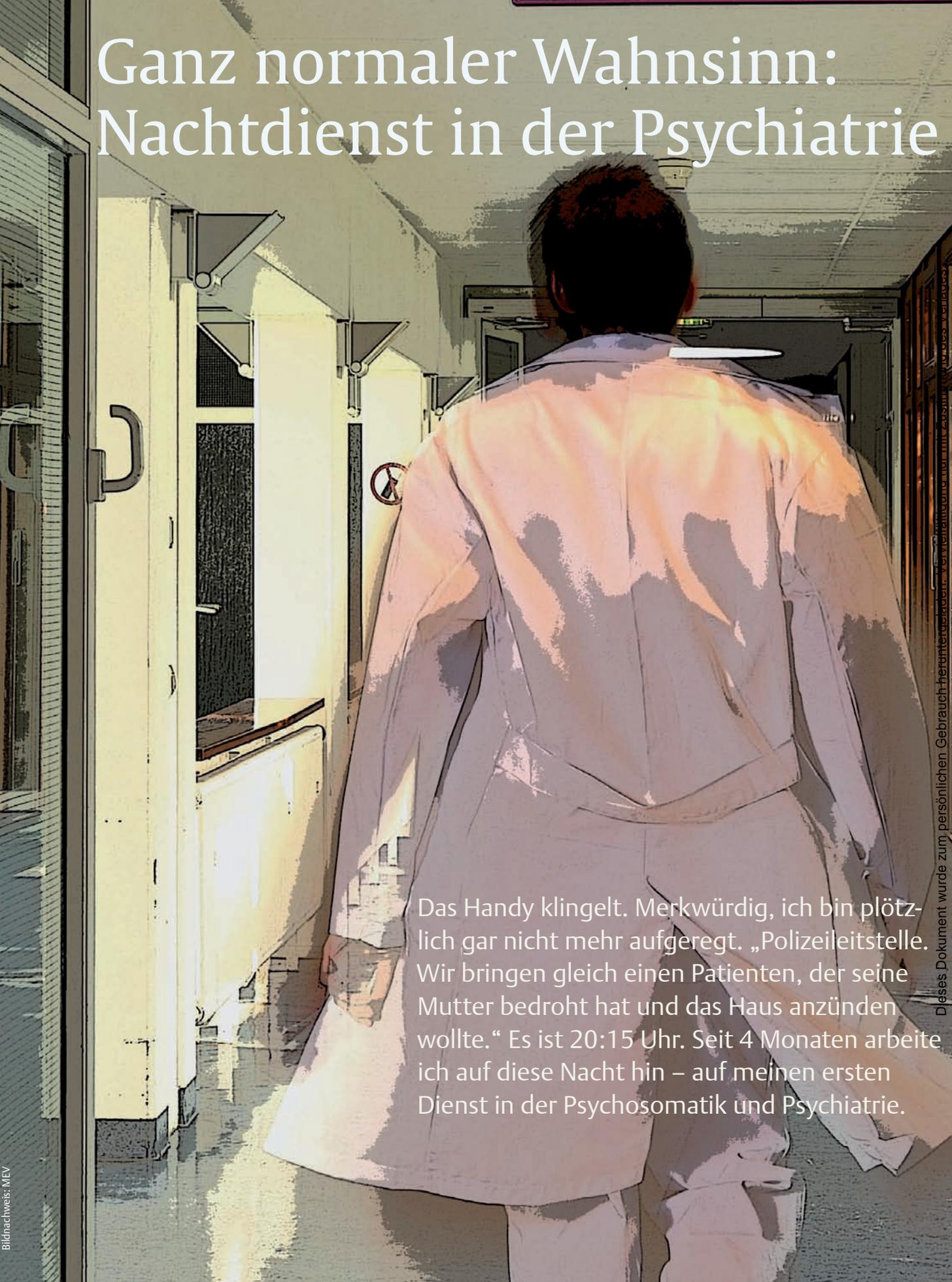


Ganz normaler Wahnsinn: Nachtdienst in der Psychiatrie

A person wearing a white lab coat is walking away from the camera down a brightly lit hospital hallway. The hallway has several doors on the left side, some with windows. The person's coat has some dark stains on the back. The lighting is warm and yellowish, creating a somewhat somber atmosphere.

