

# Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus

## Crisis Intervention in General Hospitals

Hans Wedler

### Zusammenfassung

Krisen mit Suizidalität und/oder somatoformer Symptomatik sind bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus häufige Ereignisse. Gleichwohl ist die erforderliche (psychotherapeutische) Krisenintervention noch keineswegs einheitlich und optimal organisiert. Nach Darstellung der notwendigen Handlungsmaßnahmen, der Qualitätsanforderungen an den Krisenhelfer und den bisher erprobten Organisationsformen wird insbesondere auf die derzeitige dichotome Entwicklung im Krankenhaus hingewiesen, die einerseits über Ökonomisierung und Spezialisierung die Ressourcen verknüpft, während andererseits eine Ausweitung psychotherapeutischer Interventionen in der somatischen Medizin unabweisbar geworden ist. Sowohl eine verbesserte fachübergreifende Zusammenarbeit wie auch die psychosomatische Qualifikation der im Allgemeinkrankenhaus Tätigen sind dringende Forderungen, um psychosozialen Krisen im Allgemeinkrankenhaus in Zukunft angemessen begegnen zu können.

**Schlüsselwörter** psychosoziale Krise – Suizidalität – Krisenintervention – Allgemeinkrankenhaus – psychosomatische Versorgung

Crisis situations in conjunction with suicidality and/or psychosomatic symptoms are often found in general hospital in-patients. However, crisis intervention has yet not been organized sufficiently. After describing details of the necessary therapeutic elements of crisis intervention as well as the professional qualification of crisis helpers and various registered organizational structures, this article emphasizes the dichotomic nature of the development currently taking place in general hospitals that result in the specialization and shortening of resources on the one hand and the evident need for more therapeutic intervention on the other hand. More interdisciplinary cooperation as well as better qualification of the hospital team in psychosomatics must be combined to be able to deal adequately with crisis situations in general hospitals in the future.

**Keywords** psychosocial crisis – Suicidality – crisis intervention – general hospital – psychosomatic support

### Einleitung: Kurze historische Anmerkungen

Ohne einen kurzen Rückblick auf einige Wandlungen in der medizinischen Versorgung in den vergangenen Jahrzehnten wird kaum verständlich werden, welcher Stellenwert heute der im Titel genannten professionellen Aufgabe im Rahmen stationärer Krankenversorgung zukommt.

Mit dem Begriff der *Krise* verband der Arzt bis in die zweite Hälfte des vergangenen Jahrhunderts hinein ausschließlich eine bedrohliche Phase im körperlichen Krankheitsgeschehen, die einen Wendepunkt zwischen gutem und schlechtem (tödlichem) Verlauf markiert. Noch heute sind Begriffe wie *hämolytische Krise* oder *thyreotoxische Krise* gebräuchlich. Krise als psychosoziales Geschehen, gar als diagnostische Bezeichnung für einen seelisch abweichenden Zustand, kam erst allmählich im Laufe der 1960er und 1970er Jahre in Gebrauch und führte anfangs zu einigen Missverständnissen, bis – nach Einführung der *Krisenintervention* durch Caplan (1964) – der Vorteil allgemein erkannt wurde, Suizidhandlungen mit diesem Begriff zu belegen und sie somit im psychiatrischen Vorfeld etikettierbar und in der somatischen Routineversorgung gewissermaßen akzeptabler zu machen.

Wie sich vor fast 50 Jahren der Umgang mit akuten Krisen in deutschen Allgemeinkrankenhäusern gestaltete, mag eine kleine Kasuistik aus der Zeit meiner Famulatur 1961 an einer Medizinischen Universitätsklinik beleuchten.

#### **Kasuistik 1:**

Eine etwa 17-jährige Schülerin wurde auf die Aufnahmestation der Klinik mit völlig unklaren Symptomen aufgenommen. Sie wirkte äußerst blass und abwesend, hinfällig und leidend, schien kaum ansprechbar und löste sofort eine Vielzahl von ungerichteten (Labor-) Untersuchungen aus, um bis zum Spätnachmittag, wenn der als unerbittlich streng geltende Klinikchef zur Vorstellung aller neu aufgenommenen Patienten auf der Station erschien, jedenfalls eine Verdachtsdiagnose präsentieren zu können. Zitternd, weil ratlos, begleiteten wir den Chef auch ans Bett dieser apathisch daliegenden Patientin, sein „Donnerwetter“ erwartend. Er betrachtete die unter ihrer Decke vorschriftsmäßig völlig entkleidet liegende Patientin ein kurze Weile, auskultierte den Thorax, befühlte den Puls und forderte alle Anwesenden zu unserer großen Überraschung plötzlich auf, ihn für ein paar Momente mit der Patientin al-

lein zu lassen. Als er nach einer knappen Viertelstunde aus dem Zimmer wieder heraustrat, erklärte er uns in wenigen Worten, die Patientin habe ein seelisches Problem, wohl einen Liebeskummer, und bedürfe keiner weiteren internistischen Untersuchung. Dennoch solle sie für ein paar Tage in der Klinik bleiben, solle viel spazieren gehen und in der der Klinik angeschlossenen naturheilkundlichen Abteilung balneotherapeutische Anwendungen bekommen. In kurzer Zeit erwachte die blasse Patientin wieder zum Leben und wurde nach einigen Tagen ohne weitere Klärung oder Erklärung entlassen.

