

Stationäre Krisenintervention

Inpatient Crisis Intervention

Gabriele Schleuning, Susanne Menzel

Zusammenfassung

Viele Kliniken bieten heute stationäre Krisenintervention an. Der Artikel beschreibt die Geschichte, den theoretischen Hintergrund und den heutigen Stand der Angebote. Stationäre Krisenintervention ist unseres Erachtens als spezialisierter Baustein innerhalb eines integrierten Gesamtbehandlungsangebots zu konzipieren und stellt besondere Anforderungen an die therapeutische Kompetenz der Mitarbeiter. Leitlinien, strukturelle Erfordernisse, Indikationen, Chancen und Risiken dieser intensiven stationären Kurzzeitbehandlung werden vorgestellt.

Schlüsselwörter stationäre Krisenintervention – psychiatrische Hospitalisation – Coping – Ressourcen – multiprofessionell – Gesundheitssystem – Prävention

Summary

Inpatient crisis intervention is provided by many modern hospitals throughout the world. This article describes the historical development, theoretical background and state of the art. We consider inpatient crisis intervention as a specialized module of an integrated treatment approach in the psychiatric care system implicating particular demands on the qualification of staff members. We present characteristics and guidelines of inpatient crisis intervention as well as the structural and therapeutic conditions that are required to answer the special needs of crisis patients.

Keywords inpatient crisis intervention – psychiatric hospitalisation – coping – resources – multi-professional – health care system – prevention

Gliederung

1. Geschichte der stationären Krisenintervention
Stationäre Krisenintervention ist „in“ – warum?
Stellenwert in der Versorgungslandschaft
2. Modelle von Krisenstationen
Wo soll die Krisenstation angesiedelt sein?
3. Indikationen für stationäre Krisenintervention
Diagnosen
Kontraindikationen, Risiken und Gefahren
4. Merkmale stationärer Krisenintervention
Abgrenzung zur ambulanten Krisenintervention
Abgrenzung zu anderen stationären Angeboten
Wirkfaktoren
Gruppe und Stationsmilieu
Inhalte und Leistungsangebot
Besondere Anforderungen an Team und Mitarbeiter
Therapeutische Haltung

1. Geschichte der stationären Krisenintervention

Stationäre Krisenintervention gibt es – als solche definiert – mindestens seit den 1960er Jahren, zunächst in den USA („Emergency Treatment Unit“ mit 5 Betten für 3 Tage am Connecticut Mental Health Center 1967; „Crisis Ward“ mit 11 Betten und einer Verweildauer von etwa einer Woche am Colorado Psychiatric Hospital 1968) und in den Niederlanden (z. B. Groningen und Den Haag 1971, Amsterdam 1972, Haarlem und Rotterdam 1978, Maastricht 1980). In den USA waren diese Modelle aus der Notwendigkeit einer raschen

Verfügbarkeit von psychiatrischen Notfallbetten am Allgemeinkrankenhaus für jedermann im Zuge der Community-Mental-Health-Bewegung entstanden. In den Niederlanden hatte sich schon seit den 1940er Jahren ein differenziertes Netzwerk unterschiedlicher psychosozialer sowie psychiatrischer Hilfsangebote für Krisensituationen entwickelt, das neben vielen anderen Auffangmöglichkeiten in späteren Jahren auch stationäre Betten anbieten konnte.

Seit Mitte/Ende der 1970er Jahre wurden mit der Psychiatriereform dann auch in Deutschland (z. B. Berlin, München) und anderen europäischen Ländern, etwa Belgien (z. B. Krisen-Interventionsmodell Leuven), Frankreich, England und der Schweiz, Krisenstationen eröffnet und Krisenkonzepte in die psychiatrische und psychosoziale Behandlung übernommen. Krisenzentren und -stationen entstanden in den folgenden Jahren überall auf der Welt, z. B. in Israel, Australien und Neuseeland. Für eine unterschiedliche Klientel bieten all diese Einrichtungen intensive, meist multidisziplinäre Krisenintervention in einem stationären Rahmen innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums von wenigen Tagen bis maximal zwei Wochen.

In den einzelnen Ländern entstanden Kriseneinrichtungen vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Bedingungen und Bewegungen und der jeweiligen Strukturen und Organisationsformen der klinischen Einrichtungen. Krisenintervention wird in Allgemeinkrankenhäusern ebenso betrieben wie in nicht professionell geleiteten „Weglaufhäusern“, in spezialisierten Krisenzentren oder angegliedert an psychiatrische Abteilungen. Konzeption und Organisation wurden jeweils vor dem Hintergrund der spezifischen Versorgungslücken der Region

und in Abhängigkeit von den finanziellen Möglichkeiten entwickelt; kaum eine Einrichtung gleicht bis ins Detail der anderen. Daher ist es schwer, Modelle miteinander zu vergleichen. Hierzulande wurde die Fachdiskussion über die Anwendung von Prinzipien der Krisenintervention durch die Psychiatriereform, aber auch durch die Verbreitung konstruktivistischer und systemischer Denkansätze gefördert und beschleunigt. Die Veränderungen in der professionellen Haltung Patienten gegenüber, deren Wunsch nach Berücksichtigung ihrer Individualität und nach Mitverantwortung im Behandlungsprozess trafen sich mit grundlegenden Prinzipien der Krisenintervention. In den 1980er Jahren und Anfang der 1990er, als die Reformbewegung in der Psychiatrie im vollen Gange und finanzielle Mittel noch nicht so knapp waren wie heute, wurden in Deutschland einige innovative Projekte stationärer Krisenbehandlung verwirklicht, z. B. die Kriseninterventionsstation am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, die es heute nicht mehr gibt.

Stationäre Krisenintervention ist „in“ – warum?

Krisenintervention ist, zumal im klinischen Bereich, in aller Munde. Blättert man durch Informationsbroschüren von psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken, findet sich der Ausdruck „Stationäre Krisenintervention“ allorten. Noch bis vor etwa 10 Jahren war dabei der Anwendungsbereich der stationären Krisenintervention üblicherweise beschränkt auf psychosoziale Krisen und Suizidalität. Dies hat sich stark verändert. Der Begriff hat sich, parallel zur fortschreitenden Erweiterung des Krisenbegriffs selbst, allmählich ausgeweitet; galt das Angebot der stationären Krisenintervention zunächst hauptsächlich für den „klassischen“, meist suizidalen Patienten in einer akuten psychosozialen Notsituation, so definieren heute die meisten Kliniken „Krise“ nicht mehr als bestimmten Problemstellungen zugehörig, sondern als Notlage vor dem Hintergrund nahezu jeder beliebigen psychiatrischen Diagnose.

Die vormals postulierten Unterschiede zwischen „normalen“ Krisen und Krisen „bei psychiatrischer Erkrankung“ (heute auch als „komplexe Krisen“ bezeichnet) verwischten sich mit dem Erkenntnisgewinn über den individuellen Charakter jeder Krise und gleichzeitig über ihre Gemeinsamkeiten. Diese Gemeinsamkeiten ermöglichen es Menschen in den unterschiedlichsten Krisen, einander als „im selben Boot“ sitzend zu empfinden und gegenseitig von den jeweiligen Erfahrungen und Ressourcen zu profitieren.

Es gibt bis heute kaum Studien, die die Effektivität von Krisenkonzepten insbesondere im stationären Setting nachzuweisen versuchen (ermittelt in: Cochrane Review; Joy et al., 2004). Derzeit ist es vor allem die klinische Erfahrung, die immer wieder bestätigt, dass Stationen, die nach den Prinzipien der Krisenintervention geführt werden, von den Patienten als freundlicher, leichter zugänglich, weniger aversiv und Angst machend empfunden werden als herkömmliche Psychiatriestationen. Es fällt den Betroffenen leichter, den (auch inneren) Kontakt zur Lebensnormalität zu halten, wenn der stationäre Aufenthalt keinen so starken Einschnitt, keine so erhebliche Veränderung und Umstellung darstellt.

Stellenwert in der Versorgungslandschaft

Krisenintervention ist in der modernen psychiatrischen Versorgung ein spezialisierter Ausschnitt eines integrierten Behandlungskonzepts und beinhaltet im Idealfall ambulante, auch mobile, teilstationäre und eben auch stationäre Angebote.

Zeitgleich mit der Öffnung der Kliniken, dem fortschreitenden Bettenabbau und der Etablierung sozialpsychiatrischer Konzepte hielt Krisenintervention auch im stationären Rahmen Einzug. Dies hatte bislang vorrangig inhaltlich-therapeutische Gründe, könnte künftig aber der veränderten Stellung der stationären Behandlung im Gesamtbehandlungsgeschehen entgegenkommen. § 39 SGB V schreibt explizit vor, dass nur vollstationär behandelt werden darf, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden oder nicht geeignet sind.

Stationäre Behandlungszeiten werden folglich überall auf das unbedingt notwendige Mindestmaß reduziert, mehr und mehr Behandlungsabschnitte werden in den teilstationären und ambulanten Bereich verlegt. Stationäre Krisenintervention könnte aufgrund dieser Entwicklungen einen neuen Stellenwert unter den stationären Behandlungsangeboten bekommen.