Das Handy klingelt. Merkwürdig, ich bin plötzlich gar nicht mehr aufgeregt. „Polizeileitstelle. Wir bringen gleich einen Patienten, der seine Mutter bedroht hat und das Haus anzünden wollte.“ Es ist 20:15 Uhr. Seit 4 Monaten arbeite ich auf diese Nacht hin – auf meinen ersten Dienst in der Psychosomatik und Psychiatrie.

Ich eile durch den hell erleuchteten Eingangsbereich der Klinik, vorbei am plätschernden Brunnen. Hohe Glaswände umgeben die Cafeteria, wie einen Wintergarten. Tagsüber herrscht hier reges Treiben. Jetzt sind die Stühle verwaist. Draußen ist es stockfinster, hier drinnen wirkt alles friedlich und ruhig. Dann betrete ich die psychiatrische Akutstation.

Der potenzielle Brandstifter Die Polizei war schnell: Sie sitzt schon mit dem Patienten im Flur. Zwischen den beiden Beamten sieht der Mann ganz harmlos aus. Kaum zu glauben, dass er eben noch sein Haus abfackeln wollte. Im Pflegedienstzimmer geben die Polizisten mir weitere Infos: Der 47-jährige wohne mit seiner Mutter zusammen. Diesen Abend sei die Situation wohl eskaliert.

Schizophren? Manisch? Als die Polizisten weg sind, bitte ich den Patienten herein. Eine Schwester setzt sich mit dazu. „Sei mit einem psychiatrischen Patienten nie nachts allein!“, hatte mir ein erfahrener Kollege geraten. Wahnhaft oder psychotische Patienten können unberechenbar reagieren. Auch mein Patient ist sehr erregt – aber bedrohlich? Er schwitzt stark, feuchte Flecken breiten sich auf seinem T-Shirt aus. Immer wieder muss er sich die Stirn wischen. Der Mann erzählt: Dass er wegen langjähriger Schizophrenie in Behandlung sei und der Psychiater seine Fahrerlaubnis nicht verlängert habe. Der Arzt habe manische Symptome festgestellt. Was soll ich dazu sagen? Der Patient redet zwar viel, und ich habe Mühe, mitzuschreiben. Hochakut manisch ist er jedoch nicht. Ich schreibe „Akute Belastungsreaktion bei chronischer Schizophrenie“ in die Kurve. Die endgültige Diagnose muss nicht im Erstgespräch gestellt werden – schon gar nicht nachts im Dienst.

Niko Noch während ich den Aufnahmebefund diktiere, klingelt das Telefon. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dran: „Wir haben ein Problem mit Niko.“ Im Hintergrund höre ich den Jungen schreien und toben. „Seine Mutter ist eben gegangen und jetzt rastet er aus. Wir haben Dipiperon da, können wir ihm das im Notfall geben?“ In der Fortbildung der Kinder- und Jugendpsychiater wurden nur 3 psychiatrische Notfallmedikamente für Kinder erwähnt. Klar: Dipiperon war natürlich nicht dabei. „Wie viel mg sind denn in der Tablette?“ frage ich. „Und verwendet ihr das öfter bei euch?“ Die Tabletten ha-

ben die Pfleger zwar bei Spaziergängen mit Patienten dabei, es steht aber nicht drauf, wie viel drin ist.

