

Stationäre Psychiatrische Kurzzeit-Krisenintervention am Basler Universitätsspital

Wer wird behandelt und wie ist der weitere Verlauf?

Frank Wernicke, Rolf-Dieter Stieglitz, Anita Riecher-Rössler

Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel

Interessenskonflikt und finanzielle Unterstützung: keine

Summary

Evaluation of an inpatient-based psychiatric short-term Crisis Intervention Service (KIS), which has been operating in the Basel University Hospital since 1991.

Objectives: The University Hospital Basel serves as a District General Hospital for a population of about 200 000 residents. Service users are referred via general or specialist practitioners or the hospital's own emergency department. Their stay is usually limited to four days and patients receive treatment by a multi-professional team of nurses, psychiatrists and social workers. Patients with acute suicidal ideation, risk of violence to others, psychotic decompensation or predominantly dependence problems are not considered for admission.

Methods: a) Self-rated, Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) and the Well-being Scale according to Zerssen (Bf-S/Bf-S'), and observer-rated, Clinical Global Impressions (CGI) and Social and Occupational Functioning Scale (SOFAS), questionnaires were completed for 150 admissions and combined with routinely collected information.

b) After six months, 89 admissions were included in a follow-up re-evaluation of the subsequent outcomes. This consisted of patients completing another SCL-90-R and answering other questions about the outcome.

Results: a) Most of the admitted patients (84.6%) had previously been or were currently receiving psychiatric treatment and 42.7% had been admitted to a psychiatric hospital before. The average SCL-90-R Global Severity Index (GSI) of 1.68 and Bf-S + Bf-S'/2 mean 37.07 (SD 13.34) revealed high levels of psychopathology. The most frequent diagnoses were affective disorders (ICD-10 F3) with 48.7%, followed by 24.7% neurotic and psychosomatic disorders (ICD-10 F4) and 17.3% schizophrenia and delusional disorders (ICD-10 F2).

b) Patients with affective disorders were more likely to reply. In hindsight 84.3% rated the treatment at the KIS as helpful. The SCL-90-R GSI dropped by 50% (0.82). 17.2% of the responding patients additionally had used inpatient treatment. The possibility of being at some distance from a distressing situation was often felt to be helpful (67.4%). More than half of all patients reported a significant change in their personal circumstances, i.e., living conditions, relationships or work circumstances.

Conclusions: A brief inpatient-based crisis intervention service can be effective in helping patients with significant mental health problems to move on to outpatient-based follow-up arrangements. Many patients in this study experienced significant changes in their personal circumstances following their admission. They reported benefits from being at some distance from acutely distressing situations and this would suggest that, even in an era of community-based psychiatric services, brief inpatient-based crisis intervention services can play an important role in supporting patients in acute situations.

Keywords: crisis-intervention; inpatient; outcome

Einführung

Seit Anfang 1991 besteht am Universitätsspital Basel eine an die dort integrierte Psychiatrische Poliklinik angeschlossene Kriseninterventionsstation (KIS), die bald zu einem wichtigen Standbein der psychiatrischen Versorgung in der Region Basel wurde.

Zur «Regio Basiliensis» werden neben dem Kanton Basel-Stadt mit knapp 200 000 Einwohnern auch die benachbarten Kantone Baselland und teilweise Solothurn sowie die grenznahen Gebiete in Deutschland und Frankreich gezählt. Für Basel-Stadt erfolgt die ambulante psychiatrische Versorgung neben der Psychiatrischen Poliklinik am Universitätsspital durch die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater. Die stationäre Versorgung erfolgt zum Grossteil durch die Psychiatrische Universitätsklinik sowie durch ein weiteres, privates Spital, das allerdings nicht für akute Aufnahmen zur Verfügung steht.

