psychotroper Substanzen (mit/ohne Delir), Demenz und Intelligenzminderung.

### **Dokumentationstipp**

---

Dokumentieren Sie Ort, Dauer und mögliche Auslöser für Erregungszustände. Beschreiben Sie außerdem, welche Maßnahmen sie eingeleitet haben und ob diese wirksam waren.

---

# 10: Fixierung

---

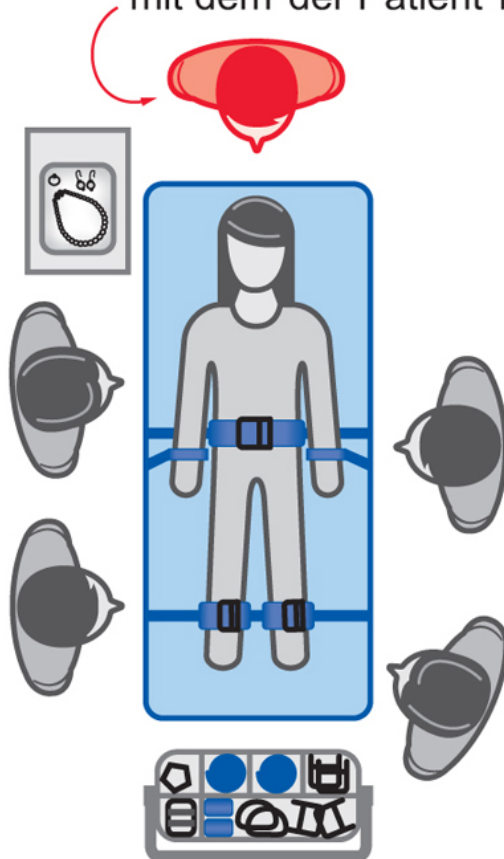
**Def.:** mechanische oder pharmakologische Bewegungseinschränkung gegen den natürlichen Willen der Patient\*innen. Eine Fixierung liegt vor, wenn die Patient\*innen eine Behinderung der Bewegungsfreiheit nicht mit zumutbaren Mitteln überwinden können. Zur mechanischen Fixierung wird am häufigsten ein Bett oder ein Stuhl mit entsprechenden Fixierungsgurten verwendet.

## Durchführung einer mechanischen Fixierung am Bett

- Es liegt eine akute Gefahrensituation bei Eigen- und Fremdgefährdung vor und Deeskalationsversuche sind gescheitert.
- Maßnahmen zur Vermeidung der Fixierung wurden ohne Erfolg durchgeführt.
- Eine Fixierung bedarf einer ärztlichen Anordnung (→ [Kap. 29](#)).
- Eine ausreichende Anzahl von qualifizierten Pflegefachperson hinzuziehen
- Die verantwortliche Pflegefachperson weist die hinzugezogenen Pflegefachpersonen in ihre Aufgaben ein.
- Die Patient\*innen werden im nötigen Umfang über Grund und Notwendigkeit der Maßnahme informiert.
- Bei fehlender Kooperation wird der\*die Patient\*in entsprechend der Anordnung fixiert.
- Jede Pflegefachperson übernimmt einen Arm/ein Bein des\*der Patient\*in. Eine Pflegefachperson stützt den Kopf und spricht mit dem\*der Patient\*in (→ [Abb. 10.1](#)).

- Richterliche Anhörung innerhalb von 24 Std. (→ [Kap. 29](#))
- Hausinterne Standards berücksichtigen

Verantwortliche Pflegefachperson  
delegiert die Arbeit und spricht  
mit dem\*der Patient\*in



**Abb. 10.1** Fixierung

### Vorsicht

Eine Fixierung birgt sowohl für das Personal als auch für die Patient\*innen ein hohes Verletzungsrisiko. Dies gilt besonders, wenn die Fixierung unkoordiniert erfolgt oder wenn die

Patient\*innen bewaffnet sind und/oder Gegenwehr leisten. Wenn die Verletzungsgefahr zu hoch ist, muss die zuständige Polizeibehörde hinzugezogen und um Amtshilfe gebeten werden. Verletzungen, die sich das Pflegefachpersonal während einer Fixierung zuzieht, gelten als Dienstunfall und sind entsprechend zu erfassen und zu behandeln.

## **Pflegerische Versorgung von fixierten Patient\*innen**

- Vitalzeichen überwachen und stabilisieren (ggf. pflegerisch handeln bei Erbrechen, Schmerzen oder Atemnot)
- Grundbedürfnisse stillen, z. B. Hunger, Durst, Wärme/Kälte, Toilettengang oder Nikotinentzug. Wenn die Grundbedürfnisse nicht erfüllt werden, kann dies dem Aspekt einer unterlassenen Hilfeleistung oder fahrlässigen Körperverletzung entsprechen und die Patient\*innen können Schadensersatzforderungen an die Einrichtung stellen.
- Beruhigend einwirken und/oder reizarme Umgebung schaffen. Gegebenenfalls die Pflegefachperson austauschen, um weitere Eskalation zu vermeiden.
- Bedarfsarznei anbieten (→ [Kap. 19](#))
- Beschäftigungsmöglichkeit bieten/als Ansprechpartner zur Verfügung stehen
- Regelmäßig Fixierungsgurte auf Druckstellen oder Verletzungen kontrollieren
- Die Notwendigkeit einer Fixierung ständig überprüfen. Wenn keine Eigen- oder Fremdgefährdung besteht, muss die Fixierung gelöst werden.

## **Dokumentationstipp**

Berufen Sie sich bei der Dokumentation auf die ärztliche Anordnung und das PsychKG. Beschreiben Sie die eingeleiteten Maßnahmen und vermeiden Sie persönliche Deutungen oder

Urteile. Bieten Sie bedarfsgerecht Pflegemaßnahmen zur Befriedigung der Grundbedürfnisse an und dokumentieren Sie auch, wenn Patient\*innen diese ablehnen. Die meisten Einrichtungen haben einen Intensivüberwachungsstandard für fixierte Patient\*innen festgelegt und dokumentieren alle 15 Min. den Betreuungsaufwand und die Krankenbeobachtung für die fixierten Patient\*innen. Informieren Sie sich im Vorfeld.

---

# 11: Flashbacks

---

**Def.:** plötzliches Erinnern an ein traumatisches Ereignis. Flashbacks werden häufig durch äußere Reize (Trigger), wie Gerüche oder Gehörtes oder Beobachtetes, ausgelöst. Patient\*innen erleben das traumatische Ereignis leibhaftig nochmal und sind in der Regel stark angespannt oder verängstigt (→ [Kap. 20](#)). Flashbacks kommen häufig bei der Posttraumatischen Belastungsstörung vor, aber auch bei der Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ vor.

## Woran erkennt man sie?

- Patient\*innen äußern plötzliche Angst/Panik.
- Patient\*innen blicken wild umher und zeigen motorische Unruhe (aktivierter Fluchtinstinkt).
- Patient\*innen sichern sich gegen Angriffe ab:
  - Verstecken sich in Zimmerecken
  - Kauern sich hinter Möbeln zusammen
  - Abwehrverhalten, z.B. um sich schlagen oder treten, ist möglich.
- Patient\*innen verkennen teilweise die Umgebung und die anwesenden Personen.
- Starkes Schwitzen und erhöhte Vitalparameter
- Häufig während Stationsausgängen oder Gruppenveranstaltungen (erhöhter Stress)

## Pflegerisches Handeln

- Unbeteiligte wegschicken und für eine ruhige Umgebung sorgen/zusätzliche oder plötzliche Geräusche dringend minimieren



- Beruhigend ansprechen und Orientierung bieten:
  - „Es ist alles gut, Sie sind in Sicherheit.“
  - „Sie befinden sich in einem Krankenhaus, ich bin Ihre zuständige Pflegefachperson.“
  - „Versuchen Sie, langsam zu atmen (Atemübung anleiten).“
  - „Erzählen Sie mir, was Sie gerade erleben.“
- Irritieren Sie den\*die Patient\*in, indem Sie ihn\*sie duzen.
- Versuchen Sie mit den Patient\*innen ein paar Schritte zu gehen, damit sie ihrem Bewegungsdrang gerecht werden.
- Schwere oder anhaltende Flashbacks können mit Benzodiazepinen (z. B. Lorazepam) unterbrochen werden (→ [Kap. 19](#)).

### Fallbeispiel

Soldaten, die im Kriegseinsatz waren, können durch plötzliches Runterdrücken einer Türklinke getriggert werden und einen Flashback bekommen. Das metallische Klicken der Tür erinnert an das Durchladen einer Schusswaffe, was erfolgt, bevor es zu einer kämpferischen Auseinandersetzung kommt.

---

# 12: Gespräche führen

---

- **Alltagsgespräch:** Es wird über einfache Tagesabläufe gesprochen/informiert oder Smalltalk betrieben.
- **Deeskalationsgespräch:** Ein Konflikt oder ein Streit muss geklärt werden (→ [Kap. 6](#)).
- **Beratungsgespräch:** Es werden fachliche Informationen zu einem gesundheitsrelevantem Thema vermittelt.
- **Therapiegespräch:** Psychotherapeutische Themen werden besprochen (→ [Kap. 19](#)).