„Limitations on treatment time by insurance companies and managed care organizations have made evidence-based crisis intervention a critical necessity for millions of persons presenting to mental health clinics and hospital-based programs in the midst of acute crisis episodes“ (Roberts et al., 2005).

Krisenintervention mit ihrer zeitlichen Limitierung, ihrer Beschränkung auf einen inhaltlichen Fokus, ihrer Ressourcenorientierung und ihrem stark auf Prävention abzielenden Charakter könnte somit grundsätzlich ein willkommenes Behandlungsmodell in der modernen Versorgungslandschaft werden. Es stellt sich allerdings schon heute die Frage, ob überall, wo stationäre Krisenintervention „draufsteht“, auch tatsächlich Krisenintervention „drin ist“. Während es in den Niederlanden schon lange einen nationalen Verband der Kriseneinrichtungen gibt, der sich u. a. um Behandlungsstandards bemüht, haben die Kriseninterventionsstationen in Deutschland oft noch einen Sonderstatus und sind kaum vernetzt; noch gibt es keine Empfehlungen von Fachverbänden oder Planungsinstanzen für stationäre Krisenintervention als Regelbaustein psychiatrischer Versorgung.

Betroffenen- und Angehörigenverbände weisen bundesweit einhellig darauf hin, dass es zu wenige patientenorientierte, bedürfnisangepasste Angebote für Menschen in Krisen gibt, insbesondere was die Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit angeht.

2. Modelle von Krisenstationen

Stationäre Krisenintervention als Behandlungsform wird heute in verschiedenen Settings angeboten: auf allgemeinpsychiatrischen Stationen, in der Psychosomatik, aber auch konsiliarisch auf internistischen oder chirurgischen Intensivstationen, z. B. für Menschen nach einem Suizidversuch. Daneben haben sich spezialisierte Krisenstationen etabliert, die sich ausschließlich der Krisenintervention in einem eigens dafür kon-

zipierten Setting widmen. Zum Teil handelt es sich um Angebote für Menschen in psychosozialen Krisen, zum Teil für psychiatrische Patienten aller Diagnosen. Insgesamt allerdings gibt es in Deutschland bei Weitem keine flächendeckende Versorgung mit Krisenstationen, und vor allem schwerer erkrankte Menschen, z. B. Psychosepatienten, werden nach wie vor eher selten mit Kriseninterventionskonzepten behandelt.

Betrachtet man eine spezialisierte Krisenstation, so ist diese klein - meist unter 15 Betten-, offen geführt und hat eine von vornherein beschränkte Aufenthaltsdauer von bis zu 2 Wochen. Das Team arbeitet multiprofessionell und setzt sich zusammen aus Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Sozialarbeitern und Fachtherapeuten aus den Bereichen Ergo-, Kunst-, Musik- und Tanztherapie. Die Atmosphäre ist freundlich, persönlich, es wird Wert darauf gelegt, möglichst wenig Klinikatmosphäre zu vermitteln.

Wo soll die Krisenstation angesiedelt sein?

Es gibt Krisenstationen in großen psychiatrischen Kliniken, in kleinen gemeindenahen Zentren und in psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus. Viele Krisenpatienten wenden sich, insbesondere bei ihrem ersten Kontakt mit der Psychiatrie, am liebsten an eine Station, die sich in der Nähe ihres Wohnorts und außerhalb eines großen psychiatrischen Krankenhauses befindet, die sie unkompliziert betreten und wieder verlassen können und die ihnen nicht das Gefühl von Kranksein und Klinik vermittelt. Es gibt aber auch Menschen, die froh sind um die Anonymität des Großkrankenhauses und dessen medizinischen Charakter; diese wählen auch gerne einen größeren räumlichen Abstand zu ihrem Zuhause, um sich innerlich zu distanzieren. Schön ist es, wenn Menschen in Krisen die Wahl haben.

Die folgenden Beispiele und Auszüge aus Stationsinformationen illustrieren die Vielfalt bestehender stationärer Krisenangebote:

DeKIZ Berlin-Moabit (Allgemeinpsychiatrie): „Für Menschen in akuten Lebenskrisen, insbesondere wenn Suizidgefahr besteht, wird eine stationäre Krisenintervention angeboten, die zumeist eine stationäre Verweildauer von 7 Tagen nicht übersteigt ...“

Kriseninterventionszentrum KIZ Winterthur: „Das Angebot des KIZ eignet sich für Frauen und Männer ab 18 Jahren mit leicht- und mittelgradigen depressiven Störungen, mit Adoleszenzkrisen, traumatisch bedingten Krisen oder etwa Beziehungskrisen. Auch ist eine Krisenintervention sinnvoll für kooperationsfähige und -bereite suizidale Menschen oder in akuten Krisen bei neurotischen oder Persönlichkeitsstörungen. Im Einzelfall können nach Abklärung auch Menschen mit präpsychotischen oder psychotischen Störungen behandelt werden.“

BKH Lohr, Unterfranken: „Psychiatrische Kriseninterventionsstation: In dieser offenen psychiatrischen Akutstation behandeln wir Menschen in seelischen Krisensituationen,

sowohl aufgrund belastender Lebenssituationen als auch im Rahmen bestehender psychiatrischer Erkrankungen.

Als Modellstation errichtet, verfügt sie über 8 vollstationäre Behandlungsplätze und erlaubt eine Behandlungsdauer von maximal 12 Tagen.“

Kriseninterventionszentrum KIZ Zürich: „Das KIZ bietet Menschen in außergewöhnlichen Lebenssituationen fachliche Beratung und Betreuung an. Ein interdisziplinäres Team arbeitet rund um die Uhr. ... Stationäre Aufenthalte sind für maximal fünf Tage möglich. ... Der stationäre Rahmen umfasst interdisziplinäre Krisenintervention, die auf einem biopsychosozialen Modell basiert. ... Patienten mit depressiven und psychotischen Störungen, Suizidalität oder Menschen in außergewöhnlichen Lebenssituationen, welche professionelle Krisenintervention benötigen, sind im KIZ Zürich bestens aufgehoben. ...“

Martin-Gropius-Krankenhaus Eberswald: „Station P2 - Krisenintervention und Depressionsbehandlung: Behandlung von Klienten mit Depressionen und anderen affektiven Störungen; (Ersterkrankungen/rezidivierende Störungen); suizidalen Krisen; chronifizierten neurotisch-traumatischen Belastungs- und somatoformen Störungen; Komorbidität. Therapieangebote: verhaltenstherapeutisch-bewältigungsorientierte Gruppenpsychotherapie; stabilisierende, ressourcenorientierte Gruppenpsychotherapie; medikamentöse Behandlung; verhaltenstherapeutische und/oder tiefenpsychologische Einzeltherapie. ...“

Kriseninterventionsstation KIS am Universitätsspital Basel: „... Eine Krise kann bei jedem Menschen durch belastende Ereignisse oder schwierige Lebensumstände ausgelöst werden. ... Stationäre Behandlung von maximal vier Tagen ... Ruhe und Entlastung in einem sicheren Umfeld ... Bei uns erhalten Sie Unterstützung im Umgang mit Ihren Schlafstörungen, Ängsten, Ihren Suizidgedanken, Ihrer Depressivität. Durch Ihre aktive Mitarbeit erlernen Sie neue Strategien zur Bewältigung neuer Krisen. ...“

Die Kriseninterventionsstation am Bezirkskrankenhaus in Haar bei München: „Die Kriseninterventionsstation verfügt über 12 Betten ... Die Station ist geschlossen, es gibt jedoch eine individuelle Ausgangsregelung. Die Aufenthaltsdauer beträgt maximal 10 Tage. ... Aufgenommen werden können: Erwachsene und Jugendliche ab 16 Jahren, die mit inneren und äußeren Lebensumständen konfrontiert sind, die sie nicht mehr bewältigen können, die suizidgefährdet sind oder bereits einen Suizidversuch unternommen haben. ...“

Die Krisenstation im Atriumhaus in München besteht seit 1994. Das Atriumhaus ist ein offen geführtes, gemeindeintegriertes psychiatrisches Versorgungszentrum in der Münchner Innenstadt. Es hat eine große Ambulanz, beteiligt sich an einem stadtweiten mobilen Ausrückdienst und verfügt über tages- und nachtklinische Abteilungen und die Krisenstation (15 Betten), deren Räume sich über denen der Ambulanz befinden. Das ganze Haus hat keinen Klinikcharakter, die

Räumlichkeiten ähneln eher einem Hotel (welches das Atriumhaus-Gebäude früher auch einmal war) mit Wohngemeinschaftsflair; die Möglichkeiten somatischer Diagnostik und Behandlung sind sehr begrenzt. Aufnahmen erfolgen auf freiwilliger Basis, die Türen des Atriumhauses sind offen. Patienten der unterschiedlichen Abteilungen, Besucher und Mitarbeiter begegnen und mischen sich in den Aufenthaltsräumen und bei den abteilungsübergreifenden Gruppenangeboten. Auf der Krisenstation werden erwachsene Patienten behandelt. Ausschlusskriterien bezüglich der Diagnose bestehen lediglich für primäre Suchterkrankungen und (aus internistischen Gründen) gerontopsychiatrische Erkrankungen und schwere internistische Begleiterkrankungen. Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis stellen über 30 % der Klientel, Patienten mit Anpassungsstörungen (die „klassischen Krisenpatienten“) nur etwa 25 %. Der größere Teil (um die 2/3) der Patienten verfügt über Vorerfahrungen mit der Psychiatrie; nur knapp 6% der Patienten werden ohne jegliche Weiterbehandlung entlassen.