Konzeptuell handelt es sich um die Möglichkeit einer kurzzeitigen, in der Regel auf vier Tage beschränkten stationären Aufnahme im Rahmen des Allgemeinspitals mit einem strukturierten Behandlungsprogramm durch ein multiprofessionelles Team von psychiatrischen und weiteren Fachkräften (zum Untersuchungszeitpunkt acht Betten mit Oberarzt 50%, Pflegeleitung 80%, Assistenzarzt 100%, Pflege 870%, Pflegeassistentin 100% und Sozialarbeiterin 50%). Die Aufnahme erfolgt täglich während 24 Stunden niederschwellig via Notfallstation des Universitätsspitals oder auf direkte Zuweisung über die Psychiatrische Poliklinik. Aufgrund des offenen Rahmens innerhalb des Universitätsspitals gilt als Kontraindikation für eine Aufnahme das Vorliegen einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung, einer im Vordergrund stehenden Suchtproblematik sowie eine akute psychotische Dekompensation. Bei allen Patienten werden zwei Kriseninterventionsgespräche täglich durch den Arzt durchgeführt, davon einmal täglich in Anwesenheit des ganzen Behandlungsteams («Visite»). Inhaltlich richten sich die Gespräche nach dem von uns publizierten Kriseninterventionskonzept, das sich vor allem durch Unverzögerlichkeit und Problemorientierung auszeichnet [1]. Die einzelnen Schritte beinhalten dabei Beziehungsaufbau, Gewährleistung von Sicherheit, Stressreduktion und emotionale Entlastung, Problemdefinition, Ressourcenaktivierung, Problembewältigung.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler
Psychiatrische Poliklinik
Universitätsspital Basel
CH-4031 Basel
ariecher@uhbs.ch

gung, Planung weiterer Bewältigungsschritte und Abschluss. Jedem Patienten wird eine Kontaktpflegeperson zugeordnet, die mindestens zwei Gespräche mit dem Patienten führt und jederzeit ansprechbar ist. Weitere Behandlungsschritte, wie Familiengespräche und entlastende Physio- oder Kreativtherapie oder eine allfällige Sozialberatung, werden individuell angepasst. Die Lage innerhalb des Universitätsspitals erlaubt auch für die somatischen Aspekte der Behandlung eine schnelle Abklärung und Therapie. Für jeden Austritt gilt, dass ein konkreter Nachbehandlungs- oder Übertrittstermin zu einem Weiterbehandelnden bestehen muss.

Für das Jahr 2000 war bereits eine umfangreiche Untersuchung für alle 651 in diesem Zeitraum auf der Kriseninterventionsstation behandelten Fälle durchgeführt worden, um zu dokumentieren, welche Patienten mit welchem Profil auf der Kriseninterventionsstation behandelt worden waren [2]. Dabei hatte sich gezeigt, dass bei einem mittleren Alter von 38,5 Jahren die Patienten im Verhältnis 2:1 zumeist Frauen waren. Es wurden überdurchschnittlich oft Alleinstehende oder Angehörige einer ausländischen Nationalität (zumeist der türkischen Bevölkerungsgruppe Basels) behandelt. Der Krisenanlass bestand zumeist aus einer Verschlechterung einer psychischen Erkrankung oder aus Beziehungsproblemen. Als Haupteinweisungsgrund ergab sich in der Mehrzahl der Fälle eine Verschlechterung von depressiven Symptomen, gefolgt von Suizidalität oder auch einem Suizidversuch. In der diagnostischen Verteilung ergaben sich dementsprechend zu einem Grossteil Diagnosen aus dem Bereich der affektiven (ICD-10 F3) und Angst-/Anpassungsstörungen (ICD-10 F4). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug vier Tage bei einer über 90%-igen Belegung. Die Nachbehandlung der Patienten erfolgte zumeist ambulant durch die Poliklinik, einen niedergelassenen Psychiater oder Hausarzt. Ein Teil der Patienten bedurfte nach den ersten vier Behandlungstagen noch einer weiteren kurzfristigen Wiederaufnahme auf die KIS. Nur jeder fünfte Patient musste unmittelbar nach der KIS-Behandlung zur weiteren stationären Behandlung in eine psychiatrische Klinik verlegt werden.

Die vorliegende Arbeit berichtet über die genauere Analyse und Nachbefragung einer Stichprobe von 150 dieser Fälle (Eintritte Oktober bis Dezember 2000; n = 150). Ziel war, zu überprüfen, wie nachhaltig sich diese stationäre Kurzzeit-Krisenintervention auf den weiteren Behandlungserfolg und dessen Stabilität auswirkte.

Dabei sollte insbesondere untersucht werden,

- welchen Grad von Beeinträchtigung die aufgenommenen Patienten aufwiesen und ob es nach der KIS-Behandlung zu einer signifikanten und andauernden Besserung der Befindlichkeit gekommen war,
- inwiefern nach der KIS-Behandlung noch eine stationäre Behandlung nötig geworden war,
- wie die KIS-Behandlung von den Patienten im Nachhinein eingeschätzt wurde und
- inwiefern es, vom Krisengedanken als entscheidende Lebenssituation ausgehend, im weiteren Verlauf zu wesentlichen Veränderungen im privaten oder beruflichen Leben gekommen war.