In den seither vergangenen 46 Jahren hat sich das Allgemeinkrankenhaus in ein technologisches Hochleistungszentrum verwandelt, in dem die aufgenommenen Patienten in gedrängtem Zeitablauf einer Fülle von Apparaten und Menschen begegnen, immer seltener jedoch dem Klinikchef, so gut wie niemals am Aufnahmetag. Die überall sich ausbreitende Spezialisierung bringt es mit sich, dass arbeitsteilig in verschiedenen Abteilungen spezifische Verrichtungen am Patienten durchgeführt werden, auf deren Ablauf dieser nur wenig Einfluss hat. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient, so es denn stattfindet, hat gezielte Inhalte und ist getränkt von Entscheidungen, denen der Patient – anders als vor 45 Jahren – nach entsprechender Aufklärung regelhaft zustimmen muss. Ist die Diagnose nicht ohnehin offenkundig, werden vorgegebene Leitlinien und Verfahrensabläufe, oft unter Nutzung des Computers, herangezogen. Für außerplanmäßige Kommunikation gibt es weder Zeit noch Raum.

Dennoch werden auch heute noch regelmäßig Patienten mit akuten psychosozialen Ausnahmezuständen unter weit variierenden Bedingungen in Allgemeinkrankenhäusern aufgenommen und behandelt.

## **Epidemiologische Aspekte**

Auch wenn in allen klinischen Fächern Patienten in psychosozialen Krisen zur Behandlung kommen, ist doch am stärksten die Innere Medizin (als zentrale Anlaufstelle für akute unspezifische Erkrankungen) betroffen. Häufigste Formen sind:

- Belastungs- und Anpassungsstörungen mit somatischem Korrelat (meist als funktionelle Störungen)
- Somatoforme Störungen (z. B. akute Schmerzzustände)
- Dissoziative Störungen (z. B. Hyperventilationssyndrome)
- Missbrauch psychotroper Substanzen im Rahmen einer Krise mit Folgewirkung
- Suizidhandlungen (überwiegend Vergiftungen)

Verlässliche Zahlen über die Häufigkeit, mit der psychosoziale Krisenzustände im Allgemeinkrankenhaus diagnostiziert und Kriseninterventionen durchgeführt werden, sind nicht bekannt, schon gar nicht, wie viele der tatsächlich bestehenden, die Symptomatik bestimmenden Krisenzustände als solche überhaupt erkannt werden. Einen Hinweis auf die vermutlich enorme Dunkelziffer nicht erkannter Krisenzustände in somatischen Abteilungen gibt die Diskrepanz zwischen der bei systematischen Screeninguntersuchungen gefundenen psychi-

schen Morbidität von Patienten im Allgemeinkrankenhaus (29-47%) (Stuhr und Haag, 1989; Haag et al., 1992; Arolt et al., 1995b; Kroenke et al., 1997; Friedrich et al., 2002; Bengel et al., 2003) und der vergleichsweise minimalen Anforderungsrate psychiatrischer oder psychosomatischer Konsile (Arolt et al., 1995a: 0,7-6,2%; Diefenbacher, 2000: 4%). So wurden in einer Untersuchung von Vogel und Haf (1986) von insgesamt 6004 Patienten eines Allgemeinkrankenhauses innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens nur 227 (3,8%) dem psychiatrischen Konsiliararzt vorgestellt, 40% davon wegen eines „suizidalen Syndroms“.

Leider enthalten die an den geläufigen Diagnosemanualen (ICD-10, DSM-IV) orientierten Ergebnisberichte psychosozialer Versorgungsforschung in der Regel keinerlei Angaben über die Häufigkeit von Krisensituationen im Allgemeinkrankenhaus, die sich am häufigsten hinter den Kategorien „Depression“ oder „Anpassungsstörung“ verbergen dürften. Im C/L-Dienst der Psychosomatischen Abteilung der Freien Universität für 3 große Berliner Krankenhäuser waren im Jahre 2001 Belastungs- und Anpassungsstörungen mit 32,7% die häufigste Diagnose (Köpp et al., 2003). In einer Screeninguntersuchung aller auf internistischen Stationen eines Krankenhauses in Oxford innerhalb von 4 Wochen behandelten Patienten fand sich bei 85 identifizierten Patienten mit einer DSM-IV-Diagnose in 51% eine Anpassungsstörung (Silverstone, 1996).

Auch über die reale Zahl der wegen suizidaler Krisen mit Suizidversuch in Allgemeinkrankenhäusern behandelten Patienten liegen nur Schätzungen vor (Schmidtke et al., 2005). Während in den 1970er Jahren mit durchschnittlich 5% Suizidpatienten in der Belegung internistischer Kliniken gerechnet werden musste und deren Anteil auf internistischen Intensivstationen Spitzenwerte von 37% erreichte (Wedler, 1984), ist zwischenzeitlich ein erheblicher Rückgang eingetreten (Hess und Wedler, 1988; Schmidtke, 1995; Schmidtke et al., 1998). So ging beispielsweise die Zahl der Kriseninterventionen bei Patienten nach Suizidversuch auf der toxikologischen Intensivstation des Klinikums Nürnberg von 1984 bis 2002 um fast 60% zurück (Wolz, 2004).