Ich schlage in der Roten Liste nach: Es gibt nur 40-mg-Tabletten, und für Kinder gilt 1 mg/kg Körpergewicht als Tagesdosis, verteilt auf 2–3 Einzeldosen. Ich rufe zurück und frage nach dem Gewicht des Jungen. 30 kg. Da sich das Präparat flüssig besser dosieren lässt, schlägt die Schwester vor, den Dipi-Saft von der Gerontopsychiatrie zu nehmen. Eine gute Idee – ich ordne 15–20 mg an, falls sich der Junge anders nicht beruhigen lässt. „Wenn ihr mich braucht, meldet euch.“

22 Uhr Ich schließe den Aufnahmebefund des ersten Patienten ab, bringe die Kurve zurück und bekomme meinen nächsten Einsatz: Die Schwester bittet mich, sie zu einer Patientin zu begleiten. Sie verweigere die Blutzuckerkontrolle.

Die Frau mit dem skeptischen Blick Im dämmrigen Licht erkenne ich, wie die ältere Dame die Schwester und mich mustert. Ich beuge mich über die Patientin, berühre sie mit beiden Händen an der Schulter und sage ihr, dass wir sehr gerne noch einmal ihren Zuckerwert überprüfen wollten. Sie müsse dazu nur einen Finger unter der Bettdecke hervorstrecken, mehr nicht. Sie fixiert mich mit einem Auge und plötzlich schnellt ein Finger unter der Decke hervor. Die Schwester und ich müssen lachen. Anstandslos lässt sich die Patientin den Blutstropfen abnehmen. „Was so ein Weißkittel doch bewirkt“, meint die Schwester, als wir wieder auf dem Flur stehen. Ich lache und schlage ihr vor, doch für die nächste Messung auch einen weißen Kittel anzuziehen. Doch sie winkt ab: „Die Patientin weiß genau, wer ich bin.“

Zurück im Stationszimmer Anruf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Wie geht es mit dem Jungen?“ Die Schwester freut sich über die Nachfrage. Niko sei mittlerweile ganz friedlich, berichtet sie. Das Medikament hätten sie gar nicht gebraucht. In der Zeit, in der der Dipi-Saft geholt wurde, habe sich der Junge beruhigt. „In 80% der Krisen bei Kindern und Jugendlichen sind keine Medikamente nötig“, ist mir noch aus der Fortbildung im Ohr. Bingo.

Viefältige Aufgaben Ich gehe zurück auf meine Station, die Alkohol- und Drogenentgiftungsstation. Auch wenn es hier oft hoch her geht, bin ich über diesen Einstieg sehr froh. Wir haben viel mit Innerer

Medizin zu tun – eine gute Vorbereitung auf die Nachtdienste. Denn nachts sind wir nicht nur für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die 6 psychosomatischen und 4 psychiatrischen Stationen zuständig, sondern auch für 3 gerontopsychiatrische Stationen und das Heim für chronisch psychiatrisch Erkrankte. Vor allem in der Geriatrie wird der Arzt vom Dienst meist wegen internistischer Probleme gerufen: Atemnot, Bauchbeschwerden oder entgleister Blutzucker.

Reicht mein Wissen? Wie war ich aufgeregt vor meinem ersten Nachtdienst: Schon lange vorher habe ich mich zur Vorbereitung mit den wichtigsten Leitsymptomen beschäftigt. Ich habe versucht, zu sortieren, was häufig und was nicht so häufig vorkommt. Ich habe mir Herz- und Lungengeräusche auf CD angehört – wohlwissend, dass die Realität nachts unter schwierigen Begleitumständen eine andere ist. „Da haben wir schon ganz andere durch den Nachtdienst gebracht“, hatten meine Stationskollegen mich ermutigt. Trotzdem: Warum bin ich nicht Internistin, Pädiaterin, Neurologin und Psychiaterin in einem? Dann könnte ich locker über die Gänge schweben und müsste mir nicht überlegen, welche meiner unentbehrlichen Bücher ich in meinem Rucksack unterbringe, den ich immer bei mir trage.