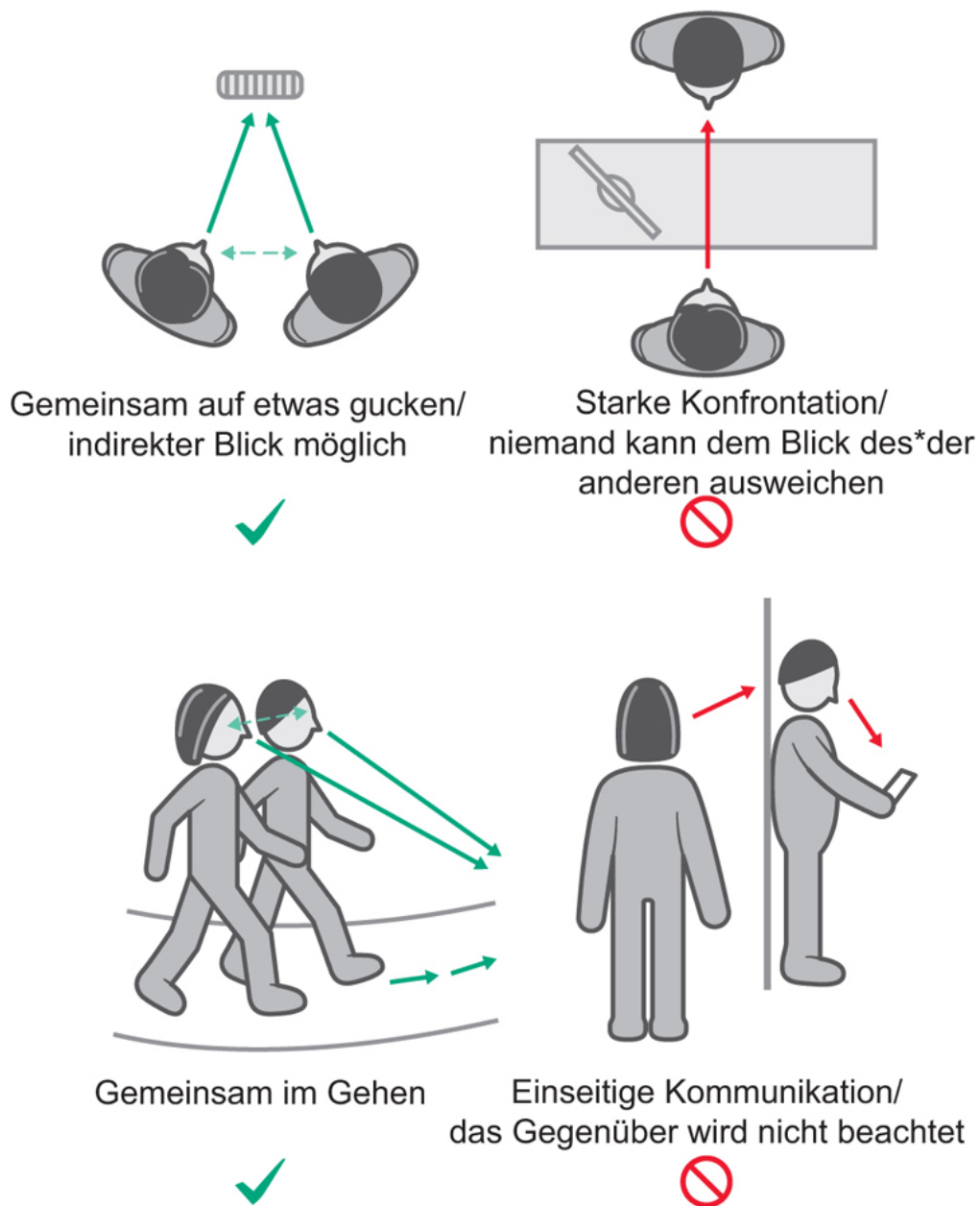
## Wie geht das eigentlich?

- **Wertschätzung:** Vermitteln Sie, dass der\*die Patient\*in als Mensch genau so wertvoll ist wie Sie.
  - Geben Sie den Patient\*innen verschiedene Wahlmöglichkeiten, wo und wann sie das Gespräch führen möchten.
  - Gehen Sie nicht davon aus, dass Sie besser wissen, was die Patient\*innen brauchen oder was sie erlebt haben. Fragen Sie respektvoll nach.
- **Empathie:** Versuchen Sie, das Gesagte zu verstehen, und versetzen Sie sich in die Lage der Patient\*innen:
  - Wenn Sie nicht in einer ähnlichen Situation waren wie der\*die Patient\*in, können Sie nicht zu hundert Prozent nachvollziehen, was ihm\*ihr passiert ist.
  - „Es ergibt für mich Sinn, was Sie sagen.“
  - „Aus Ihrer Sicht kann ich das nachvollziehen.“
- **Kongruenz:** Seien Sie echt und authentisch:
  - Passen Sie Ihren Sprachstil an die Situation an.

- Sagen Sie, wenn Sie überlastet oder gestresst sind.
- Wenn Sie ähnliche Situationen kennen, erwähnen Sie dies, ohne ausführlich zu erzählen:
  - „Ja, sowas ist mir auch mal passiert vor Jahren.“
  - „Ich kenne auch eine Person, der so etwas passiert ist.“
  - „Ich versuche in solchen Situationen immer folgende Punkte zu berücksichtigen.“

### **Gesprächstechnik (→ Abb. 12.1)**

- Aktiv zuhören: leicht nicken, leichte Mimik zeigen, spontanen Blickkontakt aufbauen
- Zum Weiterreden animieren:
  - „Und dann?“
  - „Wie kann ich mir das vorstellen?“
  - „Ist noch etwas passiert?“
  - Spiegeln
- Paraphrasieren: das Gesagte in eigenen Worten wiederholen:
  - „Also haben Sie das im Grunde so und so geregelt?“
  - „Sie meinen also Folgendes?“
- Spiegeln: die Wirkung des Gesagten oder die Wirkung des Verhaltens auf andere ansprechen
  - „Wenn ich Ihnen zuhöre, kann ich Ihnen nur schwer folgen.“
  - „Wenn andere Ihr Verhalten beobachten, dann verstehen die das nicht.“



**Abb. 12.1** Gesprächsführung

Merke

Viele Patient\*innen verwickeln Pflegefachpersonen in der Anfangsphase häufig in Alltagsgespräche. Der Zweck ist nicht immer klar – oft dient dies dem Vertrauensaufbau und dem Kennenlernen des Pflegefachpersonals. Deeskalations-, Beratungs- oder Therapiegespräche sind meist erst möglich, wenn ausreichend Vertrauen zwischen Patient\*innen und Pflegefachpersonen aufgebaut worden ist.

# 13: Intoxikation und Entzug

---

## **Intoxikation**

**Def.:** schädliche Wirkung eines Giftes oder Suchtstoffes (→ [Kap. 5](#)).

## **Woran erkennt man sie?**

Je nach Suchtstoff unterschiedlich. Allgemeine Veränderungen können sein:

- Veränderte Pupillenreaktion:
  - Je nach Suchtstoff unterschiedlich/stark abweichend vom Normalzustand
  - Häufig ein glasiger Blick
- Veränderte Stimmungslage:
  - Hoch euphorisch bis aggressiv
  - Depressiv oder panisch
- Verändertes Gangbild:
  - Skurriler Gang/Körperhaltung/Gestik
  - Sturzgefahr
- Veränderte Vitalzeichen:
  - Starke Schwankungen in den Vitalzeichen
  - Vermehrtes Schwitzen
  - Schlafstörung
  - Veränderter Appetit
  - Tremor oder Katatonie (→ [Kap. 23](#))
- Verändertes Verhalten:
  - Häufig distanzgemindert
  - Patient\*innen kommen sehr nahe, berühren das Gegenüber ungefragt.

- Patient\*innen diskutieren/verhandeln um Suchtstoffe oder zusätzliche Arznei.
- Erregungszustände (→ [Kap. 9](#))
- Geruch nach Alkohol oder anderen Suchtstoffen

## Entzug

**Def.:** körperliche und psychische Begleiterscheinung nach Absetzen eines Suchtstoffes bei bestehender Abhängigkeit.

- **Kalter Entzug:**
  - Der Suchtstoff wird plötzlich und ohne medikamentöse Unterstützung komplett abgesetzt.
  - Besonders schwere Entzugszeichen möglich
  - Gefahr von Krampfanfällen, Delirum tremens und lebensbedrohlichen Vitalzeichenkomplikationen
- **Warmer Entzug:**
  - (Schrittweises) kontrolliertes Absetzen des Suchtstoffes unter medizinischer Begleitung und medikamentöser Unterstützung
  - Milde Entzugszeichen über eine begrenzte Dauer
  - Die Gefahr von Komplikationen wird reduziert.

## Woran erkennt man ihn?

Je nach Suchtstoff leichte Unterschiede möglich:

- Starkes Schwitzen
- Übelkeit Erbrechen
- Zittern der Hände
- Zittern der Pupille
- Kopfschmerzen
- Ganzkörpererschmerzen
- Allgemeines Unwohlsein und Schwächegefühl
- Temperaturanstieg
- Blutdruckanstieg
- Angst (→ [Kap. 3](#))

- Patient\*innen diskutieren/verhandeln um Suchtstoffe oder zusätzliche Arzneistoffgabe.

### Merke

Generell kann jeder Suchtstoff eine schwere und behandlungsbedürftige Intoxikation auslösen. Der Entzug von Alkohol und Heroin geht immer mit starken körperlichen Symptomen einher und sollte dringend stationär erfolgen. Cannabis, Amphetamine oder andere Partydrogen machen keine behandlungsbedürftigen Entzugssymptome.

## Pflegerisches Handeln

- Suchstoffeinnahme unterbrechen/kontrolliert absetzen
- Vitalparameter sicherstellen und überwachen
- Bei Verschlechterung in einen intensivmedizinischen Bereich verlegen
- Delir und Krampfprophylaxe durchführen (→ [Kap. 7](#))
- Regelmäßige Arzneieinnahme nach Schema sicherstellen (→ [Kap. 19](#))
- Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sicherstellen
- Ggf. bei der Körperpflege unterstützen (nicht in der Akutphase)

## Dokumentationstipp

Erfassen Sie Form und Intensität der Intoxikations- oder Entzugszeichen. Nutzen Sie hierfür, wenn möglich, standardisierte Erhebungsbögen. Beschreiben Sie die nötigen und durchgeführten Pflegemaßnahmen. Erwähnen Sie auch durchgeführte Prophylaxen.



---

# 14: Krampfanfall

---

**Def.:** zeitweise Hirnfunktionsstörung, die sich häufig durch plötzliche/anfallsartige Muskelkrämpfe oder Verlust des Bewusstseins zeigt. Auslöser für den Krampfanfall ist eine plötzliche elektrische Entladung im Gehirn. Mögliche Ursachen können sein:

- Mechanische oder entzündliche Erkrankungen des Gehirns
- Anfallsleiden, z. B. Epilepsie
- Drogenkonsum
- Entzug von Alkohol oder Benzodiazepinen bei bestehender Abhängigkeit

Krampfanfälle können bei bestehender Disposition durch Stress, Schlafmangel und plötzliche Reize (Lichtblitze, Lärm) ausgelöst oder verstärkt werden.

## **Woran erkennt man ihn?**

### **Fokale Krampfanfälle**

Nur ein Teil des Gehirns ist betroffen und die neurologischen Symptome sind häufig auf einzelne Funktionen beschränkt.

- Starren oder Augenzittern
- Kauen oder unwillkürliches Zucken im Gesicht
- Hände, Arme und Beine bewegen sich unwillkürlich und ziellos.

Die meisten fokalen Anfälle lösen sich nach 1–2 Min. von selbst. Fokale Anfälle müssen meistens nur kurz pflegerisch begleitet werden.

## Generalisierte Krampfanfälle

Das ganze Gehirn ist betroffen und die Patient\*innen leiden unter umfassenden neurologischen Ausfällen, zum Beispiel:

- Starke Muskelkrämpfe und Zuckungen im ganzen Körper
- Stürze
- Zusammenbeißen der Zähne
- Biss auf die Zunge
- Speichelfluss oder Schaum vor dem Mund
- Verlust der Kontrolle über Blase und/oder Darm
- Verlust des Bewusstseins
- Augen sind verdreht/aufgerollt.

### Vorsicht

Bei einer Entgiftung von Alkohol oder Benzodiazepinen kommt es besonders häufig zu generalisierten Krampfanfällen. Bei einer chronischen Alkoholabhängigkeit können Krampfanfälle schon ab einem Promillewert von unter 1 auftreten. Bei einer Entgiftung von Benzodiazepinen treten die Krampfanfälle später auf, in der Regel 4–7 Tage nach der letzten Einnahme. Die prophylaktische Gabe von Antikonvulsiva ist unbedingt notwendig.

