

Konsiliarisch-psychiatrische Versorgung eines Allgemeinkrankenhauses im Zusammenhang mit stationärer Krisenintervention*

Christian Vogel und Cord-Michael Haf

Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychiatrische Poliklinik, Kraepelinstrasse 10, D-8000 München 40, Bundesrepublik Deutschland

Psychiatric Care Consultation Service at a General Hospital Association with a Clinical Crisis-Intervention Ward

Summary. This study examined the psychiatric care given at a general hospital associated with a clinical crisis-intervention ward in Munich. The correlations between frequency of suicide attempts, psychiatric crisis and the transfer of patients (treated by attending physicians) to a crisis-intervention ward of particular interest. Of the total 6,004 patients in the general hospital, 227 (130 female, 97 male) were psychogenetic reactions (36.6%) or alcohol-, medicine-, and drug-dependent cases (26.8%). The average patient age in acute crisis was significantly lower than that of other patients. Suicide syndrome was found in 91 cases; 23 patients were transferred to the crisis-intervention ward within 24 h and 7 after 24 h. There were significantly more women than men. The configuration-frequency analysis indicated three significant types: (1) "crisis-patients" ($N = 18$) with suicide syndrome, psychiatric crisis patients who were moved to the crisis-intervention ward within 24 h; (2) typical "non-crisis patients" ($N = 111$) without positive indication of these three variables; and (3) a group of 48 patients who, in spite of an acute crisis and suicide syndrome, were not transferred to the crisis-intervention ward. In the follow-up study 1 year later, another group of patients ($N = 23$), which had refused admission to the crisis-intervention ward, confirmed the high-risk expectation when compared with the patients who were admitted.

Key words: Psychiatric crisis intervention – Consultation service – General hospital

Zusammenfassung. In der vorliegenden Arbeit untersuchten wir die konsiliarisch-psychiatrische Versorgung eines großen Allgemeinkrankenhauses in Verbindung mit der Aufnahme auf eine Kriseninterventionsstation.

Besonders interessierten uns Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit des Auftretens von Suizidalität, psychiatrischer Krise und Übernahme von konsiliarisch-psychiatrisch untersuchten Patienten. Von insgesamt 6004 Patienten des Allgemeinkrankenhauses wurden in einem Zeitraum von 2 Monaten 227 (130 Frauen, 97 Männer) psychiatrisch untersucht. Am häufigsten wurden psychogene Reaktionen und

Anpassungsstörungen (ICD-9: 308.0–309.9) mit 36.6%, am zweithäufigsten Suchterkrankungen (ICD-9: 303, 305.0, 304.0–304.9, 305.1–305.9) mit 26.8% diagnostiziert. In 90 Fällen lag eine psychiatrische Krise vor. Das Durchschnittsalter dieser Patienten war niedriger als das der Übrigen. Bei 91 Patienten fand man ein suizidales Syndrom. Es wurden 23 Patienten innerhalb und 7 nach Ablauf von 24 Std auf die Kriseninterventionsstation (KIS) übernommen.

Mit Hilfe der Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA) fanden wir 3 signifikante Typen: (1) „Krisen-Patienten“ ($N = 18$), bei denen sowohl „Suizidalität“, „Krise“ und „Übernahme auf die Kriseninterventionsstation innerhalb von 24 Std“ zusammentraf; (2) typische „Nicht-Krisen-Patienten“ ($N = 111$), bei denen keine der 3 Variablen bejaht wurde; (3) eine Gruppe ($N = 48$), die trotz des Vorliegens eines suizidalen Syndroms und einer aktuellen Krise nicht auf die KIS übernommen wurden.

Bei der Gruppe von Patienten ($N = 23$), die eine angebotene Aufnahme auf die Kriseninterventionsstation ablehnten, bestätigte sich durch eine Nachuntersuchung nach Ablauf eines Jahres unsere Hypothese eines hohen Risikos.