Die Untersuchung wurde von der zuständigen Ethikkommission beider Basel genehmigt.

Methoden

Zusätzlich zu den Daten der allgemeinen Erhebung [2], die die persönlichen Grunddaten, Angaben zur persönlichen Wohn- und Berufssituation, zum Aufnahmemodus, die Diagnose nach ICD-10 und zum Krisenanlass bzw. Zuweisungsgrund umfassten, wurden, in der Regel durch den Erstautor, die Patienten des Dreimonatszeitraumes dahingehend untersucht, inwiefern in der Vorgeschichte schon eine ambulante oder stationäre psychiatrische Behandlung erfolgt war und ob es während des KIS-Aufenthaltes für den Patienten zu wesentlichen Änderungen der Lebenssituation (Arbeit, Wohnung, Partnerschaft) kam.

Zur Erfassung der jeweiligen Symptomatologie und subjektiven Befindlichkeit wurden bei Eintritt an die Patienten zur Selbsteinschätzung die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) [3] und die Befindlichkeitskala Bf-S/Bf-S' [4] abgegeben. Zusätzlich wurden vom behandelnden Arzt zu Beginn und Ende des Aufenthaltes die «Clinical Global Impressions» (CGI) [5] ausgefüllt, ausserdem erfolgte während des Aufenthaltes eine Einschätzung entsprechend der «Social and Occupational Functioning Scale» (SOFAS) [6].

Etwa sechs Monate nach Klinikaustritt wurden alle Patienten, die im vierten Quartal 2000 auf der KIS zur Behandlung waren (n = 114), angeschrieben und bekamen einen selbst entworfenen Beurteilungsbogen sowie erneut eine Symptom Checklist SCL-90-R zugestellt. Der Beurteilungsbogen bestand aus drei Teilen: 1) Beurteilung der Behandlung auf der KIS, 2) Fragen zum Verlauf in den sich an die KIS-Behandlung anschliessenden sechs Monaten, 3) allgemeine Bemerkungen zur Behandlung auf der KIS.

Instrumente

Selbstbeurteilungsinstrumente

Mit der Symptom Checklist-90-R werden neun Dimensionen psychiatrischer Symptome und drei globale Werte erfasst, während die Befindlichkeitskala mit den Parallelformen Bf-S und Bf-S' mit je 28 Antwortpaaren eine Erfassung des subjektiven Wohlbefindens bzw. seiner Beeinträchtigung erlaubt.

Fremdbeurteilungsinstrumente

Mittels der «Clinical Global Impressions» (CGI) werden auf einer siebenstufigen Skala der Schweregrad der Erkrankung und deren Veränderung eingeschätzt. Zusätzlich wurde vom betreuenden Pflegepersonal mittels der «Social and Occupational Functioning Scale» (SOFAS) das persönliche und soziale Funktionsniveau der Patienten anhand einer von 1 bis 100 reichenden Skala beurteilt.

Statistik

Die Analysen erfolgten mittels Chi²- und t-Test für abhängige bzw. unabhängige Stichproben, im SPSS 10.0 für Windows (Statistical Package for Social Sciences).

Resultate

Daten bei Aufnahme

Daten zur Vorgeschichte

Bei der genaueren Analyse der Eintritte zeigte sich, dass in 84,6% der Fälle schon eine ambulante psychiatrische Behandlung erfolgt war, in über zwei Dritteln der Fälle (69,4%) war dies auch aktuell der Fall. In etwas weniger als der Hälfte der Fälle waren bereits eine oder mehrere psychiatrische Hospitalisationen erfolgt (42,7%), über die Hälfte der Patienten war schon einmal auf der KIS aufgenommen worden (53,3%). Ein Suizidversuch in der Vorgeschichte war in einem Fünftel der Fälle bekannt (22,0%). Bei etwa einem Fünftel (21,5%) bestand eine teilweise oder vollständige Berentung.

Standardisierte Evaluation bei Aufnahme

In der Selbstbeurteilung mit der Symptom Checklist-90-R [3] zeigte sich im Durchschnittswert in allen Skalen eine Erhöhung mit einem deutlich erhöhten Global Severity Index (GSI) von 1,68 (Norm 0,33, Standardabweichung 0,25, [3]). Dies zeigte sich vor allem für die Skalenwerte Depressivität, Ängstlichkeit und Zwanghaftigkeit.