## Pflegerisches Handeln

- Die Umgebung sichern und den Kopf stützen
- Unbeteiligte wegschicken
- Initiale Gabe von Benzodiazepinen (z. B. Lorazepam oder Diazepam) zur frühzeitigen Unterbrechung des Krampfanfalls
- Auf Verletzungen (z. B. Prellungen oder Biss auf die Zunge) prüfen

Nach einem generalisierten Krampfanfall sind Patient\*innen häufig sehr müde und noch kurzzeitig desorientiert.

- Hilfestellung beim Kleidungswechsel oder der Körperpflege anbieten (wenn die Patient\*innen eingenässt oder sich beschmutzt haben)
- Lärm und Stress vermeiden
- Bettruhe ermöglichen

### **Dokumentationstipp**

Dokumentieren Sie, wenn möglich, die genaue Dauer des Krampfanfalls und alle aufgetretenen Symptome. Gehen Sie besonders auf die Art der Muskelkrämpfe und die Pupillenreaktion ein. Dokumentieren Sie auch, wie lange der\*die Patient\*in gebraucht hat, um das vollständige Bewusstsein wiederzuerlangen. Diese Angaben helfen später dem\*der Stationsarzt\*in bei der Differenzialdiagnostik.

### **Status epilepticus**

**Def.:** jeder epileptische Anfall, der länger als 5 Min. anhält (oder  $\geq 2$  aufeinanderfolgende Anfälle über einen Zeitraum von mehr als 5 Min.).

### **Vorsicht**

Je nach Disposition geht ein Status epilepticus mit einer erhöhten Mortalität einher und ist immer ein neurologischer Notfall. Unbedingt Rettungsdienst und Notarzt hinzuziehen.

Erstmaßnahmen bei drohendem/bestehendem Status epilepticus

- Wenn möglich, frühzeitig einen Venenverweilkatheter legen
- Weitere (erhöhte) Benzodiazepingabe

- Vitalparameter überprüfen
- Auf eine intensivmedizinische Station verlegen

### Merke

Das Schlucken ist durch den anhaltenden Krampfanfall erschwert. Intravenöse (i. v.) und intramuskulöse (i.m.) Injektionen sind durch die krampfende Muskulatur nur schwer möglich. Eine rektale oder nasale Gabe der Benzodiazepine ist einfacher und sicherer.

---

# 15: Manisches Syndrom

---

**Def.:** psychische Störung, bei der die Gefühlswelt, das Gefühlserleben und die Gefühlsäußerung gestört sind. Eine über dem durchschnittlich normalen Niveau vorhandenes Hochgefühl und gesteigertes Selbstwertgefühl. Dauer während der Behandlung in der Regel Tage bis wenige Wochen. Relevante Krankheitsbilder sind die Manie, bipolare Störungen und Intoxikation mit Suchtstoffen (→ [Kap. 13](#)).

## Woran erkennt man es?

- Gesteigerte Leistungsfähigkeit, energiegeladen und euphorisch:
  - Häufig knallen Türen auf und zu.
  - Dinge werden angefangen aber nicht beendet.
  - Patient\*innen laufen getrieben über die Station.
  - Patient\*innen machen viel Sport.
  - Patient\*innen sprechen und lachen sehr laut.
  - Mehrfacher Kleidungswechsel über den Tag
- Distanzlosigkeit:
  - Patient\*innen streben nach Aufmerksamkeit.
  - Patient\*innen mischen sich ungefragt in Gespräche ein.
  - Läppisches bis herausforderndes Verhalten möglich
  - Häufig sexuell enthemmt/gesteigert
- Plötzliche Müdigkeit/Erschöpfung:
  - Patient\*innen schlafen nachmittags mehrere Stunden/nachts nur wenig.
  - Patient\*innen powern sich so weit aus, dass sie Alltagsdingen nicht mehr nachkommen.

- Aktivitäten mit möglicherweise nachteiligen Konsequenzen:
  - Patient\*innen schließen Verträge ab, die sie sich nicht leisten können.
  - Patient\*innen lösen unnötige Streits innerhalb der Patientengruppe oder der Familie aus.
  - Patient\*innen zeigen ein Risikoverhalten (schnelles Autofahren, Aufsuchen von gefährlichen Orten).

### Merke

Die meisten Patient\*innen leiden unter ihrem manischen Schub. Sie schämen sich dafür, dass sie das Personal und die Mitpatient\*innen stören und nicht unauffällig und ruhig sein können. Gleichzeitig verbrauchen sie sehr viel Energie, weswegen sie den einfachsten Alltagsdingen, wie Haushalt oder Körperpflege, nicht immer nachkommen können, was ebenfalls Schuldgefühle und Scham auslöst. Auf eine manische Phase folgt häufig eine depressive Phase.

## Pflegerisches Handeln

- Bewegungsfreiraum geben:
  - Wenn möglich, Stationstür öffnen oder Zugang in den Garten/Hof ermöglichen
  - Nachtruhe für, wenn möglich, aufheben/großzügig gestalten
- Aus der Distanz begleiten/beobachten
- Skurriles Verhalten tolerieren, solange es zu keiner Eigen- und Fremdaggression kommt
- Großzügig begrenzen, wenn nötig (→ [Kap. 9](#)):
  - „Mir fällt auf, dass Sie aufgeregt sind/unter Strom stehen. Ich Sorge mich um Sie. Bitte verlegen Sie Ihre Aktivitäten auf Ihr Zimmer/in den Sportraum/ins Gelände.“

- „Ich merke, dass es Ihnen nicht gut geht. Leider kann ich nicht arbeiten, wenn Sie mich häufig unterbrechen/wenn Sie laut poltern. Gerne nehme ich mir heute Nachmittag Zeit für Sie.“
- Bedarfsarznei in Rücksprache mit dem\*der Arzt\*in anbieten: Viele Patient\*innen leiden unter sedierender Bedarfsarznei mehr, weil sie innerlich weiterhin getrieben sind und dem Druck nicht nachkommen können.

### Vorsicht

Ein übersteigertes Selbstwertgefühl kann mit starker Selbstüberschätzung und wahnhafter Verkennung bis zum Größenwahn einhergehen. Im Notfall ist eine Krankheitseinsicht nicht zu erwarten, sodass therapeutische Maßnahmen in der Regel abgelehnt werden. Rechtsgrundlage muss eventuell angepasst werden. Wenn manische mit depressiven Phasen wechseln, besteht eine erhöhte Suizidgefahr (→ [Kap. 27](#)).

### Kommunikationstipp

Manische Patient\*innen, die sich in Behandlung befinden, wissen, dass sie manisch sind. Sie wünschen sich, dass dieser Zustand aufhört. Eine Ausnahme stellt die Anfangsphase dar, wenn sich eine Manie langsam aufbaut (auch als Hypomanie oder Submanie bezeichnet). Kommunizieren Sie vorurteilsfrei und setzen Sie gleichzeitig Ihre persönlichen Grenzen. Verwenden Sie kurze und klare Sätze:

- „Ich kann Ihnen leider nicht folgen.“
- „Mich überfordert das Gespräch mit Ihnen.“
- „Kann ich etwas tun, damit es Ihnen besser geht?“
- „Was wünschen Sie sich von mir?“

Die meisten Patient\*innen passen ihr Verhalten kurzfristig an und nehmen Rücksicht auf ihr Gegenüber, wenn dieses offen und respektvoll kommuniziert. Sie müssen das in der Hochphase der Manie sehr häufig und mehrmals am Tag tun.



# 16: Notfall, psychiatrischer

---

**Def.:** eine Situation, in der das akute Auftreten oder das Wiederauftreten einer bestehenden psychiatrischen Erkrankung zu einer unmittelbaren Eigen- oder Fremdgefährdung führt.

- **Absoluter, psychiatrischer Notfall:**
  - Erfolgreicher Suizidversuch
  - Konkrete Suizidabsichten oder -vorbereitungen
  - Starke Erregungszustände
  - Aggressivität/Gewalttätigkeit im Rahmen psychischer Erkrankungen
  - Fremdtötungsabsichten im Rahmen psychischer Erkrankungen
  - Schwere Intoxikation
  - Delir
- **Relativer psychiatrischer Notfall:**
  - Verwirrtheit
  - Entzugssyndrom ohne Delir
  - Suizidalität ohne konkrete Absichten
  - Angst und Panikattacke
  - Akute Belastungsreaktion

## Vorsicht

Bei einem absoluten psychiatrischen Notfall müssen unverzüglich Sicherungsmaßnahmen ergriffen und ein\*e Arzt\*in hinzugezogen werden. Gegebenenfalls müssen Zwangsmaßnahmen eingeleitet werden (→ [Kap. 29](#)).

## Einschätzung des psychiatrischen Notfalls

- Vitale Gefährdung einschätzen
- Eigen- oder Fremdgefährdung beurteilen
- Somatische oder psychiatrische Behandlungsnotwendigkeit prüfen

Zur differenzierten Einschätzung können neben der Krankenbeobachtung verschiedene Assessments angewendet werden:

- Broset-Violence-Checkliste: zur Einschätzung des Risikos von gewalttätigen Übergriffen
- NGASR-Skala und SSF II: zur Einschätzung des Suizidrisikos

### Merke

Unter Einhaltung der Urheberrechte können die Assessments im Internet gesucht und in der Arbeit mit Patient\*innen angewendet werden.

---

# 17: Panikattacke

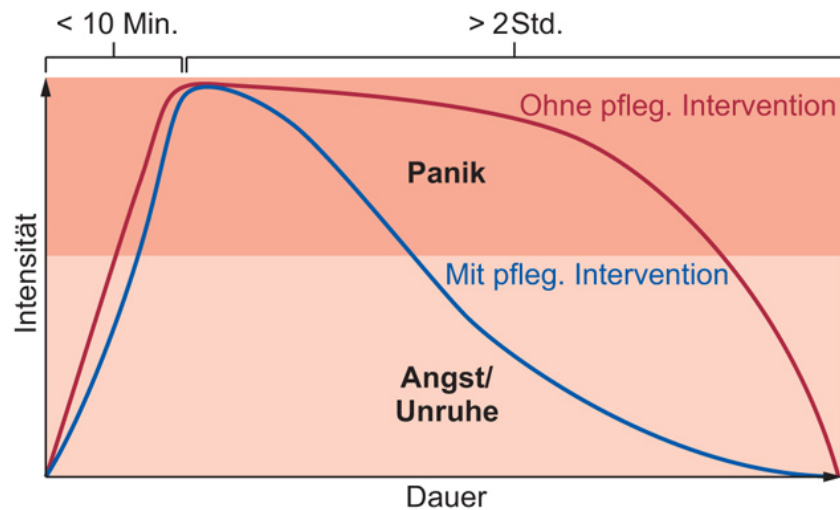
---

**Def.:** plötzliche starke Angst, oder Furcht mit körperlichen und emotionalen Begleitsymptomen. Häufig tritt sie bei einer Angststörung auf, seltener bei anderen psychischen Erkrankungen, z. B. PTBS, Depression. Doppeldiagnosen sind möglich. Manche Panikattacken treten in Folge einer bestimmten, stressigen Situation auf.