Schlüsselwörter: Psychiatrische Krisenintervention – Allgemeinkrankenhaus – Psychiatrischer Konsiliardienst

Einleitung und Problemstellung

Einen Schwerpunkt sozialpsychiatrischer Forschung und Praxis bilden neben Epidemiologie und Prävention die ambulante und stationäre Versorgung psychisch Kranker. In neuerer Zeit findet die ergänzende Betreuung psychiatrischer Patienten in Allgemeinkrankenhäusern zunehmende Aufmerksamkeit. Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit den Zusammenhängen zwischen der Häufigkeit des Auftretens von Suizidalität, psychiatrischer „Krise“ und Übernahme von konsiliarisch-psychiatrisch untersuchten Patienten auf eine Kriseninterventionsstation (KIS).

Der Begriff der „Krise“ wurde von Erik Lindemann in die psychiatrische Literatur eingeführt. Lindemann beschrieb 1944 die Trauerreaktionen der Hinterbliebenen einer Brandkatastrophe im Coconutgrove-Nachtclub in Boston (Lindemann 1944). In der amerikanischen Psychiatrie wurde der Krisenbegriff rasch populär. Häfner und Helmchen (1978) definierten „Krise“ für den Gebrauch auf psychiatrischem Gebiet erneut und grenzten ihn ab von dem allgemeinen anthropolo-

* Die vorliegende Arbeit ist Herrn Prof. Dr. med. Wilhelm Feuerlein zum 65. Geburtstag gewidmet.
Sonderdruckanfragen an: C. Vogel (Adresse siehe oben)

