

Interview mit Prof. Dr. med. Stefan Borgwardt, Chefarzt und stellvertretender Klinikdirektor der Erwachsenenpsychiatrie (EPK), Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK), Universität Basel

Die Kriseninterventionsstation als moderne Form der stationären Psychiatrie

Stefan Borgwardt, Karl Studer

Karl Studer : Vor kurzem habt Ihr einen Tag der offenen Tür in der KIS Basel gehabt.

Wie war das Echo in der Bevölkerung?

Stefan Borgwardt: Am 18. Mai war der Andrang zu den Vorträgen und Diskussionen um die KIS sehr gross. Wir haben aber seit jeher ein positives Echo für diese einzigartige Abteilung. Das Interesse ist noch höher als erwartet: letztes Jahr wurde die KIS ausgebaut und mit den 10 + 2 Betten in mehrheitlich Einzelzimmern werden heute 20% der Aufnahmen der EPK behandelt. Die Aufenthaltsdauer beträgt um die fünf Tage und ist für Patientinnen und Patienten mit Lebenskrisen aller Art sehr attraktiv. Die Auslastung beträgt heute 98%.

KS: Woher kommen diese Patienten?

SB: Primär werden sie von der Notfallstation des Universitätsspitals Basel (USB) zugewiesen. Dies bedingt eine gute und enge Zusammenarbeit mit den «Somatikern». Sekundär werden Borderline-Patienten in Krisensituationen auf der KIS behandelt. Das klare Setting und der ausgezeichnete Stellenschlüssel begünstigen eine rasche und individuelle Hilfeleistung. So übt die KIS eine Brückenfunktion aus zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen. In den UPK selbst bestehen noch zusätzliche spezialisierte Abteilungen für Depressionsbehandlung, Behandlung von Suchterkrankungen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, psychotischen Erkrankungen und Altersdepression sowie Sucht im Alter. Dies macht Sinn, da für alle psychiatrischen Krankheitsbilder mittlerweile spezialisierte psychotherapeutische Verfahren gut untersucht sind, von denen Patientinnen und Patienten nachweislich stärker profitieren, wenn sie auf ihre jeweilige Diagnose zugeschnitten sind.

Die KIS ist die einzige Abteilung der Erwachsenenpsychiatrie, die (wegen der kurzen Liegedauer) nicht störungsspezifisch und psychotherapeutisch ausgerichtet ist. Ein bedeutender Anteil der Patientinnen und Patienten hat

eine Borderline-Diagnose und kommt zur Krisenintervention. Dies entspricht auch den Leitlinien: Patienten mit Borderline-Störung sollten idealerweise entweder kurz und mit klarem Auftrag auf einer offenen Kriseninterventionsstation behandelt werden – oder diagnosespezifisch psychotherapeutisch in einem für diese Diagnose spezialisierten Setting, was wir auf dem Campus vorhalten.

KS : Die KIS liegt auf dem Campus des Universitätsspitals Basel. Nach meiner Erinnerung ist das keine Selbstverständlichkeit. Wie konnte sich dieses Angebot da halten?

SB: Es ist tatsächlich eine Privileg, dass diese Abteilung im Herzen der Stadt im Universitätsspital lokalisiert ist. Und es war der historische Verdienst von Professor R. Battegay, eine KIS im damaligen Kantonsspital Basel zu integrieren. Es bedurfte nun aber einiger Überzeugungsarbeit und Reflexion um die anfänglich kleine Abteilung für acht Patientinnen und Patienten auf dem Areal belassen zu können, denn der Platzbedarf der anderen medizinischen Spezialitäten ist gross. Es gelang jedoch, die Entscheidungsträger zu überzeugen, dass diese Einheit nicht nur für die Patienten von grosser Bedeutung ist, sondern auch für das USB. Dadurch wird die Notfallstation entlastet, die mittlerweile sogar fast doppelt so viele Patienten aufnehmen kann. Die Erfahrung zeigt, dass die Positionierung der KIS auf dem Areal des USB einen sehr wichtigen Punkt im Sinne der Entstigmatisierung darstellt. Dadurch wird auch die Schwelle für erkrankte Patientinnen und Patienten deutlich niedriger, eine Hospitalisation in einer psychiatrischen Einrichtung zu akzeptieren. Gleichzeitig ist auch wichtig, dass unser Konsiliar- und Liaisondienst von den Kollegen sehr geschätzt und als professionell anerkannt wird, da sie hautnah erleben, dass ihnen in vielen Situationen psychiatrisches Wissen und Können sehr nützlich sein kann. Die KIS und der Konsiliar- und Liaisondienst sind mit der zentralen Aufnahme- und Triage-

station zum Zentrum für Krisenintervention und Diagnostik zusammengeschlossen. Die KIS ist in diesem Sinne eine sehr zeitgemässe Einrichtung, in einer Zeit wo alles schneller und effizienter ablaufen soll und wo von den Patienten auch eine entsprechende Erwartung zur schnellen und gezielten Behandlung besteht.

KS: Wie setzt Ihr diese Erwartung um?

SB: Im Vordergrund steht eine prinzipielle Patientenorientierung. Bereits beim Eintritt wird neben einer transparenten Therapieplanung und einem klaren Auftrag des Patienten bereits die Austrittsplanung und die Nachbetreuung mit dem Patienten erarbeitet, zum Beispiel eine ambulante Weiterbehandlung durch das Team des Gesundheitszentrum Psychiatrie Kornhausgasse. Was in Zukunft noch kommen könnte ist eine Akut-Tagesklinik. Das Angebot einer Multisystemischen Therapie wäre hier ebenfalls sehr günstig.