Keine Zeit für Pausen Kaum angekommen, ist schon wieder die Polizei am Apparat. Diesmal bringen sie einen pakistischen Patienten, der Feuer in seinem Wohnzimmer gelegt hat, um zu kochen. Wieder jemand für die psychiatrische Akutstation. Das Prozedere ist ähnlich wie beim ersten Patienten, von den Sprachbarrieren einmal abgesehen. Kurz darauf folgen 2 Alkoholisierte. Zwar kann von Routine noch keine Rede sein, aber insgesamt komme ich erstaunlich gut zu recht. Bestens gelaunt beginne ich, die letzten „Fälle“ zu diktieren.

Ein neuer Einsatz kündigt sich an Ich habe etwa die Hälfte hinter mir, als sich die Gerontopsychiatrie meldet. Eine Patientin ist gestürzt. Da sie jedoch schon wieder ohne Probleme stehen könne, keine äußeren Verletzung habe und kein Marcumar nehme, entschlief ich mich, rasch fertig zu diktieren und dann die Patientin anzuschauen. Sollte sie sich übergeben oder sonst irgendwie auffällig werden, möchte ich gleich benachrichtigt werden.

Die stumme Patientin 10 Minuten später bin ich soweit und gehe hinüber. Auf der Station liegt schon das Sturzprotokoll bereit, das mir die Kollegen bei meinen Nachtdiensthospitalationen erklärt haben. Ich betrete das Zimmer, in dem die Patientin wieder fest eingepackt im Bett liegt, knipse die Nachtlampe an und erkläre ihr, dass ich sie noch untersuchen möchte. Sie sagt keinen Ton. „Vielleicht ist sie müde“, denke ich. Ich leuchte in ihre Pupillen, vergleiche die Größe, prüfe den Reflex, bewege ihre Arme und Beine, prüfe die Muskeleigenreflexe, schaue ihren Rücken und den Po an, drücke Becken und Thorax kräftig von beiden Seiten. Es kommt kein Schmerzlaut und kein Stöhnen, sie sagt einfach gar nichts. Ich rede weiter mit ihr, wickle ihre kalten Füße wieder in die Decke ein und decke sie bis zum Hals gut zu, verabschiede mich und knipse das Licht aus. Im Stationszimmer sage ich: „Komisch, die Patientin hat kein Wort mit mir gesprochen.“ Der Pfleger lacht und meint: „Kein Wunder, sie versteht nur Italienisch und hat Alzheimer.“ Da sie aber bei Schmerzen sicher gestöhnt oder zumindest irgendeinen Laut von sich gegeben hätte, bin ich sicher, dass sie keine Schäden vom Sturz davongetragen hat.

Weiblich, ledig, jung – und suizidgefährdet Alarm! Die Polizei liefert ihren neuesten Fall ein: eine junge Frau, 21, die aufgrund von Suizidäußerungen gesucht und jetzt – um 0:30 Uhr – gefunden wurde. Ihre Freundin ist gleich mitgekommen. Es sei sehr schwer gewesen, die junge Frau überhaupt zu einem Treffen mit der Polizei zu bewegen, berichten die Beamten hinter der geschlossenen Tür des Dienstzimmers. Zunächst habe nur telefonischer Kontakt bestanden – eine weitere Stunde habe es gebraucht, sie davon zu überzeugen, in die Klinik mitzugehen. Die ganze Geschichte klingt etwas verworren: Von Suizidäußerungen einer Cousine gegenüber ist die Rede und dass die Mutter die Tochter am Abend per Handy nicht mehr erreicht und daraufhin die Polizei eingeschaltet habe. Für mich ist klar: Diese Patientin muss ich hier behalten und erst einmal anhören. 72h können wir sie gegen ihren Willen bei uns festhalten, wenn der Verdacht auf Eigen- oder Fremdgefährdung besteht.