Bezüglich der auf der KIS ermittelten Werte der Befindlichkeitsskalen Bf-S, Bf-S' bzw. Bf-S + Bf-S'/2 unterschieden

sich diese hochsignifikant ($p < .001$; Bf-S + Bf-S'/2 Mittelwert 37,07, Standardabweichung 13,34) von den im Testmanual (von Zerssen 1976, [4]) mitgeteilten Werten für eine repräsentative Stichprobe von Gesunden (Mittelwert 12,16, Standardabweichung 9,34).

Der Schweregrad entsprechend des klinischen Gesamteindrucks (CGI) wurde bei Eintritt in 51,3% der Fälle als deutlich krank, in 22,0% als schwer krank, in 8,0% als mässig krank und in 2% als leicht oder nicht sicher krank eingeschätzt (in 0,7% als nicht beurteilbar angegeben, in 16% keine Angaben).

In der Bewertung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus (SOFAS) war die Funktionsleistung bei 5,4% der Fälle als fehlend oder dauerhaft eingeschränkt, bei 54% als stark oder ernst, bei 26,7% mittelgradig oder in einigen Aspekten, in 2% ganz gering oder gar nicht beeinträchtigt (12% keine Angaben).

Daten während des KIS-Aufenthaltes

Die Belegung mit 642 Behandlungstagen in drei Monaten bei acht Betten ergibt eine Auslastung von 87% und spricht für eine gute Annahme dieses Angebotes. Wesentliche Ereignisse (Arbeit, Partnerschaft, Wohnung) während des KIS-Aufenthaltes waren erwartungsgemäss eher selten (3,4% Verlust Arbeitsplatz, 0,7% Verlust Partner, 1,3% anderes).

Daten bei Austritt

Wie Tabelle 1 zeigt, fanden sich in den Austrittsdiagnosen zumeist affektive Störungen, gefolgt von Angst- und Anpassungsstörungen sowie Schizophrenien und wahnhaften Störungen. Bei Austritt hatte sich nach Einschätzung von Behandlerseite mittels der «Clinical Global Impressions» (CGI) in 18% eine deutliche Besserung, in 39,3% der Fälle eine leichte Besserung ergeben. In 24,7% der Fälle wurde im Verlauf auf der KIS keine Zustandsveränderung beobachtet, bei 1,4% wurde eine weitere Verschlechterung festgestellt (in 0,7% nicht beurteilbar, in 16% keine Angaben).

Daten der Nachuntersuchung

Wie erwähnt, wurden die Patienten des vierten Quartals rund sechs Monate nach Entlassung postalisch befragt. Von den 114 angeschriebenen Patienten des vierten Quartals sandten 70 die Fragebögen ausgefüllt zurück (= 61,4%), was im Vergleich mit ähnlichen Studien [7–10] als eine gute Rücklaufquote zu werten ist. Unter Einbezug von einigen Mehrfacheintritten wurden durch diese 70 Patienten insgesamt 89 Aufenthalte repräsentiert, die katamnestisch ausgewertet werden konnten (15 Patienten waren zweifach und zwei Patienten dreifach eingetreten, die Diagnoseverteilung zu einmal Aufgenommenen war dabei nicht signifikant unterschiedlich, auch entspricht die Auswertung nach allen erfolgten Aufenthalten mehr der klinischen Realität).

Die Fälle der Katamnese zeigten im Altersdurchschnitt und Geschlechterverhältnis eine vergleichbare Verteilung wie die Fälle, die den Rückmeldebogen nicht zurücksandten (Tabelle 2). Nicht signifikant unterschiedlich für diese Fallgruppen zeigten sich auch weitere soziodemographische

Tabelle 1

Klinische Daten bei Entlassung (n = 150).

Hauptdiagnose bei Entlassung	
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F1)	9 (6,0%)
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (ICD-10 F2)	26 (17,3%)
Affektive Störungen (ICD-10 F3)	73 (48,7%)
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F4)	37 (24,7%)
Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren (ICD-10 F5)	1 (0,7%)
Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen (ICD-10 F6)	4 (2,7%)
Aufenthaltsdauer	
Ein bis drei Tage	34 (22,7%)
Vier Tage	95 (63,3%)
Fünf bis sieben Tage	14 (9,3%)
Acht bis vierzehn Tage	5 (3,3%)
Länger als zwei Wochen	2 (1,3%)
Überweisung an	
Keine Angaben	1 (0,7%)
Psychiatrische Universitätsklinik (PUP)	48 (32,0%)
KIS ambulant	4 (2,7%)
KIS Wiedereintritt	17 (11,3%)
Freipraktizierender Psychiater	23 (15,3%)
Hausarzt	9 (6,0%)
Andere psychosoziale Stelle	1 (0,7%)
Psych. Hospitalis. Basel-Stadt	23 (15,3%)
Psych. Hospitalis. and. Kanton	3 (2,0%)
Anmeldung psych. Klinik	8 (5,3%)
Andere	13 (8,7%)

Tabelle 2

Vergleich Katamnese Stichprobe (n = 89) mit Fällen ohne Rückmeldung nach sechs Monaten (n = 61).