## Woran erkennt man sie?

- Brustenge
- Angst zu ersticken
- Schwindel
- Übelkeit
- Angst zu sterben
- Derealisierungserleben (→ [Kap. 8](#))
- Schwitzen
- Zittern
- Panischer Blick

Die meisten Panikattacken erreichen nach 2–10 Min. ihren Höhepunkt und sinken dann (teilweise sehr) langsam ab (→ [Abb. 17.1](#)).



**Abb. 17.1** Angst und Panik

## Pflegerisches Handeln

### 1. Situation sichern:

- Wenn möglich, Unbeteiligte wegschicken und Umgebung sichern
- Ggf. Vertrauensperson hinzuziehen
- Den\*die Patient\*in beruhigend und langsam ansprechen
- „Ich bin Ihre Pflegekraft. Es ist alles gut, Sie sind bei mir in Sicherheit.“

### 2. Der Panik/Angst Raum geben:

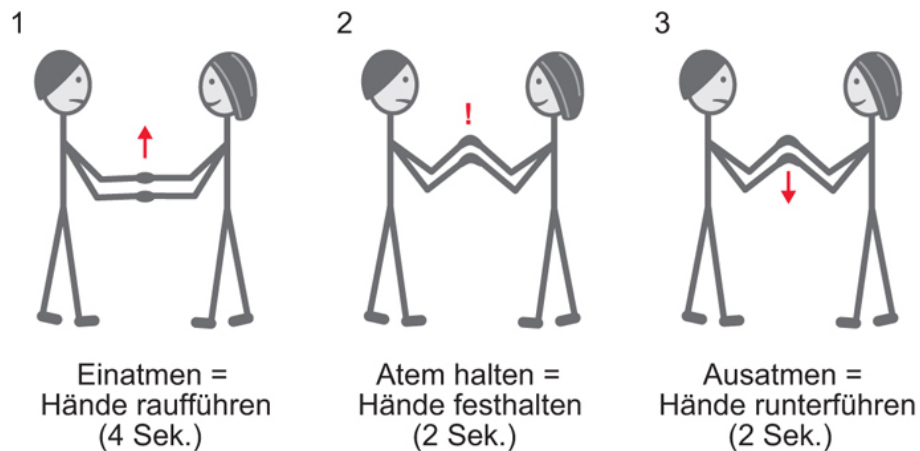
- „Es ist okay, lassen Sie es raus!“
- „Atmen Sie, es ist okay.“
- Versuchen Sie, ein paar Schritte/in einen anderen Raum zu gehen
- Möglichkeit geben, sich an einer Wand anzulehnen oder zu setzen

### 3. Beruhigen:

- Eine Hand reichen oder beruhigend auf die Schulter legen
- In Beutel atmen lassen, wenn Patient\*in hyperventiliert.  
In den Beutel atmen hat in diesem Fall keine spezifische, physiologische Wirkung. Patient\*innen kennen jedoch diese Handlung häufig und es tritt eine starke, validierende Wirkung ein, weil Patient\*innen ernst genommen und von der Angst abgelenkt werden.
- Wärme beruhigt immer: Der N. vagus wird aktiviert.  
Decke um die Schulter legen, Schultern reiben, Tee/Heißgetränk anbieten.
- Leiten Sie eine Atemübung an, atmen Sie langsam vor (→ [Abb. 17.2](#)).

#### 4. Nachbetreuung:

- Patient\*innen haben häufig Todesangst und viele körperliche Beschwerden. Bieten Sie eine Vitalzeichenkontrolle an.
- Erklären Sie, dass die Panikattacke eine psychische Reaktion auf einen Stressor ist und nicht zum Tod oder zu anderen Organstörungen führen kann.
- Bei anhaltender Panikattacke, Gabe von Benzodiazepinen z. B. Lorazepam (→ [Kap. 19](#))



**Abb. 17.2** Atemübung

### Vorsicht

Wenn Sie versuchen, Patient\*innen zu beruhigen, können sich diese davon zusätzlich bedroht fühlen. Gehen Sie langsam vor und kommentieren Sie all Ihre Handlungen. Drängen Sie den\*die Patient\*in niemals in eine Ecke oder einen geschlossenen Raum. Wenn Sie ihm\*ihr eine Hand reichen, drückt er\*sie diese aus Angst vielleicht sehr fest und lässt Sie kurzzeitig nicht los. Bereiten Sie sich darauf vor.

### Dokumentationstipp

Halten Sie Ort und Dauer der Panikattacke fest. Notieren Sie mögliche auslösende Faktoren und welche Maßnahmen geholfen haben, die Panikattacke zu beenden.

### Panikstörung

Wenn der Betroffene Angst vor weiteren Panikattacken hat und sein Verhalten ändert, um potenziell panikauslösende Situationen zu vermeiden. Er fährt z. B. nicht mehr mit der Bahn oder vermeidet kritische Gespräche auf der Arbeit oder innerhalb der Familie. Panikattacken müssen nachbesprochen werden und in die psychotherapeutische Behandlung integriert werden, weil sonst eine Verschlimmerung der Symptomatik droht.

---

# 18: Psychose

---

**Def.:** verzerrte Realität der Betroffenen, die sich vor allem in Denkstörungen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen zeigt. Zusätzlich kann es zu Veränderungen des Affekts und des Antriebs kommen. Die relevantesten Erkrankungen im Zusammenhang mit der Psychose sind die Schizophrenie (F.20.-) oder die drogeninduzierte Psychose.

**Woran erkennt man sie?**

→ [Tab. 18.1](#)



### Tab. 18.1 Merkmale von Psychosen

Denkstörung	Das Denken wird langsamer oder schneller, die Gedanken reißen im Kopf ab oder springen von Thema zu Thema.
Wahnvorstellung	Die Patient*innen fühlen sich verfolgt oder beobachtet (z. B. durch einen Geheimdienst oder eine übergeordnete Macht).
Halluzination	<ul style="list-style-type: none"><li>• Optisch: Sehen von nicht realen Gestalten, Figuren oder Farben; z. B. Zwerge, die aus den Steckdosen kriechen oder weiße Riesenkäfer, die über die Bettdecke krabbeln</li><li>• Akustisch: Hören von nicht realen Stimmen oder Geräuschen; z. B. Stimme von Gott oder Flüstern in der Wand</li><li>• Olfaktorisch: Riechen oder Schmecken von nicht realen Stoffen; z. B. Verwesungsgeruch oder Geruch von Feuer</li><li>• Taktil: Gefühl, berührt zu werden; z. B. gewürgt oder geschlagen zu werden bzw. Kribbeln oder Brennen auf der Haut</li></ul> <p>Dies ist eine grobe Unterteilung. In der Diagnostik können Ärzt*innen und Psycholog*innen noch feinere Unterteilungen vornehmen und verschiedene Unterkategorien bestimmen.</p>

### Entstehung einer Psychose

Es existiert eine Vielzahl an Erklärungsansätzen für die Entstehung einer Psychose. Neben den neurologischen Erklärungsansätzen kann die Psychose am ehesten als Überlastungsreaktion auf ein

psychotraumatisches Ereignis oder als Reaktion auf eine langanhaltende Stressphase verstanden werden. Die neugeschaffene Realität innerhalb der Psychose ist für die Patient\*innen besser auszuhalten oder besser zu kontrollieren als die eigentliche Realität. Die Einnahme von Drogen kann bei einer entsprechenden Disposition die Entstehung einer Psychose begünstigen.

## **Pflegerischer Umgang bei einer Psychose**

- Die Psychose als Teil einer psychischen Erkrankung anerkennen
- In der Akutphase nicht auf das mögliche psychotraumatische Ereignis ansprechen
- Skurrielles Verhalten, das innerhalb einer Psychose auftritt und das Pflegefachpersonen nicht nachvollziehen können, ist meistens eine Stressreaktion der Patient\*innen und sollte so lange wie möglich toleriert werden (außer bei Eigen- und Fremdgefährdung).
- Mindestens einmal pro Schicht Kontakt zu Patient\*innen aufnehmen und die Ausprägung der Psychose erfassen. Bei respektvollem Nachfragen in vertrauter Umgebung beschreiben die meisten Patient\*innen ihre psychotischen Symptome ehrlich und ausführlich.
- Kurze und präzise Aussagen treffen
- Zur regelmäßigen Arzneieinnahme motivieren und auf Nebenwirkungen der Medikation achten
- Gesunden Schlaf fördern und eine reizarme Umgebung schaffen

## **Dokumentationstipp**

Bei der Krankenbeobachtung und Dokumentation pro Schicht auf die möglichen Symptome der Psychose und den pflegerischen Betreuungsaufwand achten:

- Welche Symptome treten wie intensiv und wie oft auf?

- Wie oft und auf welche Weise muss eine Pflegefachperson intervenieren?

### Merke

Menschen mit einer Psychose erleben die Realität anders als die Pflegefachperson. An sie gestellte Erwartungen können nicht zu hundert Prozent erfüllt werden, weil ein Mensch in der Psychose anders denkt und fühlt als die Pflegefachperson. Eine vollständige Compliance ist nicht nur unrealistisch, sondern auch vollständig an den Bedürfnissen der Patient\*innen vorbei.

### **Pflegerische Arbeit mit Stimmen hören**

In Rahmen einer Psychose kann es zu akustischen Halluzinationen, wie Stimmen hören, kommen. Um die Entstehung der Stimmen und die Auswirkungen auf den Alltag zu erfassen, kann die Pflegefachperson ein Interview mit den Patient\*innen führen. Ziel ist es, Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Folgender Fragebogen ist in der psychiatrischen Praxis etabliert:

- Maastrischer Fragebogen: Interview mit einer Person, die Stimmen hört. Der Fragebogen kann unter Einhaltung der Urheberrechte im Internet gesucht werden und in der Arbeit mit Patient\*innen angewendet werden.