## **Elemente der Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus**

### **Notwendigkeit der stationären Aufnahme**

Die in den 1980er Jahren bestehende Tendenz, aus Gründen der „Enthospitalisierung“, aber auch wegen der schieren Quantität, möglichst viel an Krisenintervention in den ambulanten Sektor zu verlagern (Katschnig und Konieczna, 1987), ist zwischenzeitlich einer differenzierteren Betrachtung gewichen. In Tabelle 1 sind die zwingenden Gründe zur stationären Einweisung bei Suizidalität dargestellt. Bei erfolgter Suizidhandlung ist die zuständige somatische Abteilung im Allgemeinkrankenhaus Einweisungsziel, bei allen anderen Einweisungsgründen sind es eher psychiatrische bzw. psychosomatisch-psychotherapeutische Stationen.

**Tabelle 1: Indikationen zur Klinikeinweisung bei Suizidgefährdeten**

- vollzogene Suizidhandlung
- kein Gesprächskontakt möglich (z. B. akute Verwirrtheit, Wahn, Psychose)
- objektive Fremdgefährdung, Drohung mit erweitertem Suizid
- soziale Situation, keine Hilfsressourcen
- kein ambulantes Hilfsangebot verfügbar
- Herausnahme aus dem Krisenfeld angezeigt

Nach Fricke und Schmidtke (1998) werden 10% der Patienten nach Suizidhandlungen ausschließlich ambulant behandelt, 14% primär in eine psychiatrische Klinik eingewiesen.

**Ablauf der Krisenintervention**

Prinzipiell folgt die Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus denselben Regeln wie andernorts (Tab. 2).

**Tabelle 2: Phasen der Krisenintervention**

- Unterbrechung pathologischer Kommunikation
- Herstellung einer funktionsfähigen Beziehung Krisenhelfer/Patient
- Klärung der Krisensituation in Grundzügen: Kommunikationsmodus, auslösende Situation
- Motivation zur Selbsthilfe
- falls erforderlich, Motivation zur Annahme von Fremdhilfe
- Wiederherstellung der unterbrochenen Kommunikation

Die Zielsetzung ist außerhalb der Möglichkeit eingehender psychotherapeutischer Zuwendung allerdings – insbesondere im ambulanten Erstkontakt – auf wenige Aspekte eingeschränkt (Tab. 3): Neben einer Klärung der Grundzüge des Krisengeschehens und des verfügbaren Reaktionsspektrums des Patienten steht vor allem die Frage im Vordergrund, wie es jetzt unmittelbar weitergeht. Wohin geht der Patient, wenn er im Anschluss an das Krisengespräch den Raum verlässt? Wo und in wessen Gegenwart verbringt er die folgende Nacht? Mit wem spricht er über die Krise? Wen kann er zur Not kontaktieren? Geht er wieder zur Arbeit? Und: Wie sieht die weitere Hilfe aus?

**Tabelle 3: Ziele der Krisenintervention**

1. Klärung:
  - Psychosoziale Situation?
  - Beziehungsstruktur?
  - Verhaltensrepertoire des Patienten?
2. Weichenstellung
3. Motivation zur Nachsorge/Therapie

**Umgang mit Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus**

Frühere Untersuchungen ließen auf eine generell negative Einstellung des Personals im Allgemeinkrankenhaus gegenüber

Suizidpatienten schließen, zurückzuführen auf Unkenntnis, mangelnde Ausbildung und unkontrollierte Gegenübertragungsreaktionen in einem angespannten Arbeitsklima (Wedler, 1984). Voraussetzung für erfolgreiche Krisenintervention unter solchen Bedingungen ist deshalb eine verbindliche Struktur – unabhängig davon, wie die Krisenintervention in den einzelnen Abteilungen organisiert ist (siehe unten: Organisationsformen). Eine geeignete und erprobte Struktur für die Bedingungen eines Allgemeinkrankenhauses zeigt Tabelle 4.

**Tabelle 4: Sieben Schritte im Umgang mit Suizidpatienten**

1. Schritt: Frühzeitige Kontaktaufnahme  
Inhalt: „*Ich bin bereit, dich zu akzeptieren.*“
2. Schritt: Gelegenheit geben zum Sichaussprechen  
Inhalt: „*Ich bin bereit, dir zuzuhören.*“
3. Schritt: Wiederherstellung sozialer Beziehungen (zu Personal und Mitpatienten)  
Inhalt: *Soziales Umfeld in neutraler Atmosphäre (auf der Krankenstation)*
4. Schritt: Kriseninterventionsgespräche, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen
5. Schritt: Weichenstellung und Motivation zur Weiterbehandlung und Nachsorge
6. Schritt: Biografische „Einordnung“ des suizidalen Verhaltens, Metakommunikation
7. Schritt: Reflexion der Helferrolle

Für das Erstgespräch im Rahmen der Krisenintervention bietet sich eine Gesprächstechnik an, die folgende Aspekte berücksichtigt:

- Initial sollte der Krisenhelfer in einer Art „Situationsskizze“ beschreiben, was aus seiner Sicht vorliegt und was er bereits vom Krisenpatienten weiß. Dadurch wird das in der Krisenintervention notwendige Vertrauen gebahnt. (Ein einleitender Satz könnte z. B. sein: „*Wenn Sie sich für den Suizid entscheiden, werde ich Sie dauerhaft nicht davon abhalten können. Wir können jetzt aber gemeinsam darüber nachdenken, ob es wirklich der für Sie einzig mögliche Weg ist.*“)
- Im Weiteren sollte der Patient über den beabsichtigten Rahmen der Krisenintervention informiert werden: Sinn, Ziel und Dauer der Gespräche; geplante therapeutische Maßnahmen; Dauer des stationären Aufenthaltes.
- Dem Patienten sollte Raum gegeben werden, seine Sicht der Situation darzustellen. Hier empfiehlt sich die Anwendung nichtdirektiver Gesprächstechnik.
- Parallel sollte der Krisenhelfer diagnostische Reflexionen anstellen und ggf. direkt nachfragen: vordergründig nach Symptomen der Depression, einer Substanzabhängigkeit, nach Hinweisen auf eine Psychose.