	Katamnese retourniert	Katamnese nicht retourniert	p-Wert
Durchschnittsalter bei Aufnahme	37,07 Jahre	37,25 Jahre	.931 a)
Geschlecht			.687 b)
Männlich	23 (25,8%)	14 (23,0%)	
Weiblich	66 (74,2%)	47 (77,0%)	
Zivilstand			.091 b)
Ledig	44 (49,4%)	23 (37,7%)	
Verheiratet	30 (33,7%)	16 (26,2%)	
Getrennt	5 (5,6%)	5 (8,2%)	
Geschieden	8 (9,0%)	15 (24,6%)	
Verwitwet	2 (2,2%)	2 (3,3%)	
Nationalität			.915 b)
Schweiz	63 (70,8%)	44 (72,1%)	
Europäische Union	9 (10%)	5 (8%)	
Türkei	8 (9,0%)	7 (11,5%)	
Andere	9 (10%)	5 (8%)	
Krisenanlass			.015 b)
Paar-/Eheproblematik	30 (33,7%)	14 (22,9%)	
Probleme am Wohnort	3 (3,4%)	10 (16,4%)	
Arbeitsplatzprobleme	11 (12,4%)	3 (4,9%)	
Exacerbation psychische Krankheit	38 (42,7%)	25 (41,0%)	
Andere	7 (7,9%)	9 (14,7%)	
Hauptdiagnose bei Entlassung			<.0001
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F1)	2 (2,2%)	7 (11,5%)	
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10 F2)	16 (18,0%)	10 (16,4%)	
Affektive Störungen (ICD-10 F3)	54 (60,7%)	19 (31,1%)	
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F4)	16 (18,0%)	21 (34,4%)	
Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren (ICD-10 F5)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	
Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen (ICD-10 F6)	0 (0,0%)	4 (6,6%)	
Unmittelbar der KIS nachfolgende Behandlung			.129 b)
Stationär	24 (27,0%)	10 (16,4%)	
Ambulant	65 (73,0%)	51 (83,6%)	

a) t-Test für unabhängige Stichproben.

b) Pearson Chi² Test.

Daten wie Zivilstand und Nationalität. Auch die Art der unmittelbar nachfolgenden Behandlung hatte keinen signifikanten Einfluss. Beim Krisenanlass ergab sich allerdings ein signifikanter Unterschied, wobei in der Katamnese Gruppe am häufigsten diejenigen Patienten mit Paar-/Eheproblematik sowie Arbeitsplatzproblemen geantwortet hatten. Bei der Diagnoseverteilung waren insbesondere die der affektiven Störungen (ICD-10 F3) im Vergleich zu der Vergleichsgruppe über-, dagegen die der Anpassungsstörungen (ICD-10 F4) unterrepräsentiert. Diese Unterschiede zeigten sich insgesamt hochsignifikant (Chi², df = 5; p <.0001).

Die erfolgte Behandlung auf der KIS wurde in der grossen Mehrzahl der Fälle (84,3%) als hilfreich oder sehr hilfreich eingeschätzt. Als hilfreiche Faktoren (Mehrfachantworten möglich) wurden zuerst die erfolgte Distanz zur belastenden Situation (67,4%), gefolgt vom Kontakt zu den Ärzten und dem Pflegepersonal auf der KIS (59,6% bzw. 47,2%) genannt. Medikamente wurden in etwa einem Drittel der Fälle als hilfreich erlebt (36,0%). In über zwei Dritteln der Fälle wurde ein halbes Jahr nach Austritt die eigene Verfassung