# 19: Psychopharmaka

---

**Def.:** Medikamente, die zur Behandlung von psychischen Erkrankungen verwendet werden. Die neuronalen Abläufe im Gehirn werden verändert, wodurch sich die psychische Verfassung verändert. Diese stellen einen wichtigen Baustein in der Behandlung von psychisch kranken Menschen dar.  
→ [Tab. 19.1](#)

**Tab. 19.1** Psychopharmaka

Medikament	Wirkung
Antidepressiva	Stimmungsaufhellend oder antriebssteigernd
Antideliranz	Alkoholentzug und Delirium tremens (durch Alkoholentzug ausgelöste Psychose)
Antidementia	Bei altersbedingten-degenerativen Erkrankungen (Abnutzung oder Verschleiß von Organgewebe) und Demenz
Antiparkinsonmittel	Beeinflusst die neuronale Aktivität bei Parkinsonerkrankungen
Antipsychotika (Neuroleptika) <ul style="list-style-type: none"><li>• Hochpotent/stark antipsychotisch, wenig sedierend</li><li>• Niederpotent/wenig antipsychotisch, stark sedierend</li><li>• Atypisch: mittlere Wirkungsstärke, wenige Nebenwirkungen</li></ul>	Zur Behandlung von Halluzinationen und Wahn, Reduzierung von starker Unruhe
Anxiolytika	Angst- und spannungslösende Wirkung
Hypnotika/Schlafmittel	Schlafanstoßend und schlaffördernd
Phasenprophylaktika	Stimmungsstabilisierend bei affektiven Störungen
Psychostimulanzien	Aufmerksamkeitssteigernd

### Nebenwirkungen

Jedes Psychopharmakon hat eigene Nebenwirkungen, die man dem Beipackzettel entnehmen kann. Generelle Nebenwirkungen:

- Physische und psychische Abhängigkeit
- Toleranzentwicklung
- Schlafstörungen
- Wechselwirkung mit anderen Arzneistoffen
- Wirkungen auf Herz, Leber und Niere
- Atemdepression (bei Überdosis)

Typische Nebenwirkungen bei verschiedenen Antipsychotika sind:

- Gesteigerter oder verringerter Appetit
- Gewichtszunahme oder Gewichtsverlust
- Erhöhter Speichelfluss
- Früh- oder Spätdyskinesien (Störung des physiologischen Bewegungsablaufs)
- Potenzstörungen
- Gedächtnisstörung
- Schwankende Wachsamkeit/Einschränkung der Fahrtauglichkeit

Das An- oder Absetzen von Psychopharmaka erfolgt meistens innerhalb einer stationären Behandlung.

### **Extrapyramidales motorisches Syndrom**

Bei der Behandlung mit Psychopharmaka kann es zu einer extrapyramidalen Störung (EPMS) kommen. Es handelt sich hierbei um neurologische Ausfälle. Häufige Anzeichen für EPMS:

- Gestörtes Gangbild: Patient\*innen neigen sich beim Gehen stark zur Seite oder überstrecken den Rücken.
- Zungen- und Schlundkrämpfe: Patient\*innen strecken oder rollen unwillkürlich ihre Zunge raus.
- Rigor: Die Muskeln verkrampfen und die Bewegung wirkt wie ein hakendes Zahnrad.

Bei atypischen Antipsychotika sind EPMS deutlich seltener.

Nach Arzttrucksprache und mit Einwilligung der Patient\*innen kann das Psychopharmakon bei leichten EPMS weiter gegeben werden. Benperiden/Akiniton kann unterstützend gegeben werden. Akiniton kann auch als Erstmaßnahme eingesetzt werden, um EPMS entgegenzuwirken.

**Vorsicht**

EPMS können in ein malignes neuroleptisches Syndrom (für den gesamten Organismus bedrohliche, neurologische Störungen) übergehen. Dies ist ein neurologischer Notfall. Der Verlauf ist sehr schnell und geht mit schweren lebensbedrohlichen Komplikationen einher.

- Antipsychotikagabe unterbrechen
- Stationsarzt hinzuziehen
- Ggf. lebenserhaltende Maßnahmen einleiten
- Auf Intensivstation verlegen

**Tab. 19.2** Gängige Antipsychotika in der Akutbehandlung

Präparat	Indikation	Vorsicht
Diazepam (z. B. Valium®, Psychopax®) Benzodiazepin	Bei Angst, Unruhe, Entzugszeichen und zur Unterbrechung von Krampfanfällen	Kann abhängig machen, bei Überdosierung: atemdepressiv
Haldoperidol (z. B. Haldol®) Hochpotentes Antipsychotikum	Bei akuten, psychotischen Symptomen	Häufig EPMS
Lorazepam (z. B. Tavor®) Benzodiazepin	Bei starker Angst und Panikattacken	Längere Einnahme: starkes Abhängigkeitspotenzial
Levopromazin (z. B. Neurocil®) Niederpotentes Antipsychotikum	Bei starker motorischen Unruhe	Stark sedierend mit Nebenwirkungen, wie Einnässen oder Sturzgefahr
Chlorprothixen (z. B. Truxal®) Niederpotentes Antipsychotikum	Bei innerer Unruhe und Schlafstörungen	Alpträume und Kreislaufbeschwerden (Blutdruckabfall)
Risperidon (z. B. Risperdal®) Atypisches Antipsychotikum	Zur Behandlung von psychotischen Erkrankungen und zur leichten Beruhigung	Schlafstörungen, Kopfschmerzen
Quetiapin (z. B. Seroquel®) Atypisches Antipsychotikum	Zur Behandlung von psychotischen Erkrankungen und zur leichten Beruhigung	Benommenheit, Schwindel
Biperiden (z. B. Akineton®) Anticholinergika	Zur Behandlung oder Vorbeugung von EPMS	Gefahr von Medikamentenmissbrauch, durch stimmungsaufhellende Wirkung



Präparat	Indikation	Vorsicht
Natriumvalporat/ Valproinsäure (z. B. Ergenyl®) Phasenprophylaktika	Vorbeugend gegen Krampfanfälle und stimmungsstabilisierend bei Manie oder bipolarer Störung	Blutbildverschiebungen (Thrombozytopenie und veränderte Blutgerinnung)
Clozapin (z. B. Leponex®) Hochpotentes Antipsychotikum	Zur Behandlung von psychotischen Erkrankungen	EKG-Veränderungen (Sinustachykardie und Veränderung der ST- Strecke und T-Welle)

---

## 20: Psychotrauma

---

**Def.:** ein oder mehrere Ereignisse, die mit starker Hilflosigkeit und extremer Angst einhergehen. Der Patient muss diese Ereignisse selbst erlebt haben. Das Ereignis kann von selbst nicht kompensiert werden.

Man unterscheidet drei Arten von Psychotraumen:

- Typ I: einmaliges und intensives Ereignis (z. B. Vergewaltigung)
- Typ II: langanhaltende, schwere Stressphase (z. B. Mobbing)
- Medizinisches Psychotrauma (z. B. Herzinfarkt und/oder die Behandlung auf einer Intensivstation)

### Traumafolgestörung

Wenn ein Psychotrauma über einen atypischen Zeitraum von 6 Monaten nicht überwunden wird, spricht man von einer Traumafolgestörung. Relevante Krankheitsbilder in diesem Zusammenhang sind:

- Posttraumatische Belastungsstörung
- Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ
- Depression
- Angststörung

Psychotraumatische Erfahrungen können spätere Flashbacks, Albträume und dissoziative Störungen auslösen (→ [Kap. 8](#), → [Kap. 11](#)). Es kann zu einem Vermeidungsverhalten oder einer Amnesie kommen, womit die Patient\*innen die Konfrontation mit dem psychotraumatischen Ereignis umgehen. Erinnerungen an das

Psychotrauma sind häufig verzerrt und lückenhaft. Die therapeutische Aufarbeitung wird so sehr komplex.

### **Kommunikationstipp**

Das direkte Ansprechen der Psychotraumata kann zu einer Retraumatisierung der Patient\*innen führen und den psychischen Zustand weiter verschlechtern. Ein Gespräch über psychotraumatische Ereignisse zur Anamneseerhebung oder weiteren Behandlungsplanung sollte in einer ruhigen Umgebung und nur mit Zustimmung der Patient\*innen erfolgen. Fragen Sie respektvoll und behutsam nach:

- „Möchten Sie über Ihre Vergangenheit sprechen?“
- „Ist in Ihrer Vergangenheit etwas Schwerwiegendes vorgefallen?“

Geben Sie den Patient\*innen die Möglichkeit, das Gespräch zu beenden:

- „Fällt es Ihnen schwer, darüber zu sprechen?“
- „Sie dürfen das Gespräch jederzeit beenden.“

Werten Sie die Erzählungen der Patient\*innen nicht. Für sie war das Ereignis das Schlimmste, was ihnen passieren konnte.

### **Psychotraumatisches Wachstum**

Patient\*innen können belastende Ereignisse kompensieren und in der Folge eine Stärkung der psychischen Belastbarkeit erlangen. Anzeichen für ein posttraumatisches Wachstum sind:

- Die Patient\*innen können Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen.
- Die Patient\*innen entwickeln neue Interessen.
- Die Patient\*innen vertrauen auf sich selbst und fühlen sich für schwere Zeiten gewappnet.

- Die Patient\*innen geben dem Leben einen Sinn und können sich freuen.

Das posttraumatische Wachstum braucht Zeit und hängt stark von der Vulnerabilität und der sozialen Unterstützung der Patient\*innen ab.

---

# 21: Selbstverletzung

---

**Def.:** Handlungen, bei denen es zu einer bewussten Schädigung der Körperoberfläche kommt. Selbstverletzung ist kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern tritt als Symptom einer psychischen Störung oder Erkrankung auf – häufig bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Risikoreiche Sportarten und Tätowierungen können als Selbstverletzung gesehen werden. Diese werden sozial aber akzeptiert und stehen nicht zwingend im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung, sondern sind Ausdruck einer individuellen Lebensführung.

## Woran erkennt man sie?

- Alte oder frische Schnittverletzungen an den Unterarmen oder Beinen (z. B. ritzen mit einer Rasierklinge)
- Kleine runde Verbrennungsnarben/dunkle Verfärbungen der Haut (wenn die Patient\*innen sich z. B. Zigaretten auf der Haut ausdrücken)
- Blaue Flecken/Hämatome (wenn die Patient\*innen sich selbst schlagen)
- Verletzte Handwurzelknochen oder Finger
- Häufig schüchternes und zurückhaltendes Verhalten, um die Selbstverletzung zu verstecken

## Beweggründe

- Mangelndes Selbstwertgefühl
- Negative Gefühle werden zurückgehalten und die Patient\*innen können diese nicht anders äußern.
- Schwach ausgeprägte Selbstregulierungskräfte

- Eine Form von Selbstbestrafung für subjektive Schuldzuweisung darstellen
- Wunsch nach sozialer Zuwendung

### Merke

Patient\*innen, die sich selbst verletzen, wird häufig nachgesagt, dass sie dies nur tun, um Aufmerksamkeit zu bekommen. Dies trifft auf Einzelfälle zu – der Großteil der Patient\*innen versucht, die Selbstverletzung aber zu verstecken und schämt sich für diese. Wenn die Patient\*innen nicht fähig sind, anders Aufmerksamkeit zu bekommen, muss dies auch ernstgenommen und in der Psychotherapie berücksichtigt werden.

## Formen der Selbstverletzung

- Anstechen oder Durchtrennen (ritzen) der oberen Hautschicht; auch Kratzen oder Aufreiben der Haut
- Verbrennungen durch Zigaretten oder Deo/Treibgasflaschen; auch Verbrennung durch Reibungshitze, z. B. indem die Haut an einem Gegenstand aufgerieben wird
- Schlucken von stumpfen (z. B. Batterien) oder scharfen Gegenständen (z. B. Scherben oder Reiszwecke)
- Alkohol- oder Drogenkonsum trotz drohender Schädigung (z. B. wenn Angehörige sich abwenden oder körperliche Erkrankungen drohen)
- Hochrisikoverhalten (z. B. schnelles Autofahren, Balancieren auf Brückengeländern, Aufsuchen von gefährlichen Orten/Gegenden). Die mögliche Verletzung wird in Kauf genommen.