- Gegen Ende des Erstgesprächs sollte vom Helfer der prozessartige Charakter des Verlaufs einer Krise angesprochen werden (i. S. einer Ermutigung).
- Schließlich sind die konkreten nächsten Schritte anzusprechen, auch unter Berücksichtigung der Mobilisierung vorhandener Ressourcen (wie die Einbeziehung von nahestehenden Personen).

Ziel der Krisenintervention ist nicht eine rasche Konfliktlösung, sondern – im Gegenteil – die „Lösung“ der Krise so lange wie möglich offenzuhalten!

### Weiterführende Maßnahmen

Vor Entlassung des Krisenpatienten aus dem Allgemeinkrankenhaus ist Sorge zu tragen, ob eine Fortsetzung der Krisenintervention erforderlich ist und durch wen diese erfolgen soll, ob eine spezifische Therapie, möglicherweise in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Abteilung, für erforderlich gehalten wird, wie und in welchem Ausmaß die Kommunikation über die Inhalte der Krisenintervention an Weiterbehandelnde erfolgen soll. Eine direkte Information des Hausarztes ist besonders immer dann anzustreben, wenn zunächst keine spezifische Weiterbehandlung vereinbart ist, was allerdings nur nach 10-15% der Interventionen der Fall ist (Wedler, 1987).

### Qualitätsanforderungen an den Krisenhelfer

Eine aufgrund von Vergleichsdaten wissenschaftlich begründete Qualitätsbeschreibung für Krisenhelfer liegt m. W. bisher nicht vor. Auch wenn eine gute psychotherapeutische Ausbildung und Erfahrung bei der Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus von hohem Wert sind und die Arbeit wesentlich erleichtern, können nach aller Erfahrung auch weniger geschulte Mitarbeiter unter Anleitung und Supervision wertvolle Arbeit leisten, z. B. auf der Basis des Erwerbs psychosomatischer Grundkenntnisse, wie er im Bereich der Ärztekammer Nordwürttemberg seit einigen Jahren essentieller Bestandteil jeder klinischen Facharztweiterbildung ist. Ebenso können angemessen ausgebildete Sozialarbeiter und Pflegepersonen sowie andere im klinischen Bereich engagierte Berufsgruppen in diese Arbeit einbezogen werden (Wedler, 1984; Gardner, 1985).

Grundlage der Krisenintervention sind Kenntnisse der Regeln der ärztlich-psychologischen Gesprächsführung (Wedler, 1998). Vor allem aber soll der Helfer in der Lage sein, eine tragfähige therapeutische Beziehung zum Krisenpatienten herzustellen. Diese umfasst vor allem drei wichtige Elemente: Emotionalität, Ritualität und eine Balance zwischen Nähe und Distanz.

Unter Emotionalität ist in diesem Zusammenhang die Offenheit für alle verdeckten und verdrängten Emotionen des Patienten einschließlich antizipierter Todestrauer zu verstehen wie auch die Bereitschaft, eigene Emotionalität in der Begegnung mit dem Patienten zu erleben und zu reflektieren. In einer in diesem Zusammenhang erwähnenswerten Untersuchung (Barth et al., 2004) gaben Krankenhausärzte und Pflege-

personen zu 53% bzw. 61% an, während der Arbeit im Krankenhaus – aus unterschiedlichen Gründen – geweint zu haben, während von den gleichen Befragten dem Arzt das Weinen am Arbeitsplatz unter allen Berufsgruppen am wenigsten zugestanden wurde.

Weiterhin erfordert Krisenintervention bei akuter Suizidalität in besonderem Maße Ritualität, das heißt die Gewährung und Einhaltung eines stabilen „Rahmens“ als Schutz für Patient und Helfer. Dazu gehört eine transparente Versorgungsstruktur mit eindeutigen Verhaltensregeln ebenso wie eine klare Gesprächsstruktur.

Unabdingbar für den Krisenhelfer ist die verlässliche Einhaltung einer Balance zwischen Nähe und Distanz. Während die Nähe gleichbedeutend ist mit emotionaler Zugewandtheit (Inhalt: „Ich bin bereit, dich zu begleiten ...“), bedeutet Distanz: „Ich bin (nur) in einer ganz bestimmten Weise für dich da ...“ Sie erfordert den Verzicht auf jegliches Mitagieren, die strikte Einhaltung therapeutischer Abstinenz. Die therapeutische Beziehung in der Krisenintervention ist immer zeitlich limitiert, sie ist eine „Beziehung auf Zeit“.

Unterstützt wird die therapeutische Beziehung seitens des Krisenhelfers durch Klarheit in allen Äußerungen und Handlungen, Zielorientiertheit im Denken und Handeln, Offenheit (auch sich selbst gegenüber), absolute Verlässlichkeit und Respekt vor den Entscheidungen des Patienten. Weil die Angst vor einem möglichen Suizid den Helfer erpressbar macht und damit jede Krisenintervention lähmt, ist eine klare Definition des Verantwortungsspektrums des Helfers wie auch ein Bewusstsein eigener suizidaler Anteile unabdingbar. Auch dafür benötigt der Helfer eine Geborgenheit im Team bzw. die Rückendeckung der Institution, für die er tätig ist.