KS: Wie ist das Team zusammengesetzt, wer hat die Fallführung, und wie geschieht die Teamarbeit?

SB: Die Zusammenarbeit erfolgt multiprofessionell im Team, welches aus Ärzten, Psychologen, Pflegefachkräften, Sozialarbeitern und administrativen Mitarbeitern besteht. Die eigentliche Fallführung ist – je nach den Bedürfnissen des Patienten – entweder ärztlich oder pflegerisch, wobei die Behandlung immer im Team erfolgt.

KS: Was bedeutet denn eigentlich Krisenintervention?

SB: Im Wesentlichen geht es um sofortige Entlastung des Patienten durch ein intensives, multidisziplinäres Assessment mit einer zuverlässigen Verhinderung von Suiziden, Fremdgefährdung und Chronifizierung. Sie entlastet auch die Angehörigen und gelegentlich die Therapeuten, denn sie bringt Zeitgewinn, um Alternativen zur stationären Einweisung zu finden. Sie hilft, Krisen bei

chronisch psychisch Kranken rasch zu beheben und die soziale Integration beizubehalten.

KS: Wäre nicht zu erwarten, dass dieser Erfolg der KIS zu einer Verkleinerung der UPK und Spezialisierung innerhalb der Klinik führen würde?

SB: Die traditionelle psychiatrische Klinik hat einen anderen Rhythmus. Für den Beziehungsaufbau und die Integration ins Abteilungsleben wird viel Zeit und Energie aufgewendet, um dann die störungsspezifischen psychotherapeutischen Konzepte umsetzen zu können. Damit gezielte psychotherapeutische Gruppeninterventionen Erfolg haben, braucht es Zeit. Das ist in fünf Tagen nicht zu leisten.

Weiterhin haben wir am Beispiel von Patienten mit psychotischen Erkrankungen versucht, die Behandlungspfade im Sinne eines Shifts zu Früherkennung, Frühbehandlung, stationärer Krisenintervention und ambulanter Rehabilitation zu erreichen.

KS: Hat denn die Beziehungsarbeit in der KIS keine Bedeutung?

SB: Doch, doch! Bereits beim Eintritt werden die Bezugspersonen festgelegt und über die gesamte Dauer beibehalten. Auch übers Wochenende und durch die Krisensituation beim Patienten und seine Erwartung auf Hilfe ent-

wickelt sich meist eine intensive Beziehung, die zur individuellen Bewältigung genutzt wird. Die überschaubare Grösse und die beschränkte Aufenthaltsdauer von meistens vier bis fünf, gelegentlich bis zu sieben Tagen verhindert eine eigentliche Abteilungsdynamik, die dann ein Eigenleben erhielte. Eine Lebenskrise äussert sich als Verengung der Wahrnehmung und des eigenen Wertesystems sowie der Handlungsfähigkeit und hat einen bedrohlichen Charakter. Damit die Krise zur Chance wird für neue Problemlösungskompetenz, bedarf es der möglichst schnellen Sicherheit durch kompetente Beziehung. Angebote zur Entspannung und klaren Kommunikation sowie transparenter Zielsetzung ermöglichen dabei ein rasches Aktivieren eigener Ressourcen. Das alles braucht Vertrauen und eben Beziehungsarbeit.

KS: Müssten denn nicht mehrere solcher KIS zur Verfügung stehen, um die spezialisierten Klinikabteilungen zu entlasten und um einen noch grösseren Anteil der Akutpatienten behandeln zu können?

SB: Im Grundsatz ja, denn ein wichtiger Vorteil der KIS ist das geringe Stigma durch ihren Standort im USB, die gute Erreichbarkeit und dadurch die hohe Akzeptanz bei den Patienten, den Angehörigen und auch den Zuweisern. Durch die kurze Hospitalisationsdauer ist eine Verbesserung der Behandlung von

chronisch kranken Patientinnen und Patienten zu erwarten: Dem unerfreulichen Hospitalismus kann vorgebeugt werden, eine bessere Förderung der Selbstverantwortung, des sozialen Verlaufes sowie der Lebensqualität und letztlich auch eine Verringerung der Kosten wird ermöglicht. Durch kurze Aufenthalte in stationärem Rahmen werden auch die Angehörigen und gelegentlich auch die Therapeuten entlastet. Die Folge ist eine höhere Zufriedenheit der Patienten, die sich intensiver mit ihrer krisenhaften Situation auseinandersetzen können. Im Sinne der kleinen Schritte wollen wir hier in den UPK Basel in diese Richtung gehen, möglicherweise mit entsprechenden tagesklinischen Angeboten.

KS: Was möchtest Du den Mitgliedern der SGPP bei dieser Gelegenheit noch sagen?

SB: Ich möchte einen schönen Sommer wünschen – und einen guten Platz für eine Krisenintervention kennen Sie ja nun.

Korrespondenz:

Dr. Karl Studer
Praxis im Klosterhof
Klosterhofstrasse 1
CH-8280 Kreuzlingen
[karl.studer\[at\]bluemail.ch](mailto:karl.studer[at]bluemail.ch)