Man unterscheidet:

**Leichte Selbstverletzung:**

- Die Haut ist oberflächlich oder nur stumpf verletzt.
- Es drohen keine Komplikationen.
- Einfache pflegerische Maßnahmen reichen aus, um die Wunden zu versorgen.

### **Schwere Selbstverletzung:**

- Die obere Hautschicht ist durchtrennt und tiefere Gewebsschichten liegen frei/Knochen sind gebrochen.
- Atemwege oder Magendarmtrakt sind verletzt oder verlegt/verstopft.
- Es drohen schwere Komplikationen (wie Wundheilungsstörungen, Atemnot, Darmperforation).
- Spezialisierte, chirurgische Maßnahmen sind notwendig.

### **Pflegerisches Handeln**

- Wenn möglich, die Selbstverletzung unterbinden/beenden
- Gefahrenquellen beseitigen
- Selbstverletzung beurteilen:
  - Bei leichten Verletzungen bedürfnisorientierte Versorgung (z. B. desinfizieren, verbinden)
  - Bei schweren Verletzungen in einen Intensivbereich verlegen und chirurgisch abklären

### **Kommunikationstipp**

Sprechen Sie offen über die Selbstverletzung und erfragen Sie die Beweggründe. Bieten Sie entsprechend den Beweggründen Alternativen zum Stressabbau an. Werten Sie die Selbstverletzung nicht – sie ist Ausdruck der psychischen Grunderkrankung der Patient\*innen. Auf Pflegefachpersonen kann diese Handlung verstörend und erschreckend wirken. Tauschen Sie sich mit Kolleg\*innen aus und nehmen Sie Supervisions- und Fortbildungsangebote an.

## **Dokumentationstipp**

---

Erfassen Sie, welche Methode die Patient\*innen zur Selbstverletzung angewendet haben (haben sie sich z. B. verbrannt oder sich Schnitte zugefügt?). Wie häufig haben sie dies getan und durch welche Situation wurde dies ausgelöst? Welchem Zweck diente die Selbstverletzung und sind sie weiterhin kooperationsbereit und absprachefähig?



---

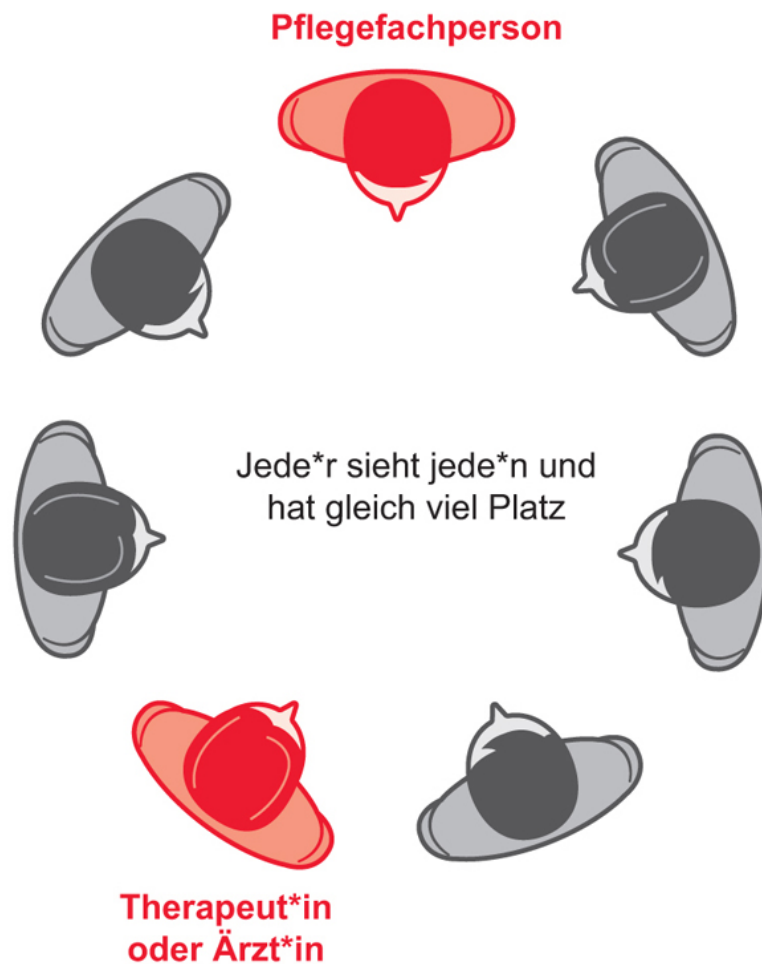
## 22: Stationsversammlung

---

**Def.:** Versammlung aller Patient\*innen und des therapeutischen Teams. Die Stationsversammlung kann für organisatorische oder therapeutische Zwecke verwendet werden.

- Besprechen des Tagesablaufs
- Begrüßen von neuen Patient\*innen oder Fachkräften
- Verabschieden von entlassenen Patient\*innen oder Fachkräften
- Erfassen der Befindlichkeit/Stimmung der Patient\*innen
- Planen des Wochenendes/besonderer Aktivitäten
- Nachbesprechen von angstausslösenden Ereignissen (→ [Kap. 3](#))
- Lösen von Streitigkeiten in der Gruppe

Eine Stationsversammlung kann interdisziplinär erfolgen. Die teilnehmenden Fachkräfte müssen sich im Vorfeld absprechen, wer welche Tätigkeit/Rolle übernimmt. Nach Möglichkeit sollten sich die Fachkräfte zwischen die Patient\*innen setzen, da sie so besser die Gruppendynamik lenken können (→ [Abb. 22.1](#)). Zudem wird so das Machtgefälle weitestgehend aufgehoben.



**Abb. 22.1** Mögliche Sitzverteilung auf einer Stationsversammlung

---

### Merke

Sowohl Fachkräfte als auch Patient\*innen können in einer Gruppe sozialen Druck verspüren und unsicher sein, wenn sie vor vielen Menschen sprechen müssen. Respektieren Sie das und geben Sie jedem die Möglichkeit, still teilzunehmen oder nur kurz etwas zu sagen. Nageln Sie Patient\*innen

niemals vor der Gruppe fest, weil es sonst zu Erregungszuständen oder Aggression und Gewalt kommen kann (→ [Kap. 2](#)).

### **Vorsicht**

Manchmal werden Stationsversammlungen durch dominante oder dissoziale Patient\*innen gestört. Bitten Sie um ein angepasstes Verhalten (→ [Kap. 6](#)) und bieten Sie an, alles weitere gemeinsam nach der Stationsversammlung im vertraulichen Gespräch zu besprechen. Bei drohender Eskalation kann eine Fachkraft mit dem betreffenden Patienten die SV verlassen und die übrigen Teilnehmer können die Stationsversammlung fortsetzen.

### **Dokumentationstipp**

Dokumentieren Sie, welche Patient\*innen und Fachkräfte teilgenommen haben. Was war das Ziel und der Inhalt der Stationsversammlung? Wie lange hat sie gedauert und gab es Besonderheiten?

---

## 23: Stupor und Katatonie

---

**Def.:** psychomotorische Verhaltens- und Kommunikationsstörung mit einer psychiatrischen, oder neurologischen Ursache.

### Woran erkennt man sie?

- Unnatürliche und stark verkrampfte Haltung des Körpers
- Der Blick wirkt durchdringend und in der Ferne fokussiert.
- Fehlende oder stark verzögerte Reaktion
- Tendenz zur Verwahrlosung
- Die genaue Unterscheidung kann für Pflegefachpersonen schwierig sein.

### Stupor

Patient\*innen im Stupor nehmen ihre Umgebung wahr und hören und verstehen auch, was zu ihnen gesagt wird. Sie sind jedoch nicht in der Lage, zu reagieren. Ein Stupor kann tagelang andauern.

### Katatonie

Die Haltung verbleibt Stunden bis Tage in einer bizarren und stark angespannten Position. Die Patient\*innen nehmen die Katatonie nicht bewusst wahr („motorische Anosognosie“). Die Fähigkeit, komplexe Handlungen zu vollziehen, bleibt erhalten. Die Patient\*innen können starke Ängste oder auch plötzliche unkontrollierbare Freude erleben/spüren.

**Vorsicht**

---

Der Stupor kann sich plötzlich lösen und in einen starken Erregungszustand (Raptus) wechseln (→ [Kap. 9](#)). Die Gabe von Lorazepam kann den Stupor sanft lösen und reduziert aufkommende Erregungszustände und Ängste.

Eine hohe notfallmedizinische Relevanz entsteht aus einer gravierenden Exsikkose, fehlender Nahrungsaufnahme und der Unfähigkeit für die eigene Sicherheit zu sorgen.

## Mögliche Ursachen

- Psychiatrische Erkrankungen, z. B. Schizophrenien, Manien, Autismus, Drogenintoxikation (z. B. Kokain, Amphetamine), posttraumatische Belastungsstörungen
- Hirnorganische Erkrankungen, z. B. Meningoenzephalitis, Tumor, Epilepsie, Wernicke-Enzephalopathie, hepatische und renale Enzephalopathien, Autoimmunenzephalitiden
- Pharmakogene Ursachen, z. B. malignes neuroleptisches Syndrom, Medikamentenintoxikation (z. B. Lithium), Glukokortikoide, Antibiotika (→ [Kap. 19](#), EPMS)

## Pflegerisches Handeln

- Als Notfall ansehen
- Engmaschige überwachen und Vitalzeichen kontrollieren
- Umgebung sichern
- Thrombose und Dekubitusprophylaxe
- Lorazepam-Gabe (→ [Kap. 19](#))
- Selbstversorgungsdefizit und Selbstgefährdung kompensieren
- Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr sicherstellen
- Grunderkrankung behandeln

## Fallbeispiel

Opfer von Vergewaltigungen oder sexuellen Übergriffen reagieren häufig unmittelbar nach der Situation mit einem dissoziativen Stupor (→ [Kap. 8](#)). Polizei und Rettungskräfte sind mit der Versorgung überfordert und bringen diese Patient\*innen in psychiatrische Einrichtungen. Weil diese in einer solchen Situation nicht oder sehr wenig sprechen, müssen die Daten fremdanamnestisch erhoben werden bzw. können erst ein paar Stunden bis Tage nach der Aufnahme erhoben werden.

---

## 24: Suchtmittelkontrolle und gefährliche Gegenstände

---

Bei bestehender Abhängigkeitserkrankungen müssen viele Patient\*innen vor der Aufnahme eine Drogenscreening durchführen und auf Suchtstoffe durchsucht werden. Dies stellt immer einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte dar und ist mit Scham verbunden. Es ist aber unabdingbar, da viele Abhängigkeitskranke in ihren akuten Krankheitsphasen das Behandlungsteam täuschen und versuchen, Suchtmittel mit auf Station zu bringen.