Beziehung in der Krisenintervention bedeutet nicht (oder allenfalls nur kurzfristig) eine ständige Verfügbarkeit des Helfers, eine Verpflichtung, über konkrete Verabredungen hinaus Verantwortung zu tragen, oder eine Haltung, den Patienten von Wegen zu entlasten, die dieser selber suchen und gehen muss.

Die Einhaltung dieser Qualitätsanforderungen kann am besten im Rahmen einer institutionalisierten Supervision oder auch durch Teilnahme an Balintgruppen gewährleistet werden.

## Organisationsformen der Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus

Um den Bedürfnissen von Patienten in psychosozialen Krisensituationen auch im Rahmen des Allgemeinkrankenhauses gerecht zu werden, ist eine Reihe von Versorgungsmodellen entwickelt, erprobt und teilweise – aus unterschiedlichen Gründen – auch wieder verlassen worden.

### Psychiatrischer Konsiliardienst

Schon früh wurde die Forderung erhoben, jeden Krisenpatienten, insbesondere nach erfolgter Suizidhandlung, einem

Facharzt für Psychiatrie vorzustellen (Gardner, 1985). Unter dem Gesichtspunkt der fachlichen Qualifikation ist diese Forderung nur logisch. Suizidpatienten betreffen etwa ein Viertel aller psychiatrischer Konsultationsforderungen (Arolt et al., 1995a). Limitiert wird diese Möglichkeit durch die begrenzte Verfügbarkeit entsprechender Dienste, die erst in jüngster Zeit als ein wichtiges Aufgabengebiet der Psychiatrie allgemeine Akzeptanz fanden (Diefenbacher, 2000), durch die oft auf eine einmalige Untersuchung beschränkten, für eine vollständige Krisenintervention nicht ausreichenden Kontakte (NN, 1998) und den vielfach beschriebenen, unerwünschten Effekt, dass das internistische Team im Krankenhaus nunmehr alle seelischen Probleme des Patienten an den Konsiliararzt zu delegieren tendiert. Die spezielle Problematik der von Konsiliarpsychiatern durchgeführten Kriseninterventionen in der Fallambulanz des Allgemeinkrankenhauses wurde kürzlich von Burian und Diefenbacher (2006) dargestellt.

### **Psychiatrischer Liaisondienst**

Zur Vermeidung der soeben erwähnten unerwünschten Effekte wurde schon bald die Forderung erhoben, der psychiatrische Facharzt müsse unmittelbar vor Ort angesiedelt sein und als Mitglied des Teams gemeinsam mit den Internisten den Patienten auf der Station behandeln. Schon Stengel (1963) hatte die Forderung erhoben: „It is important that we bring home to our colleagues working in medical and surgical wards that their patients' psychological and social problems are as much their concern as their medical and surgical symptoms, and that the psychiatrist's function is to advise his colleagues and not to do their work for them.“

Psychiatrische Liaisondienste zur Versorgung von Suizidpatienten wurden vielerorts kreiert (Lauter, 1982; Böhme und Mundt, 1987; Diefenbacher, 2000), oft jedoch mit unzureichenden Ressourcen und Befugnissen ausgestattet, so dass sie sich bisher noch nicht zum Regelangebot für Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus entwickelt haben.

### **Psychosomatischer C/L-Dienst**

Durch die Entwicklung der psychosomatischen Medizin in den vergangenen Jahrzehnten sind zumindest punktuell Versorgungsformen an Allgemeinkrankenhäusern entstanden, in denen Psychosomatiker auch die Krisenintervention auf somatischen Stationen in Form eines Konsiliar- oder Liaisondienstes übernommen haben (Nagel-Studer et al., 1986; Köpp et al., 2003; Wolz, 2004). Vorteile gegenüber dem psychiatrischen Konsiliardienst sind die bei psychosomatisch arbeitenden Psychotherapeuten meist von vornherein für Krisenpatienten bereitgestellten größeren Zeitressourcen und die größere Vertrautheit mit somatischen Problemen bei Psychosomatikern. Andererseits besteht bei vielen Psychosomatikern eine große Zurückhaltung, sich auf Suizidpatienten einzulassen. Viele psychosomatische Kliniken sehen Suizidalität noch immer als Kontraindikation für eine stationäre Aufnahme. In den psychosomatischen Studien zur stationären Versorgungsforschung bleiben suizidale Krisenpatienten meist unerwähnt. Eine Wandlung erfährt diese Einstellung zurzeit durch die zunehmende Etablierung von psychosomatischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern.

### **Kriseninterventionsstationen**

Zur Optimierung der Versorgung wurden in den 1970er Jahren, zur Zeit einer endemischen Zunahme von Suizidhandlungen als allgemeininternistischer Aufnahmegrund, spezielle Stationen zur Krisenintervention mit unterschiedlicher Struktur eingerichtet (Böhme und Mundt, 1987; Bronisch, 1997). Hier arbeiteten Internisten und Psychiater teilweise im Team, oder die Patienten wurden nach der Entgiftung unmittelbar auf eine solche (psychiatrische) Station verlegt, ohne dem für viele als außerordentlich belastend empfundenen Klima einer psychiatrischen Allgemeinstation mit vornehmlich psychotischen Patienten ausgeliefert zu sein. Das Abklingen der „epidemischen Suizidalität“ der 1970er Jahre und der ökonomisch motivierte Zwang zu grundsätzlichen Strukturänderungen im Krankenhaus haben solchen Stationen keine Zukunftschance gegeben.