Das wird dauern ... „Das ist nicht vereinbart worden, dass ich hier bleiben muss. Ich fahre mit zurück!“, zischt die Frau. Nach kurzer Diskussion lässt sie zähneknirschend die Polizisten und die

Freundin gehen. Das Aufnahmegespräch gestaltet sich erwartungsgemäß schwierig. Sie antwortet mit Gegenfragen, ist schnippisch und abfällig mir gegenüber. Ich übe mich in Geduld und entlocke ihr durch mein Nachfragen doch mehr als ihr bewusst ist. Was ich höre, klingt nach einer Lebenskrise: Trennung vom Freund, kein eigener Wohnsitz mehr, Verlust der Arbeitsstelle. Dennoch möchte die Patientin den Eindruck erwecken, alles im Griff zu haben. Man solle sie nur in Ruhe lassen. Wer so losgelöst von einem stabilen sozialen Umfeld suizidale Äußerungen von sich gibt, ist gefährdet. Auch wenn die Patientin mehrmals wiederholt, sie habe sich doch gar nicht umbringen wollen. Sie habe nur ihrer Mutter eins auswaschen wollen, „weil sie genervt hat“.

„Die neue Patientin weckt meine ganzen Maniker auf!“

Chaos auf Station PSY 3 Als wir ihr das Zimmer zeigen wollen, wird sie wieder renitent. „Ich bleibe nicht, lassen sie mich jetzt gehen!“ Sie stampft auf dem Flur auf und ab, rüttelt an der verschlossenen Stationstür und an den Fenstern. Auch mit dem Hinweis auf die wenigen verbleibenden Stunden der Nacht, die sie ja genauso gut im Bett in der Klinik verbringen könne, lässt sie sich nicht beruhigen. Die Schwester seufzt: „Die neue Patientin weckt mir noch meine ganzen Maniker auf.“ Wie auf Kommando öffnen sich die ersten Zimmertüren. Patienten im Bademantel und mit verwuschelten Haaren schlurfen über den Flur. Der Hinweis der Schwester, es sei gerade 2 Uhr morgens und man könne doch noch ein wenig schlafen, hilft nichts: „MEINE Nacht ist jetzt vorbei“, tönt eine Patientin. „Ich mache mir erst mal einen Kaffee.“ Wir bugsieren den störrischen Neuankömmling ins Esszimmer. Sie brauche nicht ins Bett zu gehen, wenn sie sich einigermaßen ruhig verhalte, sagen wir ihr. Am anderen Morgen soll ihre Situation mit den Stationsärzten geklärt werden. „Dann will ich jetzt ein Bier“, fordert die Frau und lässt sich auf einen Stuhl fallen. Da reicht ihr die Mitpatientin schon einen Tee: „Trink das, das tut gut.“

Verstärkung benötigt Ich verabschiede mich ins Dienstzimmer und hoffe, jetzt ins Bett gehen zu können. Über 2 Stunden hat uns die Patientin auf Trab gehalten. Es ist 3 Uhr. Gerade will ich mich hinlegen,

als das Telefon klingelt. „Die neue Patientin holt jetzt die Bilder von den Wänden und randaliert. Du musst kommen.“ Also zurück. Auch die Verstärkung ist schon mobilisiert: 2 erfahrene Hauptnachtswachen und Kollegen aus der Pflege von den anderen Stationen. Wie aus dem Nichts tauchen sie auf, wenn sie gerufen werden und geben mir ein ungemein beruhigendes Gefühl. Denn aggressive 21-jährige Frauen können unglaubliche Kräfte entwickeln.

Jetzt ist auch der Zeitpunkt gekommen, an dem ich den Oberarzt telefonisch aus dem Bett klinge. Er bestätigt mir, dass ich die Patientin mit Tavor i.m. Zwangsmedizieren darf, wenn es sein muss. Angesichts des Fixierbettes, das ihr vor die Nase geschoben wird, entscheidet sich die Frau am Ende aber doch, lieber ruhig den Morgen abzuwarten. Später erfahre ich, dass sie auch ohne Beruhigungsmittel gegen 5 Uhr ins Bett gegangen ist.