Etwa 40 % der Patienten kommen mit aktuellen Suizidgedanken in die Behandlung, die Behandlung nach Suizidversuch bildet einen, aber keineswegs den wichtigsten Schwerpunkt im Behandlungsangebot. Die meisten Patienten reagieren schnell auf ihre Krise und kommen in einem Zeitraum von Tagen bis zu wenigen Wochen in die Behandlung. Eine Ausnahme bilden naturgemäß die ersterkrankten Menschen mit einer Symptomatik aus dem schizophrenen Formenkreis, denen es oft sehr schwerfällt, überhaupt Kontakt zu Hilfesystemen zu knüpfen.

Die Aufenthaltsdauer beträgt bis zu 10 Tagen, die meisten Patienten bleiben eine Woche lang auf der Station. Über 40 % der Patienten kommen ohne Zuweisung selbst zur Aufnahme. Bei über 80 % der Patienten verbessert sich der psychische Zustand während des Aufenthalts z. T. erheblich; das bedeutet, dass auch die meisten Weiterverlegungen nicht erfolgen, weil die Behandlung fehlgeschlagen ist, sondern weil eine weitere, geplante (teil-)stationäre Behandlung als erforderlich gesehen und mit dem Patienten vereinbart wurde.

Die Verlegungsrate ist auf Krisenstationen, die auch Krisen bei Psychosen behandeln, generell höher als bei solchen, die sich auf psychosoziale Krisen spezialisiert haben. Die Weiterverlegungsrate der Krisenstation im Atriumhaus in weiterbehandelnde Abteilungen wie z. B. Tages- oder Nachtkliniken, psychosomatische Abteilungen, Spezialstationen, liegt entsprechend um 30 %, die Verlegungsrate zur vollstationären Weiterbehandlung auf eine allgemeinpsychiatrische Station dabei um 15 %. Von den Patienten mit Anpassungsstörungen kehren etwa drei Viertel nach Hause zurück; Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis werden häufiger weiterverlegt, aber nicht häufiger als Patienten mit affektiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen.

Die höchste Weiterverlegungsrate in vollstationäre Behandlung haben mit über 30 % die ersterkrankten Patienten mit einer Verdachtsdiagnose aus dem schizophrenen Formenkreis; hier gewährt die Krisenstation einen „weichen Einstieg“ zu einer gezielten länger dauernden Behandlung. Dass nur bei etwas über 10 % der Ersterkrankten bei Entlassung die weitere therapeutische Begleitung unklar ist (worunter auch die

Patienten fallen, die sich erst bei einem Folgeaufenthalt zu einer Weiterbehandlung entschließen können), kann als Erfolg für diese Art der behutsamen ersten Kontaktaufnahme gewertet werden.

In der Langzeitambulanz des Atriumhauses werden viele Patienten mit komplexen, lang dauernden Krankheitsgeschichten und vielen stationären Voraufenthalten behandelt. Wenn diese Menschen oft nach jahrelangen Psychiatrieaufenthalten in der Vorgeschichte mehrmals im Jahr für wenige Tage auf der Krisenstation behandelt werden, ist dies „Drehtürpsychiatrie“ im positiven Sinn. Ebenso wie die kurze Zeit, die gerade bei diesen „chronischen“ Patienten zwischen dem Beginn ihrer Krise und der stationären Aufnahme liegt, spricht dies für deren gute Einbindung in das gemeindepsychiatrische Versorgungsnetz.

3. Indikationen für stationäre Krisenintervention

Krisenintervention ist ein Therapieansatz, der so weit wie möglich auf den persönlichen Ressourcen des Betroffenen aufbaut und so wenig wie möglich in sein Leben und seinen Alltag eingreifen will. Das bedeutet auch, dass sie im optimalen Fall in einem ambulanten oder zumindest tagesklinischen Rahmen stattfindet. Je differenzierter, integrierter und flexibler die ambulanten und aufsuchenden Angebote im Umfeld des Betroffenen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Krise ohne stationäre Aufnahme bewältigt werden kann (Reding und Raphaelson, 1995; Joy et al., 2004). Nicht jedes ambulante psychosoziale Unterstützungssystem ist aber so vielschichtig und hält so viele Hilfsangebote vor, dass Krisenpatienten sich zu Hause rund um die Uhr gut aufgefangen fühlen. Zudem stehen viele Krisen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Lebenskontext, in dem sie entstanden sind, so dass eine Herausnahme des Betroffenen aus seiner Alltagssituation als therapeutisch sinnvoll und krisenentschärfend angesehen werden muss.

Ein Aufenthalt auf einer Krisenstation ist zu erwägen, wenn

- eine psychische Problematik als akute Krise zu beschreiben ist,
- die Bewältigungskompetenzen des Betroffenen dabei bereits so weit versagt haben, dass eine Rückkehr nach Hause nicht mehr verantwortet werden kann bzw.
- eine Distanzierung aus der häuslichen Situation als potenziell entlastend eingeschätzt wird,
- sich ein sinnvolles Ziel für den Kurzaufenthalt eingrenzen und formulieren lässt und
- der Betroffene zu minimaler Kooperation bereit und in der Lage ist.

Gerade für Menschen, für die der Aufenthalt den ersten Kontakt zum psychiatrischen Hilfesystem darstellt, ist der „weiche“, niederschwellige Einstieg, den eine Krisenstation bietet, günstig, um sich nicht „gleich so krank“ zu fühlen. Einer frühen Chronifizierung, ausgelöst durch Gefühle von Hilflosigkeit, Verunsicherung und sozialer Stigmatisierung, vor allem für Menschen mit einer Psychose-Diagnose, kann so vorgebeugt werden. Auch für Menschen, die nur einmal im Le-

ben psychisch dekompensieren, kann eine Krisenstation, die nicht wie eine klassische Klinik wirkt und deren Inanspruchnahme mit keiner allzu großen Stigmatisierung einhergeht, eine willkommene Zuflucht sein. Und psychiatrisch langzeit-erkrankte Patienten, die aufgrund ihrer besonderen Verletzlichkeit immer wieder in Krisen geraten, wünschen sich ebenso einen geschützten Ort, der unkompliziert und mit geringem organisatorischem Aufwand zu erreichen und wieder zu verlassen ist.

Diagnosen

Eine psychische Krise kann je nach Vorgeschichte, individueller Vulnerabilität, Schweregrad und Zeitpunkt in der Entwicklung der Krise in eine Vielzahl z.T. schwerer psychiatrischer Syndrome (Anpassungsstörungen, posttraumatische Belastungsreaktionen, Psychosen, Angst- und Zwangsstörungen, somatoforme Störungen, affektive Störungen, Substanzabusus) münden bzw. psychiatrische Erkrankungen auslösen oder dem (Wieder-)Auftreten von Erkrankungen Vorschub leisten.

Stationäre Krisenintervention wird heute vorrangig angeboten für suizidale Patienten, für Menschen mit Anpassungsstörungen in Lebenskrisen, z.B. schweren Partnerschaftskonflikten, für Menschen nach einem traumatisierenden Erlebnis, immer mehr aber auch für Menschen mit psychischen Störungen aus dem gesamten allgemeinpsychiatrischen Spektrum, also mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Der Anteil der verschiedenen Diagnosegruppen variiert je nach Konzept von Station zu Station stark (so stellen Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis die größte Diagnosegruppe in der Krisenstation des Atriumhauses, während sie auf einigen anderen Krisenstationen gar nicht aufgenommen werden). Suchtabteilungen bieten häufig eine spezielle suchtspezifische stationäre Krisenintervention an.

Je nach Setting und Ausrichtung der Station können auf einer Krisenstation prinzipiell alle Menschen behandelt werden, die sich in einer Krise befinden, die zur Überforderung oder zum Versagen der persönlichen Copingstrategien und sozialen Bewältigungsressourcen geführt hat. Ausschlaggebend ist die Fähigkeit des Betroffenen, in minimalem Maße zu kommunizieren und (z. B. bei Selbst- oder Fremdgefahr) ein kurzfristiges Bündnis zu schließen. Ein Auftrag im Sinne eines Fokus bzw. eines Ziels für die stationäre Krisenintervention, das sich innerhalb der vorgegebenen Zeit mit hoher Wahrscheinlichkeit in sinnvoller Weise verwirklichen lässt, sollte vor Aufnahme formulierbar sein.