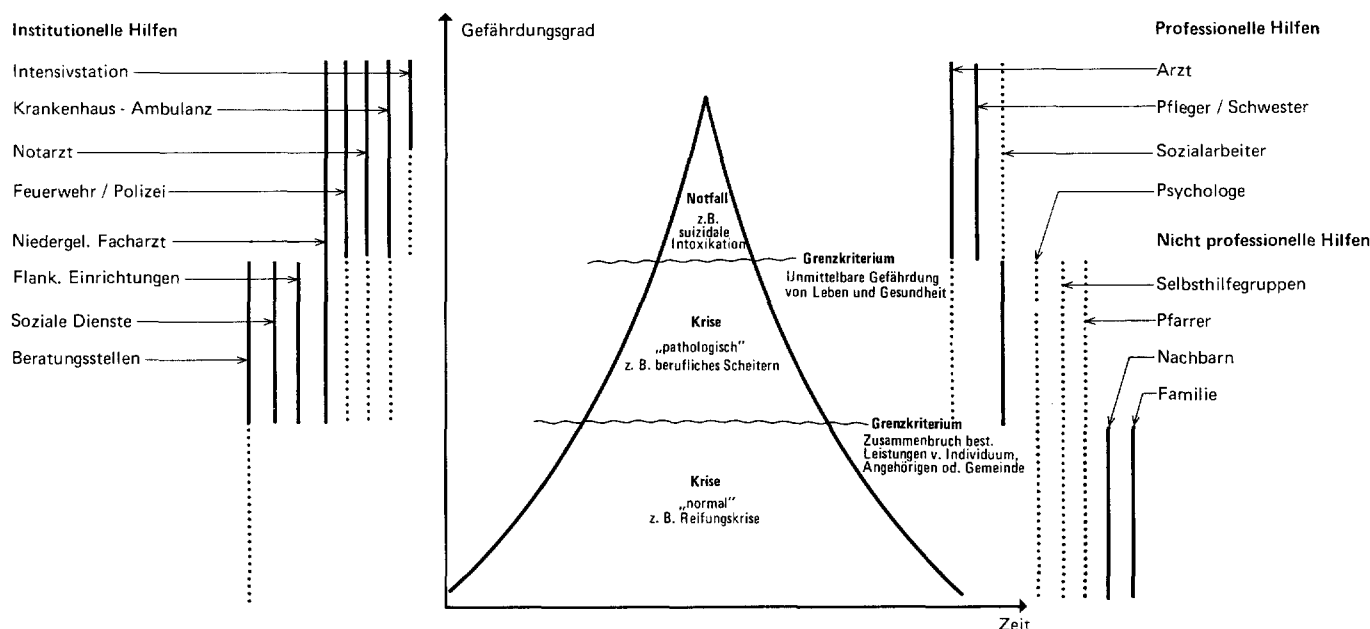


Abb. 1. Adäquate Versorgung von Notfällen und Krisen durch institutionelle, professionelle und nicht-professionelle Hilfen. Notwendige Zuordnung (—), mögliche Zuordnung (.....). (Mit freundlicher Genehmigung der Autoren und des Verlages reproduziert aus: Häfner H, Helmchen H (1978) Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise. Nervenarzt 49: 82–87)

gischen Krisenbegriff auf der einen und dem psychiatrischen Notfall auf der anderen Seite.

Cullberg (1978) unterschied von der Verursachung her zwei Formen psychiatrischer Krisen: die Lebensveränderungskrise und die traumatische Krise. Lebensveränderungskrisen können nach Cullberg ausgelöst werden durch Verlassen des Elternhauses, Heirat, Geburt von Kindern, Umzug, Arbeitslosigkeit, Klimakterium, Pensionierung; traumatische Krisen durch den Tod eines Nahestehenden, Krankheit, plötzliche Invalidität, Trennung, Kündigung des Arbeitsplatzes, soziale Niederlage und äußere Katastrophe. Auf die Bedeutung der traumatischen Krisen bei Opfern krimineller Handlungen, z.B. bei Vergewaltigungen, wiesen Everstine und Everstine (1983) hin. Eine Krise entsteht, wenn das Individuum mit inneren und äußeren Faktoren konfrontiert wird, die alle vorher erlernten Copingstrategien oder Abwehrmechanismen überfordern, so daß es zur akuten Dekompensation kommt.

Von der anthropologisch definierten Krise unterscheidet sich die „Krise“ im psychiatrischen Sinne durch das Überschreiten des individuellen Anpassungsvermögens, d.h. die Überforderung erlernter Problembewältigungsstrategien.

Häfner und Helmchen (1978) trennten den Begriff der Krise von dem des psychiatrischen Notfalls. Beim psychiatrischen Notfall steht die plötzliche und unmittelbare Gefährdung des Lebens, der körperlichen Integrität oder Gesundheit (entweder durch eine akute körperliche Erkrankung, die der psychischen Störung zugrunde liegt, oder durch die psychische Störung selbst) im Vordergrund. Der Dringlichkeitsaspekt von Krisen erscheint gegen die Dringlichkeit beim psychiatrischen Notfall weitaus komplexer. Dieser Dringlichkeitsaspekt ist mit Lebensproblemen, ihrer Zuspitzung und ihren individuellen oder sozialen Komplikationen verbunden. Von psychiatrischer Krise könne man sprechen, so Häfner und Helmchen, wenn eine existentielle, soziale oder materielle Gefährdung eines Menschen oder seiner Umgebung im Zusammen-

hang mit einer psychischen Störung bzw. Krankheit stehe. Je mehr die Krise Gefahr für die Gesundheit oder Leben, etwa durch Suizidalität, aufwirft, um so mehr geht sie in den psychiatrischen Notfall über (Sacks u. a. 1974). In einem Diagramm versuchten Häfner und Helmchen, die möglichen therapeutischen Interventionen den entsprechenden Formen psychischer Dekompensation zuzuordnen (Abb. 1).

Einen praktisch orientierten Ansatz aus dem Blickwinkel der Sozialarbeit für die Intervention bei den unterschiedlichen typischen Krisensituationen bietet Golan (1983).