- Diskret ansprechen, ohne die Patient\*innen bloßzustellen
- Geschützten Ort wählen
- Ggf. Handschuhe tragen: stichfeste Handschuhe tragen, falls Patient\*innen Kanülen oder andere gefährliche Gegenstände im Gepäck haben
- Suchtmittel und gefährliche Gegenstände sicherstellen und gesondert aufbewahren
- Auch Verpackungsmaterial oder Zubereitungsgegenstände sicherstellen, z. B. bei Heroinsucht: Löffel, Alufolie, Vitamin C oder Zitronensäure

Wenn gefundene Stoffe/Gegenstände gegen das BTM oder Waffengesetz verstoßen, den nächsthöheren Vorgesetzten informieren und nach hausinternem Standard verfahren. Informieren Sie sich im Vorfeld. Illegale Waffen werden von der regionalen Polizeibehörde sichergestellt.

### **Mögliche Verstecke für Suchtstoffe**

- In Zwischenböden der Taschen/Koffer
- Zwischen der Kleidung
- Im Deckel von Shampoo oder Deoflaschen
- In Vaginal- oder Analöffnungen
- In der Krempe von einem Hut oder einer Kappe
- In unauffälligen Medikamentenpackungen
- Im Portemonnaie
- Unter der Schuhsohle

### **Kommunikationstipp**

Klären Sie die Patient\*innen dringend über die Notwendigkeit der Maßnahme auf und stellen Sie ihnen frei, die Behandlung abubrechen, wenn sie die Suchtmittelkontrolle nicht akzeptieren möchten. Verweisen Sie ggf. auf ihren Behandlungsvertrag. Geben Sie den Patient\*innen die Möglichkeit, alle Suchtmittel und gefährlichen Gegenstände freiwillig abzugeben und ggf. zu vernichten. Sichern Sie zu, dass es keine Konsequenzen geben wird, wenn sie mit Ihnen zusammenarbeiten.



---

## 25: Suizidalität

---

**Def.:** Drang zur absichtlichen Selbstverletzung mit tödlichem Ausgang (→ [Kap. 27](#)) und wird als Ausdruck einer psychischen Krise oder einer schweren psychischen Erkrankung verstanden.

### **Woran erkennt man sie?**

Die sicherste Art, die Suizidalität zu erfassen, ist die offene und einfühlsame Nachfrage bei den Patient\*innen. Folgende Leitfragen können helfen:

- Haben Sie aktuell den Wunsch, zu sterben oder sich etwas anzutun?
- Haben Sie Selbstmordgedanken oder träumen Sie davon, sich umzubringen?
- Haben andere Menschen Ihnen schon einmal den Tod gewünscht?
- Hören Sie Stimmen, die Ihnen befehlen, sich umzubringen?
- Haben Sie konkrete Pläne, um Ihren Selbstmord durchzuführen?
- Wie mächtig sind Ihre Selbstmordideen und können Sie diese kontrollieren?
- Wie ist Ihre aktuelle soziale Situation?
- Gibt es in Ihrem direkten sozialen Umfeld Menschen, die sich suizidiert haben?
- Haben Sie in der Vergangenheit versucht, sich umzubringen?

Fragen in Bezug auf Suizidalität erfolgen immer in einer sicheren und ruhigen Umgebung. Sie werden respektvoll formuliert und die Patient\*innen erhalten ausreichend Zeit, zu antworten.

## **Kommunikationstipp**

Pflegefachpersonen neigen dazu, sich formell korrekt auszudrücken, und nutzen eine distanzierte Sprache, die sie in der späteren Dokumentation rechtlich absichert. Patient\*innen in psychischen Krisen oder innerhalb einer schweren psychischen Erkrankung verstehen Fachwörter häufig nicht. Es empfiehlt sich, bei den Leitfragen die Sprache und die Vokabeln der Patient\*innen zu benutzen (z. B. Selbstmord, Selbsttötung, sich was antun, sich umbringen, das Leben beenden, einen Schlusstrich ziehen).

## **Vorsicht**

In der Praxis hält sich hartnäckig die Meinung, dass ein Mensch, der wirklich suizidal ist, seine Suizidalität nicht äußern würde, damit ihn niemand bei der Ausübung hindert. Eine Vielzahl an Studien hat aber gezeigt, dass der Zustand der Suizidalität für die Patient\*innen so belastend ist, dass sie beinahe immer im Vorfeld Hilfe gesucht haben und die suizidalen Absichten geäußert worden sind. Teilweise werden die suizidalen Absichten nur vor Angehörigen oder in den sozialen Medien geäußert, worauf das Pflegefachpersonal nur bedingt Zugriff hat.

## **Einschätzung des Suizidalitätsrisikos**

### **Basissuizidalität**

Bestimmte Kriterien fallen statisch häufiger im Zusammenhang mit einem vollendetem Suizid auf und geben Aufschluss über das tatsächliche Suizidalitätsrisiko:

- Vorhandensein/Einfluss von Hoffnungslosigkeit
- Kürzlich mit Stress verbundene Lebensereignisse
- Deutlicher Hinweis auf Stimmen hören/Verfolgungsideen

- Deutlicher Hinweis auf Depression, Verlust von Interessen
- Witwe/Witwer
- Frühere Suizidversuche etc.

### **Akute Suizidalität**

Die permanente gedankliche Beschäftigung mit dem Suizid wird als akute Suizidalität bezeichnet. Man unterscheidet zwischen akuter Suizidalität mit Konkretisierungsdruck und ohne Konkretisierungsdruck. Beide Formen verlangen pflegerische Unterstützung.

- **Ohne Konkretisierungsdruck:** Der Gedanke an den Suizid ist da, ohne dass die Patient\*innen diesen direkt ausführen wollen.
  - Stabile Beziehung aufbauen
  - Über die Suizidalität sprechen
  - Vom Krankheitsgeschehen ablenken und positive Erlebnisse fördern
  - Auf Anzeichen für eine Verschlimmerung der Symptomatik achten
- **Mit Konkretisierungsdruck:** Der Gedanke an den Suizid drängt sich ununterbrochen auf und die Patient\*innen haben den Wunsch, diesen direkt auszuführen.
  - Engmaschige Überwachung sicherstellen
  - Ggf. in einen gesicherten Bereich verlegen
  - Gefahrenquellen beseitigen (→ [Kap. 27](#))
  - Weiteres Fachpersonal (Psychologen, Stationsarzt) hinzuziehen

Wie konkret der Druck zum Suizid ist, lässt sich mit den Leitfragen aus der Einleitung erfassen und sollte im multiprofessionellen Team thematisiert werden.

### **Chronische Suizidalität**

Es gibt Patient\*innen, die sich dauerhaft mit der Möglichkeit eines Suizids beschäftigen, ohne diesen je zu vollenden. Der Gedanke an den Suizid und die Möglichkeit, sein Leben selbstbestimmt zu beenden, kann für diese Patient\*innen sicherheitsgebend sein und helfen, durch schwierige Zeiten zu kommen. In diesem Beispiel ist die chronische Suizidalität eine ausgefeilte Coping-Strategie für die Betroffenen.

### Merke

Eine hohe Basissuizidalität oder eine chronische Suizidalität erlauben alleine keine Aussage über die akute Suizidalität und sollten nicht mit aufwendigen und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen einhergehen. Die Patient\*innen können eine hohe Basissuizidalität haben oder chronisch suizidal sein und gleichzeitig in stabilen sozialen Verhältnissen leben, sodass nie eine akute Suizidalität auftritt.

---

## 26: Stigmatisierung

---

**Def.:** zwischenmenschlicher oder gesellschaftlicher Prozess, bei dem eine Person oder eine Gruppe auf ein äußeres Merkmal, wie beispielsweise Religion, Rasse, Behinderung etc., reduziert wird und mit einer negativen Bewertung belegt wird.

Psychisch kranke Menschen fallen häufig dadurch auf, dass sie krankheitsbedingt von der allgemeinen, gesellschaftlichen Normen abweichen. In der Folge erleben sie eine Vielzahl von sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung:

- Angehörige und Freunde wenden sich ab.
- Verlust vom Arbeitsplatz oder fehlende berufliche Aufstiegschancen
- Verlust der Wohnung
- Bestimmte Fähigkeiten werden aberkannt.
- Werden auf die Krankheit reduziert/die psychische Krankheit wird nicht anerkannt
- Werden als charakterschwach, faul, oder minderwertig bezeichnet

Zu den Symptomen der psychischen Krankheit kommt der soziale Druck hinzu, der die Krankheit verschlimmert. Die Patient\*innen selbst müssen nichts tun, um die Stigmatisierung auszulösen. Die Bezeichnung „psychisch krank“ reicht für die entsprechende negative Zuschreibung. Psychisch kranke Menschen versuchen deswegen häufig, ihre Erkrankung geheim zu halten.

### **Internalisiertes Stigma**

Psychisch kranke Menschen werden häufig über einen langen Zeitraum von ihrem sozialen Umfeld abgewertet. Diese Abwertung kann nach einiger Zeit Teil ihres Selbstbildes werden und die Patient\*innen übernehmen die negative Zuschreibungen dann selbst. Dies grenzt sie massiv in ihrer Selbstwirksamkeit ein.

### Merke

Häufig beurteilen Patient\*innen die Stigmatisierung als belastender als die eigentlichen Symptome der psychischen Erkrankung. Sie als Pflegefachperson sind häufig die erste Person, die verständnisvoll und wertschätzend reagiert. Sie bekommen so eine große hoffnungsgebende Rolle für die Patient\*innen.

### Reduzierung der Stigmatisierung

Als Pflegefachperson können Sie Ihren Patient\*innen helfen, die Stigmatisierung zu reduzieren:

- Seien Sie wertschätzend und respektvoll im Umgang.
- Sprechen Sie über das erlebte Stigma in Einzel- oder Gruppengesprächen:
  - „In welchen Situationen sollte man eine psychische Krankheit geheim halten?“ – z. B. gegenüber dem Arbeitgeber oder den Klassenkameraden
  - „Gegenüber welchen Personen sollte man eine psychische Krankheit offenlegen?“ z.B. gegenüber Freunden oder dem Lebensgefährten
- Nennen Sie zuerst den Namen des\*der Patient\*in und nicht die Krankheit: nicht der „Borderliner aus Zimmer 1“, sondern die „Patientin mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung“.
- Klären Sie über die Entstehung und Behandlung einer bestimmten psychischen Krankheit auf.

- Gehen Sie auf Heilungschancen ein und erzählen Sie positive Beispiele von einer gelungenen Überwindung der psychischen Krankheit.
- Fördern Sie eine Recovery-orientierte Behandlung.
- Beziehen Sie, wenn gewünscht, Angehörige mit ein (→ [Kap. 1](#)).