als besser oder sehr viel besser eingeschätzt (67,6%), wobei der KIS-Behandlung in ebenfalls knapp zwei Dritteln der Fälle ein gewisser oder bedeutender Einfluss zugeschrieben wurde (61,8%). Die auf der KIS erarbeiteten Lösungskonzepte wurden zu je einem Drittel als voll (29,2%) oder teilweise (32,6%) praktikabel eingeschätzt. Von der Möglichkeit, eigene Bemerkungen zur KIS-Behandlung zu machen, wurde in 29 Fällen (31,9% der Rückläufe) Gebrauch gemacht, davon äusserten sich 17 positiv, 6 negativ, 6 machten anderweitige Bemerkungen. Die meisten bezogen sich dabei auf allgemeinen Dank, Lob der Pflege und auf die Feststellung, wie wichtig die KIS als «Zufluchtsort» sei, ohne direkt in eine psychiatrische Klinik eintreten zu müssen. Kritik geäussert wurde an eher distanziert erlebtem ärztlichen Personal oder allgemein, dass die Behandlung in der Psychiatrie zu medikamentenorientiert sei (für weitere Angaben der zwischenzeitlichen Behandlung und zur Änderung der Lebenssituation siehe Tabelle 3).

Im SCL-90-R zeigte sich nach sechs Monaten im Vergleich zum Zeitpunkt des Eintritts auf der KIS in allen Skalen

eine signifikante Verringerung und ein in etwa halbiertes mittlerer Global Severity Index (GSI) von 82, dies war auch unter Herausrechnung von fünf Mehrfacheintritten der Fall.

Diskussion

Entsprechend dem klinischen Eindruck bestätigte sich in der standardisierten Selbst- und Fremdbeurteilung, dass es sich bei den auf die KIS Aufgenommenen um eine deutlich beeinträchtigte Personengruppe handelt. Erfreulich war, dass nach einem halben Jahr in über drei Vierteln der Fälle (77,4%) katamnestisch in der Selbsteinschätzung eine viel oder auch sehr viel bessere Verfassung angegeben und in zwei Dritteln der Fälle (61,8%) der KIS-Behandlung ein gewisser oder auch ein grosser Einfluss auf die Besserung zugeschrieben wurde. Diese Selbsteinschätzung korreliert mit den Angaben in der katamnestischen Symptom Checklist-90-R, die in der Katamnese im Mittel eine Reduktion des Durchschnittsscores auf etwa die Hälfte angibt, wobei in knapp der Hälfte der Fälle (44,01%) sogar eine Symptomfreiheit erreicht wurde (Global Severity Index GSI <0,57; Cut-off-Punkt entspr. Schauenburg et al. [11]). Dieser Wert entspricht dem von Reisch et al. gefundenen Wert in deren

Untersuchung nach einem Zweijahreszeitraum [8] (auf der Berner Kriseninterventionsstation wurden Patienten nach zweiwöchiger, eklektisch orientierter Behandlung mit der Symptom Checklist-90-R und weiteren Instrumenten bei Aufnahme, Entlassung und nach zwei Jahren untersucht).

Dass die KIS-Behandlung meistens innerhalb von vier Tagen abgeschlossen werden konnte (86%), spricht für das Konzept, wonach eine klare zeitliche Vorgabe hilft, Ressourcen zu aktivieren, um die weitere Anschlusslösung zu klären. In 11,3% musste dabei vorerst noch auf eine geplante Wiederaufnahme auf die KIS zurückgegriffen werden.

Der Anteil der stationären Weiterbehandlungen oder einer diesbezüglichen Anmeldung lag mit 22,6% im Bereich der in der Literatur genannten Angaben von vergleichbaren Einrichtungen [9, 12–14]. Auch die Tatsache, dass es im Katamnesezeitraum zu einer weiteren stationären Behandlung kam (zusätzlich 17,2%), entspricht der Tendenz, die schon in anderen Studien beobachtet wurde [7–9].

Wie in anderen Untersuchungen zur Kriseninterventionsbehandlung gezeigt [7], besteht im Rückblick bei den Patienten nach einem halben Jahr überwiegend eine positive Einschätzung der KIS-Behandlung (84,3%). Zwei Drittel der Patienten (61,8%) sahen die auf der KIS erarbeiteten Lösungskonzepte als praktikabel. Dies lässt darauf schliessen, dass der Erfassung des Hauptproblemereichs mit Erarbeitung von Lösungen, wie in unserem Kriseninterventionskonzept vorgesehen, eine hohe Bedeutung für den langfristigen Behandlungserfolg zukommt. Dies wurde auch von Reisch et al. [8] so beschrieben. Interessant ist auch, welcher Aspekt der Krisenbehandlung im Nachhinein von den Patienten am hilfreichsten eingeschätzt wurde. Hier zeigte sich ein hoher Anteil an Fällen, in denen allein schon die Tatsache, auf der KIS, weg vom zuletzt Erlebten, untergebracht zu sein, als wesentlich eingeschätzt wurde (67,4%). Dies kann darauf hindeuten, dass, auch wenn heute der Grundsatz «ambulant vor stationär» gilt, die Möglichkeit für eine kurzfristige und nicht stigmatisierende Kurzzeit-Hospitalisation eine wesentliche Hilfe bedeuten kann (siehe auch Katschnig et al., [15]). Auch im englischsprachigen Raum, wo teils auf sehr gut ausgebauten ambulanten Diensten zurückgegriffen werden kann, besteht eine Tendenz, alternative Einrichtungen zur psychiatrischen Klinik, wie sogenannte «crisis houses», für die Krisenintervention zu nutzen [16, 17].