Es sei hier betont, daß der Begriff der „Krise“ in der vorliegenden Untersuchung weiter als bei Häfner und Helmchen (1978) gefaßt und im wesentlichen von der Psychodynamik her definiert ist, d.h. aus dem Versagen der Bewältigungsstrategien des Patienten angesichts der aktuellen Belastungssituation. Im Mittelpunkt der Krisenintervention steht die Stützung noch intakter Ich-Funktionen und Selbstheilungskräfte (vgl. Feuerlein et al. 1983).

An der psychiatrischen Poliklinik des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie in München besteht seit Januar 1981 neben der Ambulanz eine „Psychiatrische Aufnahmestation“, deren Schwerpunkt in der Versorgung psychiatrischer Notfälle und der psychiatrischen Krisenintervention liegt. Das Konzept der Station wurde von Feuerlein et al. (1983) dargestellt. Auch andere Autoren (Dorn und Berzewski 1979; Berzewski und Dorn 1978; Götte 1979; Hauck und Wegener 1980; Müller und Thies 1983) berichten über vergleichbare Einrichtungen. Zu den Aufgaben der psychiatrischen Poliklinik gehört die konsiliarisch-psychiatrische Versorgung aller Abteilungen des städtischen Krankenhauses München-Schwabing. Bei dem Krankenhaus handelt es sich um ein Allgemeinkrankenhaus mit ca. 1240 Betten.

Die folgende Untersuchung soll zeigen, welche Patienten des Allgemeinkrankenhauses bevorzugt unter welchen Modalitäten auf die psychiatrische Aufnahmestation übernommen werden; insbesondere wurde berücksichtigt, wie rasch die

Übernahme erfolgte und bei welchen Patienten eine „psychiatrische Krise“ vorlag. Im Rahmen der prospektiv angelegten Studie erhoben wir darüberhinaus Daten über Alter, Geschlecht, psychiatrische Diagnose, Suizidalität, Vorbehandlung im Allgemeinkrankenhaus sowie über andere vorgeschlagene Maßnahmen als die Übernahme auf die Kriseninterventionsstation.

Untersuchungsplan und Erhebungsinstrumente

Gemäß einem für diese Untersuchung entworfenen Erhebungsbogen wurden alle im Laufe von 2 Monaten (März, April 1983) durch das Max-Planck-Institut für Psychiatrie (MPIP) konsiliarisch untersuchten Patienten des Krankenhauses München-Schwabing dokumentiert. Nach Ablauf eines Jahres fand eine Nachuntersuchung statt. Der Erhebungsbogen umfaßte folgende Daten: Alter, Geschlecht, Station des Allgemeinkrankenhauses, auf der sich der Patient befand, Diagnose und Fragestellung des Allgemeinkrankenhauses, Diagnose des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie (verschlüsselt nach ICD 9), Suizidalität (gem. Tabelle 1), Vorliegen einer psychiatrischen Krise, Übernahme auf die Kriseninterventionsstation. Wir hielten auch fest, ob die Übernahme innerhalb oder nach Ablauf von 24 Std erfolgte.

Für Patienten, die nicht auf die Kriseninterventionsstation übernommen wurden, gaben wir folgende Antwortkategorien vor:

1. Übernahme angeboten, vom Patienten abgelehnt.
2. Übernahme vom Konsiliardienst für nicht notwendig erachtet
3. Übernahme aus äußeren Gründen nicht möglich
4. Freiwillig auf anderer Station des MPIP aufgenommen
5. Zwangsweise auf anderer Station des MPIP aufgenommen
6. Freiwillig auf psychiatrischer Station einer anderen Klinik aufgenommen
7. Zwangsweise auf psychiatrischer Station einer anderen Klinik aufgenommen
8. Wiedervorstellung in der Psychiatrischen Poliklinik empfohlen
9. Unbekannt

Wir hielten die Zeitpunkte der stationären Aufnahme im Krankenhaus München-Schwabing und der ersten Untersuchung durch die Poliklinik des MPIP fest.