Ausschlusskriterien bilden erhebliche Erregungszustände mit akuter Selbst- oder Fremdgefährlichkeit; akute Suizidalität, die auch durch kurzfristige Absprachen und Kontakte nicht beherrscht werden kann; gravierende körperliche Begleiterkrankungen, sofern diese nicht im Rahmen der Anbindung der Krisenstation an ein größeres Krankenhaus mitbehandelt werden können.

Bei jedem Menschen zeigen sich die Verwirrung und der Verlust des Gefühls von eigener Kraft und Kompetenz in der Krise

durch unterschiedliche Symptome. In belasteten Lebenssituationen, aber auch und gerade bei psychiatrischen Erkrankungen können bestimmte, individuell unterschiedliche Stressfaktoren und Auslösebedingungen zu krisenhaften Zuspitzungen führen, die (weitere) Erkrankungsepisoden nach sich ziehen können. Generell gilt vor allem in der Begegnung mit bisher unbekanntem Patienten, sich in Krisen nicht vorschnell auf eine Diagnose festzulegen. Die oft eindrucksvolle Symptomatik, die Krisenpatienten im Vollbild ihrer Krise zeigen, verleitet gern dazu, eine gewichtige, in ihren auch sozialen Konsequenzen weitreichende Diagnose zu vergeben. Auch dies ist Teil der Kompetenz erfahrener Krisentherapeuten: zu warten, was sich nach dem Abklingen des ersten "Sturms" in der entlasteten Situation tatsächlich noch an Symptomen beobachten lässt.

Je nach Zeitpunkt des Erkennens der Krise können krisenhafte Entwicklungen bis hin zu schweren psychiatrischen Syndromen durch die therapeutischen Interventionsmöglichkeiten einer stationären Krisenintervention aufgehalten oder gemildert werden. Die Erfahrung zeigt, dass das Gelingen stationärer Krisenintervention bis auf wenige Ausnahmen weniger vom psychiatrischen Zustandsbild abhängt als vielmehr von der Art der therapeutischen Intervention, der Gestaltung des Stationsmilieus und der Einbindung in vor- und nachgeschaltete Behandlungsangebote.

Je nach Diagnoseschwerpunkten sind Therapieangebote und Tagesabläufe in Krisenstationen unterschiedlich konzipiert. Je höher der Anteil an suizidalen und vorrangig psychosozialen Krisen, desto weniger therapeutisch geleitete Gruppenangebote, desto größer der Freiraum zur individuellen Tagesgestaltung für den einzelnen Patienten. Je größer der Anteil an komplexen Krisen mit psychiatrischer Vorgeschichte, desto mehr profitieren Patienten von einem tagesstrukturierenden Angebot und unterschiedlichen therapeutischen Zugängen; auch die therapeutischen Gruppen werden dann stärker strukturiert und moderiert, um die teilnehmenden Patienten nicht zu überfordern. In einer eher homogenen Gruppe von Menschen mit ähnlichen Krisenthemen kommt sicher eine andere Art der Gemeinsamkeit auf als in einer Gruppe, in der die Krisengeschichten und Symptome stark unterschiedlich sind. Die grundlegende Erfahrung, mit dem eigenen Leid nicht allein zu sein, wird aber jenseits aller Gemeinsamkeiten und Unterschiede von allen Krisenpatienten in gleicher Weise als tröstlich erlebt. Der Austausch mit anderen Krisenbetroffenen regt zum Nachdenken über die eigene Geschichte und zur Erweiterung des eigenen Blickwinkels an; die Krise in ihren unterschiedlichen oder auch ähnlichen Gestalten bildet dabei immer einen gemeinsamen Nenner.

Kontraindikationen, Risiken und Gefahren

Ein intensives, sehr auf persönliche Beziehungen aufbauendes therapeutisches Angebot, das gleichzeitig aber nur für wenige Tage gilt, stellt sowohl für das Personal als auch für die Betroffenen eine komplexe Anforderung dar. Jede Aufnahme zur stationären Krisenintervention bedarf daher einer sorgfältigen und umsichtigen Indikationsstellung.

Menschen, deren psychischer oder körperlicher Zustand sie jeder eigenen Aktivität und Entscheidungsfähigkeit beraubt,

sind mit einem Krisenaufenthalt überfordert. Auch für Menschen, die sich nicht oder kaum auf einen emotionalen Kontakt (geschweige denn in einer Gruppe von Mitpatienten) einlassen können, kann das auf Beziehung und emotionale Unterstützung aufbauende Krisensetting ungünstig oder zumindest wirkungslos sein.

Für stark expansive, akut selbst- oder fremdgefährliche, momentan nicht absprachefähige Patienten, die klare äußere Grenzen brauchen, erweist sich der flexible, offene, auf Gegenseitigkeit aufbauende Rahmen einer Krisenstation oft als zu wenig strukturierend. Auch schwere psychiatrische Notfälle mit Bewusstseinsstrübung o. Ä. sind auf einer allgemeinpsychiatrischen Station mit allen entsprechenden Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten besser aufgehoben.

Suchtpatienten ist mit einer nicht suchtspezifischen stationären Krisenintervention in aller Regel nicht gedient. Entlastung kann in ihrem Fall zu leicht bedeuten, dass sie sich in der künstlichen Ausnahmesituation der Station vormachen, das mit der Sucht sei doch nicht so schlimm. Es gibt Situationen, in denen die psychische Last des Patienten notwendig für dessen Gesundung ist.

Auch bei „chronisch“ oder immer wieder suizidalen Patienten, bei denen Suizidalität ein Teil ihrer Überlebensstrategie ist, oder bei Menschen, deren psychosoziale Krisen sich mit ähnlichem Muster häufig wiederholen, ist sehr genau zu überlegen, ob und wie eine stationäre Krisenintervention angezeigt ist. Die Zuwendung, die Menschen auf einer Station erfahren, kann verstärkend auf Krisenverhaltensweisen wirken: Kontakte werden missverstanden als länger geltendes Beziehungsversprechen; es gelingt nicht, den baldigen Abschied als Rahmenbedingung zu akzeptieren. Bringen Betroffene ihre ganze Heimatlosigkeit und Bedürftigkeit mit und richten sich in diesem freundlichen, beschützenden vermeintlichen Zuhause ein, kann es ein jähes Erwachen geben, wenn sie wieder „hinausgeworfen“ werden. Aus ihrer persönlichen Sicht nachvollziehbar, sind sie tief verletzt angesichts des unvermittelten Abbruchs einer vielversprechend begonnenen Beziehung. Es liegt in der Verantwortung derer, die die Aufnahmeindikation stellen, einzuschätzen, ob der/die Betroffene in der Lage ist, die kurze, intensive stationäre Zeit zu nutzen. Menschen, die vielleicht schon seit langem aufgrund von Einsamkeit und Sehnsucht ein therapeutisches Zuhause, vertrauensvolle Beziehungen, einen Rückzugsort suchen, ist u. U. mit einem Krisenaufenthalt wenig gedient. Es ist ihnen nicht zum Vorwurf zu machen, dass sie immer wieder aufgenommen werden wollen, evtl. anfangen, Krisen zu „konstruieren“, sich vehement weigern, wieder zu gehen. Der Fokus muss, falls eine stationäre Krisenbehandlung überhaupt erwogen wird, in solchen Fällen noch viel enger eingegrenzt werden als sonst. Bei chronisch suizidalen Patienten kann es z. B. nur um momentane Lebensrettung gehen. Bereits am nächsten oder übernächsten Tag ist eine Rückkehr in die ambulante Situation anzustreben. Dieses Vorgehen ist mit dem Betroffenen in einer stabilen Phase genau zu besprechen; dies ist Inhalt des jeweils persönlichen Krisenplans.

4. Merkmale stationärer Krisenintervention

„Krisenintervention ... umfasst Aktionen zur Linderung krisenbedingter Leidenszustände und zur Verhütung ihrer sozialen, psychologischen und medizinischen Folgen, insbesondere zur Reduzierung krisengebundener Krankheitsrisiken“ (Sonneck, 2000, S. 61). Dies gilt auch für die stationäre Krisenintervention. Moderne Störungs- und Behandlungskonzepte wie das Vulnerabilitäts-Stress-Konzept (Zubin et al., 1983), Erkenntnisse aus der Resilienzforschung (Werner und Smith, 2001) und der Salutogenese (Antonovsky, 1997) werden in der stationären Krisenintervention konsequent umgesetzt (Bechdorf et al., 1998; Gaebel et al., 2000; Hultman et al., 1997; Schnyder und Sauvant, 2000).