Bemerkenswert war schliesslich die Änderung der Lebenssituation innerhalb der sechs Monate nach Austritt aus der KIS, die in über der Hälfte der Fälle angegeben wurde (54,4%). Während des eigentlichen Aufenthaltes war dies so noch nicht absehbar (nur in 5,4% der Fälle). Dies ist im Vergleich zu anderen Untersuchungen eher ausgeprägt (10,2% bei Hauck et al. [9]) und ist ein Hinweis dafür, dass auf der Basler Station in hohem Masse die Klientel der Patienten erreicht wurde, die sich tatsächlich in Krisen, d.h. lebenssituativ entscheidenden Situationen, befanden.

Einschränkend anzumerken ist, dass mit dieser Studie keine definitive Aussage darüber möglich war, in wie vielen Fällen die KIS-Behandlung eine sonst unumgängliche psychiatrische Hospitalisation abwenden konnte. Zum Vergleich gibt z.B. eine mittlerweile veröffentlichte Untersuchung aus Genf an, dass dort durch den Aufbau von drei ähnlichen Institutionen die Zahl von Spitaleinweisungen

Tabelle 3

Katamnestische Angaben zu der seit dem KIS-Aufenthalt erfolgten und der zum Befragungszeitpunkt nach sechs Monaten bestehenden Behandlung (n = 89).

Behandlung seit KIS-Aufenthalt (Mehrfachnennungen)	
Ambulant Psychiatrische Poliklinik (PUP)	28 (31,8%)
Ambulant KIS	5 (5,7%)
Wiedereintritt KIS	23 (26,1%)
Sozialarbeiter PUP/KIS	4 (4,5%)
Freipraktizierender Psychiater	32 (36,4%)
Hausarzt	25 (28,4%)
Andere Beratungsstelle	3 (3,4%)
Psych. Klinik Basel-Stadt	24 (27,3%)
Psych. Klinik ausserkantonale	11 (12,5%)
Anmeldung Psych. Klinik	3 (3,4%)
Keine	4 (4,5%)
Andere	10 (11,4%)
Aktuelle Behandlung (Mehrfachnennungen)	
Ambulant psychiatrische Poliklinik (PUP)	27 (30,3%)
Wiedereintritt KIS	2 (2,2%)
Freipraktizierender Psychiater	27 (30,3%)
Hausarzt	14 (15,7%)
Andere Beratungsstelle	4 (4,5%)
Psych. Klinik Basel-Stadt	6 (6,7%)
Psych. Klinik ausserkantonale	4 (4,5%)
Anmeldung psych. Klinik	1 (1,1%)
Keine	12 (13,5%)
Andere	13 (14,6%)
Änderung der Lebenssituation	
Nein	40 (44,9%)
Ja	49 (55,1%)
Davon (Mehrfachantworten)	
Änderung Wohnung/Umzug	21 (24,1%)
Änderung Partnerschaft	19 (21,8%)
Änderung Arbeit	29 (33,3%)
Sonst. Änderung Lebenssituation oder keine Angabe	18 (20,7%)

Tabelle 4

Vergleich der gepaarten Stichprobe (n = 59 *) SCL-90-R KIS-Eintritt/Katamnese.