3 Stunden Schlaf Meine Nacht währt nur noch kurz. Von halb 4 bis halb 7 kann ich schlafen, dann weckt mich der Frühdienst meiner Station. Einer der Alkoholpatienten von gestern Abend mische jetzt die Station auf und müsse vermutlich fixiert werden. Doch auch hier geht es am Ende ohne. Ich bin ganz glücklich, dass alle Patienten die Nacht gut überstanden haben – und ich auch. Um 10 Uhr gehe ich nach Hause – dankbar dafür, dass mir so erfahrenes Personal zur Seite stand, dass mir mein Oberarzt zuvor versichert hat, ich könne ihn zu jeder Tages- und Nachtzeit anrufen und dass nicht ausgerechnet in meiner ersten Nacht eine Katastrophe passiert ist.



Ulrike Rostan ist Assistenzärztin in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Fachpsychotherapie Christophsbad Göttingen.
E-Mail: ulrike.rostan@christophsbad.de

Schreiben Sie uns!

Hatten auch Sie ein persönliches Schlüssel-Erlebnis? Ob positiv oder negativ – in *Legart* können Sie davon erzählen und Ihre Kollegen am konkreten Beispiel lernen lassen. Sie erreichen die Redaktion unter Tel.: 0711/8931-677 oder per E-Mail: legartis@thieme.de. Gemeinsam prüfen wir, ob sich Ihre Geschichte für eine Publikation eignet – und natürlich garantieren wir absolute Vertraulichkeit.

Kommentar

von Prof. Dr. Frank-Gerald B. Pajonk



Bildnachweis: AEDN Verlag & Studio

Nicht nur vorbildlich – auch mutig

Ein gutes Beispiel Ich freue mich sehr über die äußerst gelungene Schilderung des Schlüsselerlebnisses „Mein erster Nachtdienst in der Psychiatrie und Psychosomatik“. Sie zeigt, wie abwechslungsreich und herausfordernd ein solcher Nachtdienst sein kann.

Tätigkeit mit vielen Herausforderungen Offensichtlich handelt es sich um eine Klinik mit einem Vollversorgungsauftrag. Dies bedeutet, dass die Klinik verpflichtet ist, Tag und Nacht Menschen mit allen Arten von psychischen Störungen aus ihrem Einzugsbereich zu diagnostizieren und zu behandeln. Nicht nur die nächtlichen Neuaufnahmen, auch die bereits vorhandenen Patienten können einen Dienstarzt mächtig „auf Trab“ halten. Und das Spektrum ist umfangreich:

- ▶ Erwachsenenpsychiatrie mit Akut- und Notfallversorgung,
- ▶ Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ganz anderen Vorgehensweisen in der Krisenintervention, anderen Medikamenten und veränderten Dosierungen,
- ▶ Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin, für die fundierte Kenntnisse in innerer Medizin und in Traumatologie sehr nützlich sind.

Fachwissen allein reicht nicht aus Für eine solche Klinik ist der hier berichtete Dienst nicht besonders ungewöhnlich: Die Ärztin ist mit mehreren erregten und aggressiven Patienten konfrontiert, die auch das Potenzial haben, gewalttätig zu werden. Dreimal kommt die Polizei in dieser Nacht, mehrfach müssen Zwangsmaßnahmen erwogen, wenn auch nicht umgesetzt werden. Diese Aspekte erfor-

dern ein hohes Maß an Fachkenntnissen, persönlicher Standfestigkeit und Klarheit sowie Rechtssicherheit.

Optimales Verhalten Die Dienstärztin verhält sich dabei nach meiner Auffassung vorbildlich. Trotz aller verständlichen Unruhe angesichts der Vielfalt der Fragestellungen und Situationen, die sie klären muss,

- ▶ bleibt sie ruhig, überlegt und freundlich.
- ▶ Sie lässt sich nicht provozieren und
- ▶ zeigt Verständnis für die Verfassung und die Bedürfnisse der Patienten.
- ▶ Sie weiß, wann sie Hilfe anfordern (den Oberarzt) und annehmen können (durch das Pflegepersonal) muss.
- ▶ Sie beherzigt intuitiv einige der wichtigsten Grundsätze, die die so wichtige Teambildung im Nachtdienst fördern und stärken: z. B.
 - ▷ wenn sie sich – trotz eigener hektischer Betriebsamkeit – unaufgefordert beim Pflegepersonal nach dem Befinden eines zuvor auffälligen Patienten erkundigt
 - ▷ oder die Hilfe des Pflegepersonals im Umgang mit unkooperativen Patienten annimmt.