Das Krankheitsverständnis ist ganzheitlich, es konzentriert sich auf Ressourcen, persönliche Netzwerke und Kompetenzen, kurz auf alles, was den Menschen neben seiner Symptomatik „sonst noch“ ausmacht, und weist dem Patienten und dessen sozialem Umfeld eine aktive Rolle im Behandlungsprozess zu. Die individuelle Krise entsteht dabei im Zusammenspiel zwischen Ereignissen und deren Bewertung durch den Betroffenen. Erst die subjektive Einschätzung des Betroffenen bzw. seiner Umwelt, dass er der momentanen Situation nicht gewachsen ist, macht eine Situation zur Krise. Die akute „Störung“ wird in der Krisenintervention von der „Erkrankung“ zur „Krise“ umgedeutet, die im individuellen Lebenskontext begriffen wird und auch eine Chance zur Reattribuierung und Neugestaltung des eigenen Schicksals bietet. Therapeuten nehmen (wie in der ambulanten Krisenintervention auch) eine stützende, aktive Rolle ein (Schleuning und Künstler, 2004).

Für ein optimales Gelingen stationärer Krisenintervention sollten nach unserer Erfahrung folgende Rahmenbedingungen gegeben sein:

- kleine, räumlich wie organisatorisch gut überschaubare Einheit, wohnortnah gelegen, organisatorisch und atmosphärisch niedrige Schwelle zur Kontaktaufnahme
- offene Station mit 24-stündiger, sofortiger Aufnahmebereitschaft und 7 Tage die Woche umfassendem therapeutischem Programm
- auf 1-2 Wochen beschränkte Aufenthaltsdauer
- sozialpsychiatrisches, biopsychosoziales Behandlungskonzept mit partnerschaftlicher therapeutischer Haltung, multiprofessionelles Team
- Personalschlüssel und Schichtplan ermöglichen koordiniertes interdisziplinäres Arbeiten verschiedener Berufsgruppen an allen Tagen der Woche
- Bezugstherapie, viele milieu- und gruppentherapeutische Angebote, unterschiedliche fachtherapeutische Angebote
- enge Einbindung in das soziale und psychiatrische Versorgungsnetz der Region mit hoher Kommunikationsdichte und Abstimmungsbereitschaft, Möglichkeit flexibler, abgestuft einsetzbarer Anschlussangebote.

Da sich an ihnen wesentliche Prinzipien stationärer Krisenintervention besonders gut deutlich machen lassen, sollen drei der Rahmenbedingungen hervorgehoben werden: die offenen

Türen, die strikte Beschränkung der Aufenthaltsdauer und die Vernetzung mit anderen Angeboten.

Offene Türen: Tatsächlich offene, nicht nur nach Absprache im Einzelfall zu öffnende Türen lassen den guten persönlichen Rapport zwischen Team und Patient zum wichtigsten, ja einzigen Instrument des Schutzes werden und machen die Gestaltung einer „ungleichen“ Beziehung durch Kontrollmittel unmöglich. Die Patienten werden und fühlen sich ernst genommen, das Team muss jederzeit, innerlich wie räumlich, nahe am Menschen bleiben. Offene Türen erziehen das Team zum Annehmen des Patienten als gleichwertigen Partner, und die Ermutigung zur Suche nach ureigenen persönlichen Ressourcen zur Krisenbewältigung wird so für den Betroffenen authentisch und glaubwürdig. Die offene Tür ist ein Signal an den Patienten, im Rahmen seiner Möglichkeiten von Anfang an ein Stück Eigenverantwortung zu übernehmen.

Beschränkung der Aufenthaltsdauer: Viele Patienten, die sich in der Krisensituation durch den stationären Schutz entlastet fühlen, wünschen sich „mehr davon“, denn die Rückkehr in die alte, belastete Lebenssituation macht Angst. So verständlich solche regressiven Wünsche auch sind, sie führen leicht in Abhängigkeiten, vermindern das Gefühl für die persönlichen Kompetenzen, verstärken vermeidende Bewältigungsstrategien. Mit dem Patienten um den Entlassungszeitpunkt zu ringen kostet zudem viel Energie und Zeit, die für Wichtigeres verwendet werden kann. Eine von vornherein begrenzte und benannte Aufenthaltsdauer bietet entlastende Klarheit für alle Beteiligten und stellt ein deutliches Signal für den Betroffenen dar, sein Herz nicht zu weit zu öffnen. Auch das Team wird dadurch nicht in Versuchung geführt, größere Ziele anzupacken, als es die begrenzte stationäre Zeit erlaubt. Unbenommen bleibt natürlich, diese Regel im Einzelfall, meist aus organisatorischen Gründen zugunsten einer lückenlosen Weiterbehandlung, um einige Tage zu überschreiten.

Nicht jeder kurze Aufenthalt auf einer psychiatrischen oder psychosomatischen Station ist stationäre Krisenintervention, wie dies bisweilen vermittelt wird. Das zu betonen, ist da, wo allein die Verkürzung von Verweilzeiten bereits als Qualitätsmerkmal gehandelt wird, besonders wichtig. Krisenarbeit ist aufwendig, sowohl was das emotionale Engagement aller Beteiligten betrifft, als auch bezüglich der therapeutischen Inhalte, Abläufe und Methoden, und natürlich kann stationäre Krisenintervention nicht eine notwendige längerfristige stationäre oder ambulante Therapie ersetzen.

Vernetzung mit anderen Angeboten: Menschen in psychosozialen Krisen ohne weitere psychiatrische Anamnese wünschen nach der Krisenintervention oft keine unmittelbare weitere therapeutische Anbindung; sie wollen schnell in ihren Alltag zurückkehren und die Station auf unkomplizierte Weise verlassen. Stationäre Krisenintervention bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen funktioniert hingegen nur in einem vernetzten, flexiblen, individuell ausgerichteten Versorgungs- und Angebotssystem. Sie ist ein kleiner, äußerst intensiver, spezialisierter Behandlungsausschnitt, der in der

Regel nur wenige Tage in Anspruch nimmt. Vom ersten Krisenkontakt an muss die mittelfristige weitere Behandlungsplanung, sofern erforderlich, „mitlaufen“. Insofern macht stationäre Krisenintervention nur Sinn, wenn bei Bedarf unmittelbar nach der stationären Behandlung individuell zugeschnittene ambulante oder teilstationäre Weiterbehandlungs- oder zumindest Überbrückungsangebote einsetzen können.

Abgrenzung zur ambulanten Krisenintervention

Ambulante Krisenpatienten gehen nach jedem Gespräch zurück nach Hause. Ihren Alltag müssen sie weiter bewältigen; selbst wenn sie krankgeschrieben sein sollten, müssen sie sich ernähren, sie müssen es in ihrem Zuhause aushalten, sie müssen sich im Straßenverkehr bewegen etc. Stationäre Aufnahme in einer Krisensituation wird dem angeboten, dessen Kräfte nicht mehr ausreichen, um die Krise in seinem Alltagskontext durchzustehen, demjenigen, dessen Alltagsituation selbst krisenauslösend oder -verstärkend ist, so dass eine kurzfristige räumliche Distanz entschärfend wirken kann; oder demjenigen, der sich selbst oder andere in seiner Verzweiflung zu gefährden droht oder (z. B. nach Suizidversuch) bereits geschädigt hat. Immer sollte bei der Entscheidung für eine stationäre Krisenintervention ein Kurzzeitziel definierbar sein, das stationär besser zu erreichen ist als ambulant.

Die Station fungiert also als Schutzraum für die, deren eigene Ressourcen außer Kraft gesetzt oder aufgebraucht sind (oft sind es auch die Ressourcen des sozialen Netzwerks des Betroffenen, die eine Pause benötigen!). Patienten finden hierfür oft Bilder wie Insel, Auge des Sturms, Tankstelle; und Begriffe wie Ent-Lastung, Distanzierung, Neu-Orientierung stellen sich ein. Gleichzeitig macht die Aufnahme auf der Krisenstation i. A. nur dann Sinn, wenn im Krisengespräch der Eindruck entstanden ist, dass eine kurzfristige und kurzzeitige Intervention schnell genügend Kräfte (sei es beim Betroffenen selbst, sei es in seinem Umfeld) in Gang setzen kann, um eine baldige Rückkehr nach Hause zu ermöglichen. Dass einem Krisenpatienten der Aufenthalt auf der Krisenstation aufgenötigt werden muss, ist eher der seltenere Fall; oft ist es so, dass die Aussicht, fürs Erste an einem Ort sein zu dürfen, an dem man sich nicht zusammenreißen muss und an dem man sich geschützt fühlt und einem zugehört wird, als solche schon entlastend wirkt.

Im Milieuwechsel besteht also der grundlegende Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Krisenintervention. Für eine kurze Zeit kann hier Verantwortung abgegeben, umfassender Schutz in Anspruch genommen werden. Zudem bildet die Gruppe der Mitbetroffenen ein Miniuniversum, das es so im ambulanten Kontext nicht gibt, wo sich Krisenbetroffene oft alleingelassen fühlen und sich mit der Annahme quälen, niemand sonst erlebe Ähnliches. Patienten in verschiedenen Stadien der Krisenbewältigung sind einander auf der Station Modell und stellvertretende Hoffnung; jeder Neuankommeling erlebt innerhalb kurzer Zeit die Entlassung eines Patienten, der schon einige Tage Krisenintervention hinter sich hat, und kann Zuversicht aus dessen Vorbild schöpfen.