Nach einer Aufschlüsselung der dokumentierten Daten war die Prüfung der Hypothesen zur Alters- und Geschlechtsverteilung unter Verwendung des χ^2 - und des T -tests (Signifikanzniveau = 0,05) geplant. Unser Ausgangspunkt war, daß eine rasche Aufnahme innerhalb von 24 Std mit dem Vorlie-

Tabelle 2. Altersstruktur

Alter (in Jahren)	Anzahl der Fälle insgesamt		davon „Krise“		
	absolut	%	ja	nein	unklar
16–20	12	5,3	6	5	1
21–30	44	19,4	31	8	5
31–40	49	21,6	20	23	6
41–50	47	20,7	17	26	4
51–60	23	10,1	6	14	3
61–60	25	11,0	8	17	0
71–80	18	7,9	1	15	2
81–93	9	4,0	1	8	0
Summe	227	100,0	90	116	21

gen einer Krise und einem suizidalen Syndrom im Vorfeld der Aufnahme in enger Beziehung steht. Mit diesen drei Variablen sahen wir eine Konfigurationsfrequenzanalyse vor, um die Zusammenhänge vollständig darstellen zu können. Zur übersichtlichen Gestaltung der Diagnosenstruktur und unter dem Gesichtspunkt der Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen faßten wir die ICD-Nummern in sechs Gruppen zusammen:

1. ICD 290.0 bis 299.9 unter der Gruppe Psychosen;
2. ICD 300.0 bis 302.9, 306.0 bis 307.9 unter Neurosen, sexuelle Deviation, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Syndrome;
3. ICD 303 und 305.0 unter Alkoholismus und Alkoholmißbrauch;
4. ICD 304.0 bis 304.9, 305.1 bis 305.9 unter Drogen- und Medikamentenabusus;
5. ICD 308.0 bis 309.9 unter psychogene Reaktionen und Anpassungsstörungen;
6. ICD 310.1 bis 310.9 unter spezielle nichtpsychotische Störungen nach Hirnschädigung.

Beschreibung der Patientenstichprobe

Von den insgesamt 6004 Patienten des Allgemeinkrankenhauses wurden im zweimonatigen Beobachtungszeitraum 227 entweder von Ärzten der Poliklinik des MPIP oder, außerhalb deren Dienstzeit, von den Dienstärzten des Instituts psychiatrisch untersucht. Es konnten lückenlos alle Fälle erfaßt werden. Dabei handelte es sich um 130 Frauen und 97 Männer. Bezüglich der Altersverteilung dieser Patienten fanden wir die in Tabelle 2 dargestellten Häufigkeiten. Der Schwerpunkt lag im jüngeren und mittleren Lebensalter, zwei Drittel der Patienten waren unter 50 Jahre alt. Die 16- bis 20jährigen waren mit 5.3% vertreten.

Die Geschlechtsverteilung der konsiliarisch gesehenen Patienten entsprach der Zusammensetzung des Gesamtpatientengutes im Allgemeinkrankenhaus, sowohl für den Zeitraum der Untersuchung als auch bezogen auf das ganze Jahr. Die Altersverteilung des Gesamtpatientengutes ($N = 6004$) am Allgemeinkrankenhaus war nicht bekannt.

Am häufigsten stellten wir mit 36.6% psychogene Reaktionen und Anpassungsstörungen (ICD-9:308.0–309.9), am zweithäufigsten Suchterkrankungen mit 26.8% (ICD-9:303, 305.0, 304.0–304.9, 305.1–305.9) fest. Die Gruppe der Psychosen (ICD-9:290.0–299.9) war mit 22.9% vertreten. Selte-

Tabelle 1. Selbstmordversuch (SMV)