### **Integrierte internistisch-psychosomatische Krisenintervention**

Vereinzelt wurden während der vergangenen Jahrzehnte Modelle entwickelt, die Krisenintervention als gleichberechtigtes Aufgabengebiet routinemäßig in den Arbeitsablauf einer internistischen Krankenhausabteilung zu integrieren (Wedler, 1984, 1992, 2003; Gardner, 1985; Schmelting-Kludas et al., 1991; Häuser et al., 2004). Vorteile solcher Modelle sind einerseits, dass somatische und psychotherapeutische Versorgung des Krisenpatienten in einer Hand (oder zumindest in einer Verantwortlichkeit) erfolgen, andererseits, dass auch andere internistische Patienten mit psychosozialen Problemen von diesem Angebot profitieren können. Obgleich die Realisierbarkeit und Effizienz integrierter Krisenintervention nachgewiesen wurden, ist deren Verbreitung als Versorgungsform limitiert durch die häufig unzureichende psychotherapeutische Kompetenz und auch durch mangelndes Interesse internistisch tätiger Ärzte an psychosozialen Fragen und Aufgaben. Auch die politisch gewollte ökonomisch determinierte Aufspaltung der Fachdisziplinen im Krankenhaus begrenzt die Realisierbarkeit derartiger integrativer Modelle. Sie bleiben jedoch nach Pontzen (2005) „eine notwendige, konkrete Utopie“.

### **Kooperation mit externen Krisendiensten**

Vor allem zur Gewährleistung einer angemessenen Nachsorge sind vielerorts Kooperationen der Allgemeinkrankenhäuser mit ambulanten Krisendiensten entstanden (Wedler, 1984, 1992). Solche Dienste, die zum großen Teil mit Laienhelfern arbeiten, sind zweifellos eine bewährte und sinnvolle Ergänzung, können die Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus jedoch nicht ersetzen, da die hierfür erforderliche enge organisatorische Verflechtung im Allgemeinen nicht zu verwirklichen ist.

### **Zukunftsperspektiven**

Wie die vorstehende auf die Entwicklung in Deutschland beschränkte Übersicht gezeigt hat, sind wir – wie Kulenkampf bereits 1987 resümierte – von einer einheitlich und optimal geregelten Krisenintervention für Suizidpatienten, aber auch

für andere Formen psychosomatischer Krisen in Allgemeinkrankenhäusern noch sehr weit entfernt. (Die Darstellung der entsprechenden Entwicklung im Ausland hätte einen für diese Arbeit zu großen Raum beansprucht, allerdings auch keinen grundsätzlich anderen Aspekt hinzugefügt.) Es lässt sich schwer vorhersagen, wie die bisherigen Ansätze künftig weiterverfolgt werden, da sich seit längerer Zeit eine auffällige dichotome Entwicklung in den Allgemeinkrankenhäusern abzeichnet:

Einerseits führt der bereits erwähnte Zwang zur Spezialisierung zu einer zunehmenden Festlegung vorgebahnter Behandlungsschritte und damit zu einer massiven Einschränkung variabler, zum Beispiel für Aufgaben wie die Krisenintervention nutzbarer Ressourcen mit der Folge, dass die Kompetenz der im jeweiligen Bereich tätigen Mitarbeiter sich immer mehr einengt und Überschreitungen des eigenen Fachgebiets zunehmend ausschließt.

Andererseits ist es in den vergangenen Jahrzehnten zu einem erheblichen Anwachsen der wissenschaftlichen Belege und damit zu einer allgemein zunehmenden Einsicht in den krankheitsbestimmenden Einfluss psychosomatischer Faktoren auf das körperliche Krankheitsgeschehen gekommen, so dass psychotherapeutische Kompetenz inzwischen aus der somatischen Krankenversorgung nicht mehr wegzudenken ist. Erwähnt seien lediglich die in zahlreichen Untersuchungen ermittelten Häufigkeiten und Komorbiditäten psychischer Störungen bei internistischen Krankenhauspatienten (29-47%, s. oben), die Epidemiologie somatoformer Störungen, die regelmäßig primär in internistische Kliniken kommen und dort einen der häufigsten Behandlungsanlässe darstellen, die psychischen Einflüsse auf die Krankheitsverarbeitungen bei akuten wie bei chronischen Erkrankungen (Weidner et al., 2005), insbesondere in der Onkologie (Mehnert et al., 2006), und die zunehmende Einsicht, auch die Angehörigen zur besseren und rascheren Krankheitsverarbeitung in den (psychotherapeutischen) Behandlungsprozess mit einzubeziehen (Strunz et al., 2005; Wilz und Böhm, 2007). Ein großer, bislang nicht bezifferbarer Anteil der hier als notwendig erkannten psychotherapeutischen Interventionen dürfte sich auf akute Krisensituationen – ohne und mit Suizidalität in unterschiedlicher Ausprägung – beziehen.

In diversen Untersuchungen wurde zudem übereinstimmend nachgewiesen, dass internistische Patienten mit psychischer Komorbidität einen längeren stationären Aufenthalt benötigen und erheblich höhere Kosten verursachen (Haag et al., 1994; Kroenke et al., 1997; Friedrich et al., 2002; Häuser et al., 2004; Hochlehnert et al., 2007). Diese Entwicklung hat u. a. ihren Niederschlag in der inzwischen verbreiteten obligatorischen psychosomatischen Weiterbildung von Klinikassistenten gefunden. Es ist abzusehen, dass mit der wachsenden Einsicht in die psychosozialen Behandlungsbedürfnisse der Patienten im Allgemeinkrankenhaus auch die Forderung nach einer optimierten Krisenintervention zunehmen wird.