Multiprofessionelle Kräfte im Behandlungsteam können auf einer Station in enger, unkomplizierter Abstimmung einge-

setzt werden; für eine umfassende Diagnosestellung, aber auch in der therapeutischen Arbeit mit verschiedenen emotionalen Anteilen, für die Aktivierung von Ressourcen auf unterschiedlichen Ebenen durch Fachtherapeuten und bei Paar- und Familiengesprächen kann dies äußerst nutzbringend und effizient sein. Im ambulanten Kontext ist eine so intensive gemeinsame Fallarbeit vieler Berufsgruppen kaum zu verwirklichen.

Vom Erkennen und Benennen eines Problems als Krise bis zum gezielten Einsatz persönlicher Bewältigungsstrategien, die zum Abklingen der Krisensymptomatik führen, vergehen oft nur wenige Tage intensiver therapeutischer Arbeit. Im therapeutischen Alltag jedes Tages gehen Schutz und Geborgenheit schnell über in Aktivierung und Struktur; Distanzierung und Entlastung wechseln ab mit Alltagsnähe und Normalisierung; Kontakt, Beziehung und Nähe sind gefolgt von baldigem Abschied und Trennung. Auch dies unterscheidet stationäre von ambulanter Krisenarbeit, dass Beginn und Ende der therapeutischen Beziehung so nah beieinander spürbar sind.

Abgrenzung zu anderen stationären Angeboten

Unterschiede zu anderen Stationen, seien es psychiatrische Akutstationen, Spezialstationen oder psychosomatische Stationen, liegen vor allem in den konzeptionell bedingten Beschränkungen von Krisenstationen: in der Begrenzung der Aufenthaltsdauer, bedingt durch die therapeutische Fokussierung auf die aktuelle Krise; in ihrer Überschaubarkeit und alltagsnahen Gestaltung mit der daraus resultierenden familiären Atmosphäre, der wenig formalisiert-klinischen Atmosphäre; im intensiven, differenzierten Angebot unter Nutzung multiprofessioneller Ressourcen, was auch gemeinsame Gespräche mehrerer Therapeuten unterschiedlicher Professionen beinhalten kann.

Die meisten Patienten von Krisenstationen kehren nach der Krisenintervention in ihren Alltag zurück, je nach Krise mit oder ohne weitere therapeutische Unterstützung. Aber auch für die Menschen, die von der Krisenstation in eine weitere voll- oder teilstationäre Behandlung verlegt werden, gilt: Der grundlegende Unterschied zu anderen stationären Angeboten besteht in der Fokussierung auf die Krise. Zugrunde liegende oder mitbestehende Erkrankungen sind nicht vorrangiges Thema in der stationären Krisenintervention. Es geht nicht um die möglichst vollständige Remission von Symptomen, sondern um die Entschärfung der Krisendynamik und die Stabilisierung von Basiskompetenzen. Die Mechanismen krisenhafter Prozesse zu verstehen, neue Copingstrategien zu erlernen oder bekannte gezielter und bewusster anzuwenden und sich so als aktiv und konstruktiv handelnd zu erleben, verhilft Betroffenen zum eigenverantwortlichen Umgang mit ihren Problemen. Der Zeitpunkt des Eingreifens ins Krisengeschehen, aber auch die Einbettung in ein bestehendes Hilfesystem sind bedeutsam für die Frage, ob eine stationäre Aufnahme erfolgen soll. Je weiter die Krise fortgeschritten ist, je hilfloser und geschwächerter sich der Betroffene also bereits fühlt und je weniger soziale Unterstützung ihm zur Verfügung steht, desto wahrscheinlicher ist es, dass die Krise mit ambulanten Mitteln allein nicht aufzufangen ist. Auch eine stationäre Krisenaufnahme erfordert jedoch ein Mindestmaß

an verbliebenen Ressourcen beim Betroffenen und seiner Umgebung. Die gemeinsame Formulierung eines Ziels, das in der stationären Zeit realisierbar ist und zu einer Veränderung führen kann, die es ermöglicht, die Station nach der vorgegebenen Zeit wieder zu verlassen, ist daher eine wichtige Voraussetzung für die Krisenaufnahme. Durch dieses Verständnis als krisenorientierte Kurzintervention innerhalb eines größeren Kontextes erhält die stationäre Krisenintervention ihren präventiven Charakter und die „vorstationäre“ Atmosphäre (Alzheimer, 1986, S. 121), die Krisenstationen von anderen Stationen unterscheiden.

Wirkfaktoren

Im kurzfristigen Milieuwechsel – ein stationärer Krisenaufenthalt kann nicht im Voraus geplant werden – liegt eine, oft die entscheidende Chance zum Perspektivwechsel für den Betroffenen. Das oft dramatisch eskalierte oder quälend verstrickte Krisenszenario wird entaktualisiert, der/die Betroffene kann sich dadurch von der Krisensituation distanzieren und seine Wünsche und Möglichkeiten von einem anderen Standpunkt aus reflektieren. „Entlastung“ ist einer der wichtigsten, immer wieder genannten Wirkfaktoren – es ist, als würde die Last der Krisensituation beim Betreten der Station für kurze Zeit abgelegt; gerade lang genug, um neue Kraft zu schöpfen. Das stationäre Setting soll diese Regression im Dienste der persönlichen Ressourcensuche unterstützen, durch menschliche Nähe und zwischenmenschliches Miteinander, Alltagsstrukturierung und den „Service“ der Befriedigung basaler Bedürfnisse: ein gemachtes Bett, frisch gekochten Tee, regelmäßige Mahlzeiten, freundliche Menschen, die ungefragt nach einem sehen.

Bei der Suche nach und der Erprobung von Ressourcen und Copingstrategien erleben sich Krisenbetroffene wieder als kompetent und handlungsfähig. Die Antizipation neuer Krisensituationen ist ein weiterer präventiver Wirkfaktor: Ein gemeinsam erstellter Krisenplan, der neue krisenträchtige Situationen antizipiert und Strategien zur unmittelbaren Entlastung und zur Unterstützungssuche benennt, kann wie ein Schutzschild wirken, der den Krisengefährdeten anders auf kritische Lebenssituationen zugehen lässt. Allein das Wissen um verschiedene Anlaufstellen für den Notfall und die Kenntnis von deren Erreichbarkeit kann neue Krisen entschärfen.

Alle in der stationären Krisenintervention angewandten therapeutischen Methoden, seien sie biologisch-medizinisch, psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, gestalttherapeutisch, humanistisch oder systemisch, nutzen gemeinsame Prinzipien, die spezifisch für die Krisenintervention sind. Eins der wichtigsten ist die Fokusbildung (Lachauer, 1992), sei es im Einzelgespräch, in der Gruppe oder beim Familiengespräch: Es geht immer um den zentralen, die Krise konstituierenden Konflikt, alle anderen Themen (und kaum jemand bringt „nur“ seine Krise mit zur Aufnahme!) werden bewusst und explizit ausgeklammert und ggf. auf später verschoben. Natürlich passiert es nicht selten, dass sich in der Krisenintervention Muster von Erleben und Verhalten offenbaren, die immer wieder in ähnliche Krisen münden oder zumindest diese Gefahr in sich tragen. Eine umfassende Bearbeitung und

Veränderung solcher Muster kann aber in der stationären Krisenintervention nicht erfolgen. Hier geht es, und das möglichst konkret, um den engen Zeitraum seit dem Beginn der derzeitigen Krise, um die Frage, wie es dazu kam und welche Maßnahmen den Betroffenen befähigen, bei Bedarf in einen längerfristigen therapeutischen Kontext überzuwechseln, wo alles Weitere besprochen werden kann.

Die therapeutische Beziehung bildet einen weiteren wesentlichen Wirkfaktor der stationären Krisenintervention. Unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung stellt sich der Bezugstherapeut als aktiver, stützender, strukturierender und ebenso als (aus-)haltender, spiegelnder, fürsorglicher Gesprächspartner zur Verfügung. Er führt den Patienten durch die Tage der Krisenintervention, hilft ihm, seine Gedanken zu fokussieren, Wünsche und Pläne zu entwickeln, begleitet alle Schritte, koordiniert Angebote, Gespräche, weiterführende Maßnahmen. Die anderen Mitarbeiter übernehmen jeweils Teile dieser Aufgaben und bieten Kontakte unterschiedlicher emotionaler Qualität an.

Gruppe und Stationsmilieu

In der stationären Krisenintervention spielt die Gruppe der Patienten, die sich zur Krisenintervention auf der Station zusammenfindet, eine große Rolle. Die Gemeinsamkeit, in eine Lebenssituation geworfen zu sein, in der man sich auf einmal aller sicher geglaubten Alltagskompetenzen, Unterstützungssysteme und persönlichen Stärken beraubt fühlt, ist für viele Patienten ein erster Trost. Zu erkennen, dass andere in ganz anderen Lebenssituationen und mit ganz anderen Geschichten und Symptomen sich ganz ähnlich fühlen, und von manchen zu hören, wie sie eine solche Krise schon einmal überstanden haben, gibt Patienten mitunter mehr Hoffnung und Mut als alle therapeutische Unterstützung und Informationsvermittlung.