- | | |
|---|---|
| 0 | Negiert bzw. nein |
| 1 | SMV (auch dringender Verdacht auf SMV), der zur jetzigen Aufnahme führte |
| 2 | SMV (auch dringender Verdacht auf SMV) während der Behandlung in der Klinik bzw. Poliklinik oder innerhalb 1 Woche nach Abschluß der Klinik- bzw. Poliklinik-Behandlung |
| 3 | Erweiterter SMV |
| 4 | SMV in der Vorgeschichte |
| 5 | Kombinationen (1–4) |
| 9 | Unbekannt |

ner fanden wir Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Deviationen (ICD-9: 300.0–302.9, 306.0–307.9) mit 7.9% ($N = 18$) und das „leichte organische Psychosyndrom“ (ICD-9:310.1, 310.9) mit 2.6% ($N = 6$). In 51 Fällen (22.5%) wurde die Erstdiagnose chronischer Alkoholismus (ICD-9:303) gestellt, in 50 Fällen (22.0%) die einer kurzdauernden depressiven Reaktion (ICD-9:309.0), in 26 Fällen (11.5%) die einer länger dauernden depressiven Reaktion (ICD-9:309.1). In 7 Fällen (3.1%) stellte man keine psychiatrische Diagnose. Bei 62 Patienten (27.3%) fanden wir Zweitdiagnosen: 19 betrafen Alkoholismus und Alkoholmißbrauch, 15 Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Erkrankungen.

Eine wichtige Frage war, in welchen Fällen eine Krise im psychiatrischen Sinne vorlag. Bei 90 Patienten wurde dies vom Konsiliarius bejaht, in 116 Fällen verneint und bei 21 Patienten als unklar bezeichnet; d. h. in 39.6% der Fälle wurde eine Krise als sicher angenommen.

Von den in zwei Monaten konsiliarisch-psychiatrisch untersuchten 227 Patienten übernahm die Kriseninterventionsstation insgesamt 30 (13.2%), davon 23 innerhalb 24 Std nach der Erstuntersuchung durch den psychiatrischen Konsiliarius und sieben zu einem späteren Zeitpunkt. Eine Krise lag bei allen innerhalb 24 Std aufgenommenen Patienten vor, bei den sieben nach Ablauf von 24 Std aufgenommenen Patienten in fünf Fällen; bei zwei Patienten lag keine Krise vor.

Untersuchungsergebnisse

Stichprobe aller konsiliarisch untersuchten Patienten

Betrachtet man das Kriterium des Vorliegens einer Krise im Zusammenhang mit den übrigen dokumentierten Variablen genauer, so zeigen sich einige auffällige Tendenzen: Nur in der Altersgruppe der 21–30jährigen lag die Zahl der Patienten mit psychiatrischer Krise höher als die Zahl derer, die sich nicht in einer Krise befanden (siehe Tabelle 2). Die Annahme, daß häufiger jüngere Patienten als Krisenfall beurteilt werden und auf die psychiatrische Aufnahmestation gelangen, konnten mit dem T -Test bestätigt werden. Das Durchschnittsalter der als Krisenfall Eingestuften lag bei 31,2 Jahren, das der übrigen bei 50,2 Jahren, das der Stichprobe aller konsiliarisch untersuchten Patienten bei 45,1 Jahren (Median = 42,2 Jahre).

Die Häufigkeit der Krisenfälle unterschied sich nicht signifikant in Abhängigkeit vom Geschlecht der Patienten (siehe Tabelle 3).

Eine Geschlechtsabhängigkeit von der Anforderungshäufigkeit psychiatrischer Konsiliaruntersuchungen bei Patienten des Allgemeinkrankenhauses konnte nicht festgestellt werden ($\chi^2 = 0,054$ μ $\chi^2_{0,05;1} = 3,81$).

Bei der Diagnosenstruktur ergab sich die in Tabelle 4 dargestellte Verteilung. Nur in der Diagnosengruppe 5 (psychogene Reaktion) lag die Zahl der Patienten in einer Krise höher.