Eine Lösung dieser Dichotomie wird sich möglicherweise dadurch ergeben, dass in Zukunft die Grenzen zwischen den Spezialdisziplinen einer wachsenden Form fachübergreifender

Kooperation mit Abbau der Stationsschranken weichen werden, so dass – in Fortsetzung des oben dargestellten Liaison- und des integrativen Modells – gleichermaßen psychiatrische und psychosomatisch-psychotherapeutische Fachkompetenz allerorten verfügbar sein und zugleich die psychosomatische Qualifikation der somatisch tätigen Krankenhausmitarbeiter so gestärkt werden wird, dass eine arbeitsteilige Zusammenarbeit am Krisenpatienten eines Tages realisierbar ist.

Wie diese Arbeitsteilung aussehen könnte, möge eine Kasuistik aus jüngster Zeit umreißen.

### **Kasuistik 2:**

Eine 17-jährige Schülerin wird in nicht ansprechbarem Zustand zu Hause aufgefunden und auf Veranlassung der Mutter ins Allgemeinkrankenhaus gebracht. Herumliegende Tabletenschachteln und suizidale Andeutungen wenige Tage vorher weisen auf eine Suizidhandlung hin. Die im Krankenhaus wieder ansprechbare Patientin wird internistisch eingehend untersucht (ohne eine Intoxikation nachweisen zu können). Parallel dazu wird ihr vom internistischen Stationsarzt, der kurz zuvor den in der Weiterbildung obligatorischen Kurs zum Erwerb psychosomatischer Grundkenntnisse (mit Erlernen der Regeln ärztlicher Gesprächsführung und Teilnahme an 20 Stunden Balintgruppe) absolviert hatte, ein Kriseninterventionsgespräch angeboten. Der Arzt gewinnt rasch das Vertrauen der Patientin und vermittelt ihr, da die psychosoziale Krise offenkundig ist, ein ambulantes fachpsychotherapeutisches Angebot, stellt sie vorher jedoch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Frage einer bestehenden Depression und deshalb erforderlichen Pharmakotherapie vor. Von dort aus erfolgt nach insgesamt 2 Tagen stationärem Aufenthalt die Entlassung nach Hause. In der nachfolgenden Psychotherapie entlarvt sich eine schwere Adoleszentenkrise mit akuter Suizidalität, verbunden mit einer begleitenden Essstörung und dissoziativen Episoden. Eine längerfristige ambulante psychotherapeutische Behandlung wird eingeleitet.

Ein Vergleich der in ihrer Symptomatik so ähnlichen Kasuistiken 1 und 2 mag die Entwicklung, die Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus während der vergangenen 46 Jahre genommen hat, beleuchten. Wie wird die Versorgungssituation nach weiteren 46 Jahren im Jahre 2053 aussehen?

### **Literatur**

- Arolt V, Gehrman A, John U, Dilling H (1995a): Psychiatrischer Konsiliardienst an einem Universitätsklinikum. *Nervenarzt* 66:347-354
- Arolt V, Driessen M, Bangert-Verleger A et al. (1995b): Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. *Nervenarzt* 66:670-677
- Barth A, Egger A, Hladtschik-Kermer B, Kropiunigg U (2004): Tränen im Krankenhaus – eine Bestandsaufnahme unter Ärzten, Pflegepersonal und Medizinstudenten. *Psychother Psych Med* 54:194-197
- Bengel J, Beutel M, Broda M et al. (2003): Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krisenbewältigung. *Psychother Psych Med* 53:83-93