Da der individuelle Therapieplan jedes Patienten je nach Bedürfnis und therapeutischer Notwendigkeit zu sehr unterschiedlichen „Stundenplänen“ führt, liegt die Verantwortung zur Gestaltung einer Gruppensituation und für die Bildung eines Gruppengefühls stark beim Stationsteam. Morgen- und Abendrunden sowie vielfache informelle Gesprächskontakte und gemeinsame Alltagsaktivitäten sind genauso wichtig wie therapeutisch geleitete Gruppen. Das positive Gefühl des Zusammenhalts, der Solidarität und Mitmenschlichkeit, das sich bei so verschiedenen Menschen trotz der kurzen gemeinsamen Zeit immer wieder einstellt und das in so starkem Gegensatz zum oft erdrückenden Gefühl der Einsamkeit und des Verlorenenseins steht, das Krisenbetroffene im ambulanten Kontext häufig empfinden, bestätigt auf eindrucksvolle Weise, dass Begegnung zwischen Betroffenen als besondere Ressource in Krisensituationen betrachtet werden kann.

Gerade der Perspektivwechsel, der eine veränderte Sicht auf die eigene Krise ermöglicht und so zur Entdeckung und Aktivierung neuer Ressourcen führen kann, aber auch das „Abschauen“ von Copingstrategien geschieht im Kontakt mit anderen Betroffenen oft einfacher als in der Therapiesituation. Oft geht es aufgrund unveränderbarer Rahmenbedingungen nicht um einen neuen Aufbruch, sondern um ein besseres Aushalten belastender Lebensumstände. Dann sind Trost und

Unterstützung durch andere krisenerfahrene Menschen eine unbezahlbare Ressource.

Inhalte und Leistungsangebot

Inhaltliche Grundelemente stationärer Krisenintervention sind (Menzel, 2004):

- umfassende Diagnostik je nach Bedarf
- Reflexion des Krisenanlasses, Problemanalyse und -definition
- (Neu-)Bewertung der Krise und Integration in die eigene Lebensgeschichte
- Coping-Reflexion und ggf. -Modifikation
- Formulierung eines umschriebenen Ziels für den Aufenthalt
- (An)Behandlung und ggf. Weitervermittlung

Das Therapiespektrum von Krisenstationen beinhaltet tägliche Einzelgespräche und therapeutische Gruppensitzungen (thematische Gesprächsgruppen, Kunst- und Ergotherapie, Bewegungs- und Tanztherapie, Entspannungsverfahren), ärztliche Visiten, Paar- und Familiengespräche und bei Bedarf spezifische fachtherapeutische Einzelsitzungen. Die Interventionen haben stützenden, strukturierenden und ressourcenorientierten Charakter. Psychoedukation, Medikation, erlebnisorientierte Verfahren, Sozialtraining, psychodynamische, systemische und verhaltenstherapeutische Methoden sind Teile eines breit gefächerten Angebots, das sich pragmatisch verschiedener therapeutischer Ansätze bedient und immer wieder auf die Bedürfnisse jedes einzelnen Betroffenen abgestimmt wird.

Die stationäre Aufnahme führt durch die Distanzierung vom Ort, an dem die Krise entstanden ist, meist unmittelbar zu einem Gefühl der Erleichterung beim Betroffenen. Die emotionale Anspannung sinkt, Energie wird frei, um in Einzelgesprächen den Anlass und die Vorgeschichte der Krise zu reflektieren, die notwendigen diagnostischen Schritte können eingeleitet werden. Bei Verdacht auf oder vorbestehender psychiatrischer Erkrankung werden Informationen vermittelt, die das Krankheitsverständnis und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit in der Behandlung fördern. Jeder Patient erhält einen möglichst individuellen Therapieplan.

Im geschützten Rahmen der Station kann der Betroffene seiner Verunsicherung Ausdruck verleihen, seine Kräfte sammeln und neu sortieren sowie vorsichtig erproben, wie belastbar er bereits wieder ist. Die Station stellt ein ruhiges, schützendes, Geborgenheit vermittelndes Milieu zur Verfügung; alle Angebote regen demgegenüber vorsichtig die eigene Aktivität an, im gemeinsamen Tun können Krisenbetroffene wieder Spaß und Freude erleben. Copingstrategien werden reaktiviert, und solche, die sich als ungünstig erwiesen haben, können überdacht und modifiziert werden. Angehörige und Mitbehandler werden informiert und einbezogen; Partner- oder Familiengespräche haben einen wichtigen Platz während des Aufenthalts. Der Abschied von der Station wird vom ersten Gespräch an antizipiert und vorbereitet. Bei Besuchen zu Hause, die möglichst bald erfolgen sollen, kann überprüft werden, ob sich das veränderte Selbsterleben nach

Hause übertragen lässt. Weiterführende Behandlungen werden in die Wege geleitet, Überbrückungszeiten bis zum Beginn neuer Behandlungen organisiert. Patienten, die sich in keine weiterführende Behandlung begeben möchten, werden bei Bedarf mit Adressen versorgt.

Besondere Anforderungen an Team und Mitarbeiter

Interdisziplinäres Arbeiten ist einer der wichtigsten Faktoren für das Gelingen von Krisenintervention, zumal im stationären Setting. Krisenintervention ist primär keine ärztliche, auch keine ausschließlich psychotherapeutische oder sozialarbeiterische Kompetenz. Erst die unmittelbare Verfügbarkeit und das Zusammenwirken unterschiedlicher professioneller und menschlicher Kompetenzen ermöglicht es, jedem Patienten die Hilfe zukommen zu lassen, die er in der Krisensituation am meisten benötigt, sei es alltagspraktisch, psychotherapeutisch, sozialarbeiterisch, kreativtherapeutisch oder medizinisch; in der gemeinsamen Begegnung mit dem Patienten und der täglichen Diskussion des Falles im Team verschränken sich die unterschiedlichen Ressourcen. Dabei sind persönliche Haltung und durch Erfahrung gereifte Herangehensweisen der Mitarbeiter ebenso wichtig für eine gelungene Beziehungsgestaltung in der Krise wie Fachkompetenz. In den meisten Kriseneinrichtungen arbeiten die verschiedenen Berufsgruppen partnerschaftlich in einem weitgehend egalitären, wenig hierarchischen Setting eng zusammen. Schichtdienste für alle und gemeinsames Betreuen von einzelnen Patienten durch Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen im Bezugssystem tragen zu dieser Arbeitsatmosphäre bei. Eine gute Balance zu finden zwischen dieser gleichberechtigten Zusammenarbeit im Team und klaren, letztlich doch hierarchischen Strukturen und Abläufen stellt immer wieder eine Herausforderung dar.

Der fachlich-therapeutische Hintergrund der Teammitglieder ist im besten Fall mehrdimensional, vielfältige berufliche Hintergründe und Zusatzausbildungen tragen zur differenzierten Sichtweise jeder Krise und ihrer Lösungsmöglichkeiten bei. Und günstig ist es, wenn bei jeder einzelnen Krisenintervention mindestens zwei unterschiedliche Sichtweisen auf Herkunft und Behandlungsmöglichkeiten der Krise zur Verfügung stehen. Inhaltliche „Spaltung“ ist so gesehen in einem lebendigen, diskussionsfreudigen Team durchaus erwünscht, führt sie doch durch konstruktiven Diskurs des jeweiligen Falles zu neuen Ideen, die dem Patienten zugute kommen.

Bedingt durch die kurzen Aufenthaltszeiten muss das Team einer Krisenstation täglich mehrere Aufnahmen und Entlassungen begleiten, die Stationsgruppe muss sich Tag für Tag in neuer Zusammensetzung konstituieren. Ebenso wie die Patienten können auch Arbeitsabläufe nicht warten. Gespräche können nicht auf den folgenden Tag verschoben, Entlassungsbriefe müssen sofort geschrieben werden. Jeder Krisenpatient braucht einen eigens erarbeiteten Therapieplan, in den er möglichst sofort einsteigen kann. Es bedarf der Absprache mit Vor- und Weiterbehandlern und vieler Gespräche in größerer Runde (Übergabegespräche, Familiengespräche ...). Daneben müssen Routineabläufe reibungslos funktionieren. Dies alles

erfordert ein hohes Maß an Disziplin und Teamwork. Gleichzeitig gilt es, den Krisenpatienten ein Gefühl von Ruhe und Gelassenheit zu vermitteln, damit sie sich entspannen und von ihrem Aufenthalt auch wirklich profitieren können.