---

## 27: Suizid

---

**Def.:** Suizid oder auch Selbstmord beschreibt die absichtlich herbeigeführte Beendigung des eigenen Lebens. Die meisten Suizidtoten litten zuvor an einer psychischen Krankheit, z.B. Schizophrenie oder Depression.

### Suizidarten nach Häufigkeit

- Erhängen
- Sturz in die Tiefe
- Einnahme von Arzneimitteln oder Drogen
- Überfahren lassen
- Giftige Gase oder Dämpfe
- Schusswaffen
- Scharfe Gegenstände

### Dokumentationstipp

Dokumentieren Sie Zeitpunkt und Ort des Suizids. Bleiben Sie in der Dokumentation sachlich und vermeiden Sie persönliche Deutungen. Da der Suizid eine unnatürliche Todesursache ist, muss die Kriminalpolizei informiert werden. Verweisen Sie in der Dokumentation darauf, dass Sie den behandelnden Arzt oder die Ärztin informiert haben und dass die Kriminalpolizei hinzugezogen worden ist.

### Suizidprävention

- Verfügbare Suizidmittel reduzieren (keine zugänglichen Medikamente, Waffen oder scharfen Gegenstände)



- Möglichkeiten zum Erhängen sichern (z. B. Garderobenhaken und Fenstergriffe abrunden oder nach unten zeigen lassen)
- Regelmäßige Kontaktaufnahme oder Bezugspflege ermöglichen
- Abschließbare und verbarrikadierbare Orte vermeiden (z. B. Tür nach außen aufgehen lassen, Generalschlüssel vorhalten, zweiten Zugang durch eine weitere Tür, oder ein Fenster)

### Merke

Die meisten Suizide werden zu Hause verübt. Die Einschätzung der Suizidalität muss also besonders vor geplanten Ausgängen oder Belastungstrainings erfolgen – aber auch vor einer Entlassung.

**Pflegerisches Handeln: Suizidversuch (→ [Tab. 27.1](#))**

**Tab. 27.1** Pflegerische Maßnahmen bei einem Suizidversuch

Leichter Suizidversuch	Schwerer Suizidversuch
Das Leben der Patient*innen ist nicht akut bedroht.	Die Patient*innen sind lebensbedrohlich verletzt.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Patient*innen ernst nehmen und eine kontinuierliche pflegerisch Begleitung sicherstellen</li> <li>• Zugang zu weiteren Suizidmitteln reduzieren (z. B. Entfernen von Gläsern, Brotmessern, Gürteln, Schnürsenkel)</li> <li>• Weitere Versuche ggf. unter Anwendung von Zwangsmaßnahmen unterbinden (→ <a href="#">Kap. 29</a>)</li> <li>• Behandelnden Arzt bzw. Ärztin hinzuziehen</li> <li>• Ggf. Rücksprache mit der Giftnotrufzentrale oder internistischen/chirurgischen Fachärzt*innen halten (→ <a href="#">Wichtige Informationen in der Titelei dieses Buches</a>)</li> <li>• Auf eine gesicherte Station verlegen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notruf absetzen</li> <li>• Unbeteiligte wegschicken</li> <li>• Umgebung sichern</li> <li>• Suizidversuch beenden (z. B. Strangulationsmittel durchtrennen, Gase abstellen, weitere Einnahme von Giftstoffen beenden)</li> <li>• Vitalzeichen stabilisieren</li> <li>• Ggf. lebenserhaltende Maßnahmen einleiten</li> </ul>

**Vorsicht**

Ein erhängter Körper ist sehr schwer. Beim unkontrollierten Abschneiden kann der\*die Patient\*in auf die Pflegefachperson stürzen. Von Gasen oder anderen Giftstoffen geht ein Gesundheitsrisiko für das Pflegefachpersonal aus. Blutlachen sind sehr rutschig und können zu Stürzen führen. Der Eigenschutz der Pflegefachperson geht immer vor! Den Suizidversuch in solchen Fällen erst beenden, wenn ausreichend Unterstützung vor Ort ist.

### **Kommunikationstipp**

Werten Sie den Suizidversuch nicht, wenn Sie mit den Patient\*innen sprechen. Eine negative Konfrontation im Gespräch kann die Hoffnungslosigkeit verstärken. Bleiben Sie im Gespräch ruhig und fragen Sie, welche Unterstützung sich die Patient\*innen wünschen. Wenn Sie Zwangsmaßnahmen anwenden müssen, kündigen Sie diese an und erklären Sie, dass diese zur Sicherheit der Patient\*innen dienen und sobald wie möglich wieder beendet werden (→ [Kap. 29](#)).

### **Angehörige nach einem Suizid**

Nach dem Verlust eines nahstehenden Menschen sind Angehörige häufig stark belastet (→ [Kap. 1](#)).

- Rechnen Sie mit Rückfragen, starken Emotionen und der Ankündigung von rechtlichen Schritten.

### **Psychische Belastung von Pflegefachpersonen**

Besonders Pflegefachpersonen, die die Leiche eines\*r suizidierten Patient\*in finden, leiden häufig unter Unruhe, Alpträumen und Selbstvorwürfen.

- Im Team gegenseitig unterstützen und den Suizid nachbesprechen
- Hilfs- und Nachsorgeangebote annehmen

---

## 28: Übergabe

---

Nach einer Schicht erfolgt eine Übergabe an die nachfolgenden Kolleg\*innen. Das können Pflegefachpersonen unter sich machen oder es nehmen andere Fachkräfte mit teil.

- Informationen weitergeben, die für die folgende Schicht relevant sind
- Neuaufnahmen vorstellen
- Psychopathologische Beschreibung und Unterstützungsbedarf für alle Patient\*innen weitergeben:
  - Wie zeigt sich die psychiatrische Erkrankung?
  - Welche pflegerische Unterstützung war nötig?
  - Gab es Eskalationen oder Notfälle?
- Psychohygiene der Pflegefachpersonen:
  - Kollegiale Unterstützung bei offenen Fragen oder nach belastenden Ereignissen
  - Nachbesprechen von gewaltsamen Ereignissen (→ [Kap. 2](#)) und Zwangsmaßnahmen (→ [Kap. 29](#))

### **Kommunikationstipp**

Patient\*innen zeigen sich im Tagesablauf und je nachdem, welche Fachkräfte anwesend sind, unterschiedlich. So kann ein sehr gegenteiliges Bild der Patient\*innen bei den Fachkräften entstehen, was zu Unstimmigkeiten im Team führen kann. Respektieren Sie die gegenseitigen Meinungen und behandeln Sie alle Eindrücke gleichwertig.

- „Im Frühdienst zeigte sich der Patient sehr angespannt, im Spätdienst besserte sich seine Stimmung.“

- „Die Patientin zeigt sich häufig dissozial; ist gegenüber einzelnen Kollegen und Mitpatientinnen sehr hilfsbereit.“

---

## 29: Zwangsmaßnahmen

---

**Def.:** alle Maßnahmen, die angewendet werden, um eine Eigen- und Fremdgefährdung abzuwenden und ausdrücklich nicht dem Wunsch der Patient\*innen entsprechen. Dies umfasst in der Psychiatrie vor allem die **Freiheitsentziehung (Unterbringung)**, ebenso wie die mechanische und pharmakologische Fixierung (**Zwangsmedikation**) (→ [Kap. 14](#)). Zwangsmaßnahmen müssen verhältnismäßig sein und dürfen nur angewendet werden, wenn andere Maßnahmen keinen Behandlungserfolg versprechen.

### Rechtsgrundlage

Eine Zwangsmaßnahme stellt immer einen Eingriff in die Grundrechte der Patient\*innen dar. Diese dürfen nur nach ärztlicher Anordnung unter Berufung auf das **Psychisch-Kranken-Schutzgesetz (PsychKG)** erfolgen. Das PsychKG greift immer dann, wenn aufgrund einer psychischen Krankheit gewichtige Anhaltspunkte für eine Selbstgefährdung oder eine Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer bestehen. Wenn die zuständigen Ärzt\*innen nicht anwesend sind oder bei Gefahr in Verzug, gilt der rechtfertigende Notstand und die Zwangsmaßnahme kann bei entsprechend Indikationsstellung trotzdem eingeleitet werden. Die durchgeführte Maßnahme muss im Kompetenzbereich der Pflegefachperson liegen. Dies umfasst bei Abwesenheit des Arztes oder der Ärztin und noch fehlender Rechtsgrundlage in der Regel nur die Fixierung oder Absonderung. Die ärztliche Anordnung ist unverzüglich einzuholen.

Merke

---

Zwangsmaßnahmen dürfen nur bei schwerer Eigen- und Fremdgefährdung angewendet werden und stellen immer das letzte Mittel der Wahl dar. Die Anwendung erfordert zwingend eine entsprechende Rechtsgrundlage, die durch die zuständigen Ärzt\*innen eingeleitet werden muss.

### **Folgen der Zwangsmaßnahme**

Unterbringung, Zwangsmedikation und Fixierung stellen für psychiatrische Patient\*innen häufig eine starke Belastungssituation dar. Sie beschreiben häufig Gefühle der

- Angst,
- Verzweiflung,
- Macht- und Hilfslosigkeit,
- Scham und Erniedrigung,
- Todesangst (selten).

In der Folge kann es bei den Patient\*innen zu einer posttraumatischen Belastung kommen. Aber auch das durchführende Pflegefachpersonal kann durch Zwangsmaßnahmen belastet werden. Sie beschreiben unter anderem Gefühle der

- Beklemmung,
- Angst,
- Mitleid,
- Schuldgefühle,
- Wut.

### **Merke**

Aufgrund der Vielzahl an Gefühlen, die mit einer Zwangsmaßnahme einhergehen, müssen diese Ereignisse nachbesprochen werden. Dies muss sowohl mit dem betroffenen Patient\*innen als auch mit den involvierten Pflegefachpersonen erfolgen.

Oberstes Bestreben der Pflegefachpersonen sollte immer das Abwenden von Zwangsmaßnahmen sein. Nicht jede Zwangsmaßnahme lässt sich vermeiden und der Eigenschutz geht immer vor. Zur Nachbesprechung eignet sich die SOAS-R-Skala.



---

# IBC

---

## Das wichtigste Praxiswissen auf einen Blick

Pflegefachpersonen sind häufig die ersten Ansprechpartner für psychisch kranke Menschen. Manchmal kommt es auch zu kritischen Situationen. Aber auch alltägliche Fachfragen verlangen häufig eine schnelle Antwort und es fehlt die Zeit, dicke Bücher zu wälzen. Wichtige Informationen bietet dieses Taschenwissen für die psychiatrische Pflege.

Kurz und praxisnah finden Sie genau die Hinweise, die im beruflichen Alltag benötigt werden, z.B. zu den Themen:

- Deeskalation
- Gesprächsführung
- Krampfanfällen
- Psychopharmaka
- Suizidalität
- Zwangsmaßnahmen

**Mini Karten – maxi Wissen!**  
**Ihr handlicher Helfer im Arbeitsalltag.**



[www.elsevier.de](http://www.elsevier.de)

ISBN 978-3-437-25029-3



9 783437 250293

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130