Ein deutlicher Zusammenhang fand sich zwischen Krise und suizidalem Syndrom, wobei das akute suizidale Syndrom, wie sich aus Tabelle 5 ergibt, dominierte.

Patienten in einer Krise wurden häufiger von der internen Aufnahmestation und den medizinischen Intensivstationen, seltener von medizinischen Allgemeinstationen oder chirurgischen Stationen vorgestellt. Bei diesen Patienten fand sich

Tabelle 3. Geschlechtsverteilung, psychiatrische Krise und Überweisung auf die KIS

Geschlecht	Anzahl der Fälle ^a	davon Krise			Überweisung auf die KIS	
		ja	nein	unklar	keine	innerhalb von 24 Std
weiblich	130 (57,3%)	54	65	11	110	20
männlich	97 (42,7%)	36	51	10	94	3
Summe	227 (100%)	90	116	21	204	23

^a einschließlich der nach 24 Std überwiesenen Fälle

Tabelle 4. Erstdiagnose MPIP und Bewertung hinsichtlich psychiatrischer Krise

Diagnosengruppe	Häufigkeit insgesamt ^a		davon Krise		
	absolut	relativ	ja	nein	unklar
1	52	23,6%	12	35	5
2	18	8,2%	7	8	3
3	53	24,1%	13	38	2
4	8	3,6%	3	3	2
5	83	37,7%	54	21	8
6	6	2,7%	0	6	0
Summe	220	100,0%	89	111	20

^a Ohne 7 Fälle, bei denen keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde

Tabelle 5. Suizidalität und Bewertung als psychiatrische Krise

Suizidales Syndrom	Fallzahl		Krise		
	absolut	%	ja	nein	unklar
Kein suizidales Syndrom	136	59,9	24	97	15
Suizidalität führte zur Aufnahme (1)	60	26,4	47	9	4
Erweiterter Suizidversuch (2)	1	0,4	1	0	0
Suizidversuch in der Vorgeschichte (3)	8	3,5	3	5	0
Kombination 1–3	22	9,7	15	5	2
Summe	227	100,0	90	116	21

häufig die Fragestellung nach akuter Suizidalität und Übernahme des Patienten in eine stationäre psychiatrische Behandlung (siehe Tabelle 6).

Bemerkenswert erscheint uns die hohe Zahl unklarer oder fehlender Fragestellungen von Seiten des behandelnden Arztes im Allgemeinkrankenhaus sowie der geringe Anteil erwünschter diagnostischer Abklärung. Das hauptsächliche Interesse richtete sich auf die Einschätzung weiterbestehender Suizidalität und die Beratung hinsichtlich der Therapie. Tabelle 7 enthält die Gesamtübersicht.

Auf die Kriseninterventionsstation übernommene Patienten

Bei den Patienten, die vom Allgemeinkrankenhaus auf die Kriseninterventionsstation übernommen wurden, ergab sich hinsichtlich der Erstdiagnosen ein Überwiegen der ICD-Nummer 309.0 und 309.1 mit 18 Fällen. 24 Frauen waren gegenüber 6 Männern signifikant häufiger vertreten. Zu bemerken ist, daß weder in der Gesamtpopulation des Allgemeinkrankenhauses noch in der Gesamtzahl der 227 Konsiliarpatienten

Tabelle 6. Konsiliarpatienten und Übernahme auf KIS (aufgeteilt nach den Fachabteilungen)

Station des KMS	Anzahl		Aufnahme auf KIS		
	absolut	%	ja		nein
			in 24 Std	nach 24 Std	
Interne Aufnahmestationen	56	24,7	9	1	46
Medizin. Allgemeinstationen	110	48,5	4	3	103
Medizin. Intensivstationen	37	16,3	9	2	26
Chirurg. Allgemeinstationen	12	5,3	0	0	12
Chirurg. Intensivstationen	3	1,3	0	1	2
Chirurg. Aufnahmestationen	3	1,3	1	0	2
Sonstige ^a	6	2,6	0	0	6
Summe	227	100,0	23	7	197