Der rasche und häufige Wechsel zwischen intensiver Beziehungsaufnahme und schnellem Abschiednehmen, und dies an allen Tagen des Jahres, rund um die Uhr, ist für die Mitarbeiter zudem eine hohe emotionale Belastung. In kürzester Zeit müssen sie Krankheitsgeschichten aufnehmen, emotionale Ansprechpartner sein, Details zu Mustern von Erleben und Verhalten zusammenfügen, Informationen vermitteln, Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten erkunden, Therapiepläne organisieren, Weiterbehandlungen vermitteln. Oft müssen Arbeitsabläufe unterbrochen werden, weil akute Situationen oder neue Aufnahmen sofortiges Handeln erfordern. Eine Fülle von aktuellen Informationen muss beim Schichtwechsel gerafft, aber vollständig gebündelt weitergegeben werden. Alle Mitarbeiter müssen sich ständig intensiv mit Kollegen unterschiedlicher Berufsgruppen abstimmen; das hohe Tempo der Veränderungen bei Krisenpatienten wirkt hier zusätzlich erschwerend. Die Fülle der Informationen erfordert ständige gedankliche Disziplin im Aussortieren nicht krisenrelevanter Inhalte. Der Schichtdienst greift in die private Lebensführung ein.

Gerade in der Krisenintervention ist es zudem leicht, Retterfantasien zu entwickeln. Die viel beschworene Chance der Krise, das emotionale Offensein des Betroffenen in der Krisensituation, das tatsächlich bemerkenswerte innere Entwicklungssprünge ermöglichen kann, reißt auch die Helfer regelmäßig mit. Dies kann schädlich sein, weil es beim Betroffenen Abhängigkeiten fördert, regressive Wünsche weckt, unrealistische Hoffnungen nährt; beim Helfer besteht die Gefahr des schnellen Burn-out. Das Team ist gefordert, ein Angebot bereitzustellen, das den Patienten einerseits Schutz und Geborgenheit bietet und sie gleichzeitig ermutigt, schnell wieder auf eigenen Beinen zu stehen und die schützende Station zu verlassen. Es erfordert hohe persönliche Sozialkompetenz, in schnellem Wechsel immer wieder mit echtem Interesse und voller Empathie auf neue Patienten und deren Familien zuzugehen, ohne unrealistische Versprechungen an die angebotene Beziehung zu knüpfen und ohne sich mit dieser Art der therapeutischen Beziehungsgestaltung unzufrieden zu fühlen. In Teambesprechungen und Supervisionen muss diesen Gefahren bewusst und achtsam entgegengetreten werden. Eine gute Selbstfürsorge des Einzelnen und auch des Teams als sozialer Organismus ist genauso wichtig wie eine pragmatische, effiziente Ablauforganisation.

Therapeutische Haltung

Die Betrachtung einer psychischen Problematik als Krise setzt ein multifaktorielles Verständnis psychischer Prozesse voraus. Der Betroffene wird als Teil des ihn umgebenden sozialen Systems gesehen, in dem die Krise entstanden ist; psychologische, medizinische und soziale Erklärungsmodelle spielen in der Krisenbeschreibung auf gleicher Ebene zusammen. Das Verständnis psychischer Probleme im Rahmen einer Krise führt zudem weg von einer defizitorientierten Sicht-

weise von Krankheit, nähert Behandler und Behandelte einander an (Krisen erlebt jeder Mensch) und fördert so eine partnerschaftliche Haltung. In der Krisenintervention ist der Betroffene Hypothesen entwickelnder und Lösungen erprobender Partner, nicht der Leidende, dem eine Behandlung zu verordnen ist. Der Betroffene soll und kann mit der Unterstützung der Profis einen eigenen Weg finden, eigene Ressourcen entdecken und nutzen; Patientenwünsche und –bedürfnisse leiten die Behandlung. Die Teammitglieder nehmen im Gespräch eine aktive, stützende Rolle ein, schlagen Interventionen vor, bieten Unterstützung an, vermitteln zwischen Mitbetroffenen. Hypothesen über das Wesen der Krise und Interventionsstrategien werden jederzeit transparent gemacht. Die Mitarbeiter vermitteln den Patienten Sicherheit, Schutz, Geborgenheit, gleichzeitig Hoffnung und die aus Erfahrung und dem Wissen über die allgemeinen Gesetzmäßigkeiten von Krisen gespeiste Zuversicht, dass die Krise bald beendet sein wird.

Die Therapiezeit, insbesondere im stationären Rahmen, soll auf das notwendige Minimum beschränkt bleiben, der Patient im Sinne des Empowerment durch kurze, gezielte Interventionen befähigt werden, seinen Weg wieder so weit wie möglich aus eigener Kraft weiterzugehen.

Wie dieser Weg aussieht, wird vor allem vom Empfinden des Betroffenen über seine eigenen Beschränkungen und Möglichkeiten bestimmt, mehr als durch allgemeine therapeutische Richtlinien. Das Ende einer Krise muss nicht das Ende einer Krankheit oder Langzeitproblematik bedeuten, Behandlungsvorschläge zielen nicht darauf ab, Leistungen zu verordnen oder den Betroffenen von der „richtigen“ Behandlungsmethode zu überzeugen. Die Wünsche und die Sichtweisen des Betroffenen und seiner Angehörigen sind ausschlaggebend für jede anzubietende Intervention.

Bei aller Freundlichkeit und Offenheit muss eine Krisenstation immer ein Ort bleiben, der Lust und Mut macht, ihn wieder zu verlassen, und an dem es sich nicht gemütlich auf längere Zeit leben lässt. Eine Krisenstation kann ein Anfang, ein Zünder für Veränderungen und therapeutische Prozesse sein; zum Behandlungsmittelpunkt darf sie nicht werden. Sich dessen bewusst zu bleiben, was für einen kleinen Ausschnitt in der Entwicklung eines Menschen so ein Krisenaufenthalt darstellt, diesen deswegen aber nicht für unbedeutend oder wirkungslos zu halten, sondern die Bedeutung auch dieses kleinen Ausschnittes wahrnehmen zu können im Sinne des gemeinsamen Aushaltens von Unerträglichem, einer Auszeit zum Kraftsammeln, des Zuführens neuer Ideen, eines Anstoßes zur Veränderung, des Organisierens der nächsten Schritte – darin liegt die Herausforderung der stationären Krisenintervention.

Literatur

- Alzheimer C (1986): Nichtambulante Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. Heidelberg: Springer
- Antonovsky A (1997): Salutogenese. Tübingen: DGVT
- Bechdolf A, Halve S, Schulze-Lutter F, Klosterkötter J (1998): Selbst wahrnehmbare Vulnerabilität, Prodromalsymptome und Bewältigungsreaktionen von schizophrenen und affektiven Episoden. Fortschr Neurol Psychiatr 66(8):378-86

- Gaebel W, Janner M, Frommann N, Pietzker A, Kopcke W, Linden M, Müller P, Müller-Spahn F, Tegeler J (2000): Prodromal states in schizophrenia. Compr Psychiatry 41(2 Suppl 1):76-85
- Hultman CM, Wieselgren IM, Ohman A (1997): Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenic patients. Scand J Psychol 38(1):3-13
- Joy CB, Adams CE, Rice K (2004): Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4
- Lachauer R (1992): Der Fokus in der Psychotherapie. München: Pfeiffer
- Menzel S (2004): Die Krisenstation am Atriumhaus – Chancen und Grenzen einer integrativen kurzzeitstationären Behandlung für Menschen mit schizophrenen Psychosen. In: Machleidt W, Garlipp P, Haltenhof H (Hrsg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Stuttgart: Schattauer, S. 345-351
- Reding GR, Raphaelson M (1995): Around-the-clock mobile psychiatric crisis intervention: Another effective alternative to psychiatric hospitalization. Community Ment Health J 31(2):179-187
- Roberts AR, Ottens AJ (2005): The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. Brief Treatment and Crisis Intervention 5(4): 329-339
- Schleuning G, Künstler R (2004): Krise und Krisenhilfe. In: Rössler W (Hrsg.): Psychiatrische Rehabilitation. Berlin: Springer, S. 681-697
- Schnyder U, Sauvant JD (1996/2000): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: H. Huber
- Sonneck G (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Uni-TB. Wien: Facultas
- Werner Emmy E, Smith RS (2001): Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery. Ithaca NY: Cornell University Press
- Zubin J, Magaziner J, Steinhauer SR (1983): The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability. Psychol Med 13(3):551-71

Dr. Gabriele Schleuning

Chefärztin • Atriumhaus

Psychiatrisches Krisen- und Behandlungszentrum

Isar-Amper-Klinikum • Klinikum München-Ost

Bavariastr. 11 • 80336 München

Tel: 089/7678-9126 • Fax: 089/7678-9129

Schleuning@atriumhaus-muenchen.de

Susanne Menzel, Dipl.-Psych.

Atriumhaus

Psychiatrisches Krisen- und Behandlungszentrum

Isar-Amper-Klinikum • Klinikum München-Ost

Bavariastr. 11 • 80336 München

Tel: 089/7678-0 • Fax: 089/7678-9102

sumenzel@yahoo.de