Flexibel sein und dennoch klare Grenzen setzen Frau Rostan hätte es sich an vielen Stellen einfacher machen können – zum Nachteil aller Beteiligten. Dass sie es nicht tat, ist besonders für eine Ärztin (bzw. einen Arzt) im ersten Nachtdienst mutig. Frau Rostan hört zu, motiviert, überzeugt oder überredet. Dabei setzt sie (auch wenn es ihr nicht immer leicht fällt) Grenzen. Sie deeskaliert, auch wenn sie provoziert wird, und beharrt nicht auf ihrer Meinung. Sie sucht konstruktive Lösungen im Sinne der Patienten – wenn sie z. B. der Patientin, die mit Suizid gedroht hat, zugesteht, im Tagesraum bleiben zu dürfen, statt ins Bett gehen zu müssen.

- ▶ So schafft sie es, einen Nachtdienst ohne Zwangsmaßnahmen zu beenden, der bei anderer Einstellung durchaus mehrfach zur Anwendung von Fixierungen und Zwangsmedikation hätte führen können.

Kooperation verbessert das Therapieergebnis Der von der Dienstärztin gewählte Weg ist zwar der aufwendigere, doch er stellt das juristisch einwandfreie Verhalten dar – und ist im Sinne der Adhärenz von Patienten und deren späterer Einstellung zur Psychiatrie eindeutig

vorzuziehen. Die Bedeutung eines kooperativen und non-direktiven Führungsstils gerade im Erstkontakt für das spätere Behandlungsergebnis und die Prognose einer psychischen Erkrankung wurde in mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen klar bestätigt.

Was erwartet der Patient? Dies bedeutet nicht, dass keine für den Patienten unangenehmen Entscheidungen getroffen werden dürfen – im Gegenteil: Viele psychisch kranke Patienten erwarten in einer akuten Krisensituation zumindest unbewusst

- ▶ klare Grenzsetzungen sowie
- ▶ Sicherheit des Therapeuten in seiner Einschätzung der Situation und seinen Schlussfolgerungen bzw. Maßnahmen – auch wenn diese im Nachtdienst nur vorläufigen und befristeten Charakter haben können.

Empathisches Handeln wird belohnt Aus Sicht des Patienten und aller anderen Beteiligten übernimmt der Dienstarzt – sei er explizit damit beauftragt oder nicht – die Verantwortung für das weitere Vorgehen. Gerade psychiatrische Patienten spüren sehr deutlich, aus welcher Haltung heraus der Arzt handelt. Verhält er sich verständnisvoll und motivierend? Diese Haltung entscheidet, ob ein Patient schließlich kooperiert oder eben nicht, ob Maßnahmen gegen den erklärten Willen des Patienten als Zwangsmaßnahmen angesehen werden oder als notwendiges, aber hinzunehmendes Übel.

Die Sicherheit nicht vergessen! Besonders hervorzuheben bei der Schilderung dieses Nachtdienstes ist die Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten. Dazu zählt u. a.,

- ▶ nicht allein mit einem Patienten in einem Raum zu sein, aber auch,
- ▶ Menschen, die unter nicht zu klärenden Umständen mit Suizid oder Brandstiftung gedroht haben, in jedem Fall über Nacht da zu behalten.

Wie es im Text richtig heißt: Endgültige Diagnosen können im Nachtdienst auch von Berufserfahrenen nur selten gestellt werden.

Prof. Dr. med. Frank-Gerald B. Pajonk ist Chefarzt der Privat-Nerven-Klinik Dr. Kurt Fontheim in Liebenburg und Leiter des Referats Notfallpsychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Er gehört zum Herausbergremium von *Lege artis*. E-Mail: pajonk@klinik-dr-fontheim.de