- Böhme K, Mundt C (1987): Ein psychiatrischer Liaisondienst für Patienten nach Suizidversuch an einer internistischen Universitätsklinik. In: Katschnig H, Kulenkampff C (Hrsg.): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. Köln: Rheinland-Verlag, S. 131-140
- Bronisch T (1997): Die Krisenintervention an der Klinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie (1981-1991). Suizidprophylaxe 24:24-32
- Burian R, Diefenbacher A (2006): Krisenintervention bei suizidalen Patienten in der interdisziplinären Notaufnahme eines Allgemeinkrankenhauses anhand zweier Fallbeispiele. Suizidprophylaxe 33:35-42
- Caplan G (1964): Principles of preventive psychiatry. New York, London: Basis Books Tavistock
- Diefenbacher A (2000): Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus. Berlin: Habilitationsschrift
- Fricke S, Schmidtke A (1998): Behandlungswege nach Suizidversuch. Suizidprophylaxe 25:117-125
- Friedrich HC, Hartmann M, Bergmann G, Herzog W (2002): Psychische Komorbidität bei internistischen Krankenhauspatienten. Psychother Psych Med 52:323-328
- Gardner R (1985): Versorgung suizidaler Vergiftungsfälle. In: Wedler H (Hrsg.): Umgang mit Suizidpatienten am Allgemeinkrankenhaus. Regensburg: Roderer, S. 72-79
- Haag A, Pontzen W, Wirsching M (1992): Psychosomatik am Allgemeinen Krankenhaus: Seit langem gefordert, kaum realisiert. Dtsch Ärzteblatt 89:B-2171-2172
- Haag A, Stuhr U (1994): Die psychosomatische Versorgung am Allgemeinen Krankenhaus. Hamb Ärzteblatt 12/94:466-470
- Häuser W, Zimmer C, Klär Y, Krause-Wichmann D (2004): Kosteneffektivität einer integrierten internistischen Psychosomatik. Psychother Psych Med 54:34-38
- Hess G, Wedler H (1988): Braucht Krisenintervention einen Motor? In: Wolfersdorf M, Wedler H (Hrsg.): Beratung und psychotherapeutische Arbeit mit Suizidgefährdeten. Regensburg: Roderer, S. 130-146
- Hochlehner A, Niehoff D, Herzog W, Löwe B (2007): Höhere Kosten bei internistischen Krankenhauspatienten mit psychischer Komorbidität: Fehlende Abbildung im DRG-System. Psychother Psych Med 57:70-75
- Katschnig H, Konieczna T (1987): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention: Überblick über Versorgungsprobleme. In: Katschnig H, Kulenkampff C (Hrsg.): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. Köln: Rheinland-Verlag, S. 9-30
- Köpp W, Helle M, Eichinger HJ et al. (2003): Hat sich das Diagnoseprofil bei psychosomatisch untersuchten Konsiliarpatienten an Berliner Krankenhäusern verändert? Psychother Psych Med 53:412-418
- Kroenke K, Jackson JL, Chamberlin J (1997): Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. Am J Med 103:339-347
- Kulenkampff C (1987): Zusammenfassung und Ausblick. In: Katschnig H, Kulenkampff C (Hrsg.): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. Köln: Rheinland-Verlag, S. 231-235
- Lauter H (1982): Die psychiatrische Versorgung von Suizidenten auf internistischen Stationen. In: Fiedler PA, Franke A, Howe J et al. (Hrsg.): Herausforderung und Grenzen der Klinischen Psychologie. Tübingen: DGVT, S. 215-218
- Mehnert A, Lehmann C, Cao P, Koch U (2006): Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie – Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. Psychother Psych Med 56:462-479
- Nagel-Studer E, Held K, Friedrich H (1986): Das psychosomatische Konsilium im Allgemeinen Krankenhaus. Dtsch. Ärzteblatt (B) 83:1607-1610
- NN (1998): Krisenintervention für Suizidpatienten am Allgemeinkrankenhaus. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention und der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie – Baden Württemberg. Suizidprophylaxe (Sonderheft 5. Aufl.):24-27
- Pontzen W (2005): Psychosomatik im Allgemeinkrankenhaus: Blick zurück nach vorn. Psychother Psych Med 55:86-88
- Schmelting-Kludas C, Niemann B, Jäger U, Wedler H (1991): Das Konzept der integrierten psychosomatischen Patientenversorgung. Psychother Psych Med 41:257-266
- Schmidtke A (1995): Suizid- und Suizidversuchsrate in Deutschland. In: Wolfersdorf M, Kaschka WP (Hrsg.): Suizidalität. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 17-32
- Schmidtke A, Weinacker B, Fricke S (1998): Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen in Deutschland. Suizidprophylaxe (Sonderheft 5. Aufl.):37-49
- Schmidtke A, Sell R, Wohner J et al. (2005): Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch in Deutschland. Suizidprophylaxe 32:87-93
- Silverstone P (1996): Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. J Nerv Ment Dis 184:43-51
- Stengel E (1963): Attempted suicide. Its management in the general hospital. Lancet I:233-235
- Strunz V, Ratheiser K, Sonneck G (2005): Krisenintervention an einer internistischen Intensivstation – Erfahrungen und Ergebnisse der Angehörigenberatung. Suizidprophylaxe 32:27-33
- Stuhr U, Haag A (1989): Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. Psychother Psych Med 39:273-281
- Vogel C, Haf CM (1986): Konsiliarisch-psychiatrische Versorgung eines Allgemeinkrankenhauses im Zusammenhang mit stationärer Krisenintervention. Eur Arch Psych Clin Neurosci 235:388-395
- Wedler H (1984): Der Suizidpatient im Allgemeinkrankenhaus. Stuttgart: Enke
- Wedler H (1987): Krisenintervention bei Suizidpatienten an den Städtischen Kliniken Darmstadt. In: Katschnig H, Kulenkampff C (Hrsg.): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. Köln: Rheinland-Verlag, S. 123-130
- Wedler H (1992): Behandlung von Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus. In: Wedler H, Wolfersdorf M, Welz R (Hrsg.): Therapie bei Suizidgefährdung. Regensburg: Roderer, S. 293-304
- Wedler H (1998): Das ärztliche Gespräch. Stuttgart: Schattauer, S. 107-112
- Wedler H (2003): Krisenintervention bei Suizidpatienten im internistischen Akutkrankenhaus. In: Giernalczyk T (Hrsg.): Suizidgefahr. 2. Aufl. Tübingen: DGVT, S. 149-155
- Weidner K, Zimmermann K, Petrowski K et al. (2005): Psychische Befindlichkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei stationären Patientinnen einer Universitätsfrauenklinik. Psychother Psych Med 55:425-432
- Wilz G, Böhm B (2007): Interventionskonzepte für Angehörige von Schlaganfallpatienten: Bedarf und Effektivität. Psychother Psych Med 57:12-18
- Wolz K (2004): Liaisonarbeit auf der toxikologischen Intensivstation – Krisenintervention bei Patienten nach einem Suizidversuch. Suizidprophylaxe 31:11-13

**Prof. Dr. med. Hans Wedler**

Facharzt für Innere und Psychotherapeutische Medizin

Goslarer Straße 115 • 70499 Stuttgart

E-Mail: hans.wedler@web.de