Mittelwerte (n = 59)	bei Eintritt KIS	nach 6 Monaten	p-Wert **
Somatisierung	67,32	54,14	<0,0001
Zwanghaftigkeit	72,76	59,00	<0,0001
Unsicherheit im Sozialkontakt	69,88	59,37	<0,0001
Depressivität	76,24	62,47	<0,0001
Ängstlichkeit	73,36	59,34	<0,0001
Aggressivität / Feindseligkeit	67,97	53,15	<0,0001
Phobische Angst	68,81	58,92	<0,0001
Paranoides Denken	67,47	57,25	<0,0001
Psychotizismus	69,92	60,03	<0,0001
Zusatzitems	14,31	8,80	<0,01
Gesamtscore	149,86	73,20	<0,0001
Global Severity Index (GSI)	1,68	0,82	<0,0001
Positive Symptom Total (PST)	58,97	37,29	<0,0001
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	2,49	1,84	<0,0001

*) Für 30 Fälle lagen keine Auswertungsbögen für den Zeitpunkt der KIS-Aufnahme und/oder der Nachbefragung vor.

**) t-Test für abhängige Stichprobe.

zwischen 2001 und 2005 um 27,2% reduziert werden konnte [18]. Kritisch ist weiter anzumerken, dass an der Katamnese überproportional häufig Patienten mit affektiven Störungen teilnahmen und unsere Ergebnisse daher eine gewisse Verzerrung durch diese Überrepräsentation zeigen. Andererseits wurden in der Katamnese die möglicherweise nach der KIS-Entlassung erfolgten Suizide nicht erfasst.

Insgesamt lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass sich eine im Allgemeinspital integrierte Kurzzeit-Hospitalisation sehr bewährt hat, Krisensituationen psychisch deutlich beeinträchtigter Personen flexibel und effektiv aufzufangen und diese in einem hohen Masse kurzfristig einer weiteren ambulanten Behandlung zuzuführen.

Literatur

- Berger P, Riecher-Rössler A. Grundlagen der effektiven Krisenintervention in der Psychiatrie. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg): Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Hogrefe: Göttingen, 2004:31–46.
- Riecher-Rössler A, Berger P, Wernicke F, Stieglitz RD. Stationäre Krisenintervention – das Basler Modell. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg): Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Hogrefe: Göttingen, 2004:58–68.
- Franke G. SCL-90-R Die Symptomcheckliste von Derogatis – Deutsche Version. Beltz: Weinheim, 1994.
- V. Zerssen D, Koeller DM. Die Befindlichkeits-Skala. Beltz: Weinheim, 1976.
- Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised. DHEW Pub. No. (ADM):76–338. Rockville MD: National Institute of Mental Health, 1976.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- Kolitzus H, Feuerlein W. Zwei bis drei Jahre nach stationärer Krisenintervention: weitere stationäre Behandlungen, momentane Befindlichkeit und subjektive Beurteilung der Indexbehandlung im Rückblick. Psychiatr. 1989;16:71–77.
- Reisch T, Vijayananda S, Gekle W, Tschacher W. Eine qualitative Katamneseuntersuchung zwei Jahre nach stationärer psychiatrischer Krisenintervention. Psychiatr. 2004;31:16–22.
- Hauck P, Wegener B. Katamnestiche Untersuchung in einer Kriseninterventionsstation am Allgemeinkrankenhaus. Psychiatr. 1980;7:165–71.
- Schütze W, Wegener B. Patienten einer Kriseninterventionsstation drei und neun Jahre nach ihrem Aufenthalt. Psychiatr. 1997;24:79–83.
- Schauenburg H, Strack M. Die Symptom Checklist-90-R zur Darstellung von statistischen und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. Psychother Psychosom med Psychol. 1998;48:257–64.
- Götte JHA. Psychiatrische Notfall- und Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus – Bilanz des ersten Jahres eines Kriseninterventionszentrums. Psychiatr. 1979;6:41–9.
- Bronisch T, Feuerlein W, Hertenberger E. Eine Station für psychiatrische Krisenintervention fünf Jahre später. Psychiatr. 1986;13:213–8.
- Müller N, Neuhauser H, Kotter T, Horn B, Laakmann G. Krisenintervention im Rahmen einer akut-psychiatrischen Allgemeinstation. Psychother Psych Med. 1989;39:374–9.
- Katschnig H, Konieczna T. Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. In: Psychiatrie der Gegenwart, Band 2. Springer: Berlin, 1986:2–43.
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Br J Psychiatry. 2004;185:283–90.
- Boardman A, Hodgson R. Community in-patient units and halfway hospitals. Advan Psychiatr Treat. 2000;6:120–7.
- Bacchetta JP, Zanella A, Varnier M, Stebler E, Safran E, Ferrero F, Bertschy G, Merlo MCG. Développement des centres de crise à Genève: impact sur les hospitalisations. Schw Arch Neurol Psychiatr. 2009;160:116–21.