^a einschließlich einer fehlenden Angabe zur Station**Tabelle 7.** Fragestellung des Allgemeinkrankenhauses

Fragestellung	N	%
1. Suizidalität	56	24,7
2. Stationäre Übernahme	14	6,2
3. Therapie	59	26,0
4. Abklärung der Diagnose	9	4,0
5. Kombination 1–4	29	12,8
6. Juristische Konsequenz	16	7,0
7. Unklare Fragestellung	32	14,1
8. Fehlende Fragestellung	12	5,3
Summe	227	100,0

Tabelle 8. Aufnahme und Suizidalität

Suizidales Syndrom	Gesamt-N	Übernahme auf KIS		
		in 24 Std	nach 24 Std	keine
negiert	136	4	2	130
SMV führte zur Aufnahme (1)	60	11	4	45
Erweiterter SMV (2)	1	0	0	1
SMV in der Vorgeschichte (3)	8	1	0	7
Kombinationen 1–3	22	7	1	14
Summe	227	23	7	197

Tabelle 9. Keine Übernahme auf KIS

Weiteres Vorgehen	Krise			Gesamt-N
	ja	nein	unklar	
Übernahme angeboten, vom Patienten abgelehnt	15	6	2	23
Übernahme nicht notwendig laut MPIP	22	81	11	114
aus anderen Gründen nicht aufgenommen (z. B. Bettenmangel)	6	3	0	9
freiwillig in andere psychiatrische Klinik	4	12	1	17
zwangsweise in andere psychiatrische Klinik	3	4	0	7
Wiedervorstellung in Poliklinik MPIP	14	8	5	27
Summe	64	114	19	197

Frauen eindeutig häufiger zu finden waren. Die Patienten, die innerhalb 24 Std auf die Kriseninterventionsstation übernommen wurden, waren fast nur Frauen (Tabelle 3).

Die Bedeutung des suizidalen Syndroms für die Aufnahme auf die Kriseninterventionsstation zeigt Tabelle 8.

Ein Suizidversuch führte in 23 Fällen zur Aufnahme; in einem Fall bestand ein Suizidversuch in der Vorgeschichte, und 6 Patienten hatten noch keinen Suizidversuch unternommen.

Betrachtet man die innerhalb von 24 Std aufgenommenen 20 Frauen und 3 Männer, findet man 4 Patienten ohne suizidales Syndrom im Vorfeld, 21 mit dem Vorliegen einer psychiatrischen Krise sowie 15 mit den Erstdiagnosen ICD 309.0 und 309.1.

Nicht auf die Kriseninterventionsstation übernommene Patienten

Es wurden 197 Patienten nicht auf die Kriseninterventionsstation aufgenommen. Bei 64 von ihnen lag eine Krise vor. Innerhalb einer Untergruppe überwog die Zahl der als Krisenfall eingestuften Patienten. Es handelte sich um diejenigen, denen eine Aufnahme angeboten worden war, die sie jedoch ablehnten (Tabelle 9).

Freiwillig in eine andere psychiatrische Klinik aufgenommen wurden 17 Patienten, bei 7 Patienten erfolgte eine Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik gemäß Anwendung des Bayerischen Unterbringungsgesetzes. Weitere 27 Patienten sollten sich erneut in der Poliklinik des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie vorstellen.

Die größte Zahl der Patienten, deren Aufnahme nicht für notwendige erachtet wurde, kam von den medizinischen Allgemeinstationen. Es handelte sich hierbei um 78 Patienten. Bei 41 dieser Patienten war die Frage nach therapeutischen, bei 12 nach juristischen Konsequenzen vom Beantragenden gestellt worden. In 22 Fällen war die Fragestellung unklar (z. B. „Patientin versteckt sich unter der Bettdecke. Unklares Verhalten?“ als Angabe auf dem Anforderungsformular für psychiatrische Konsiliaruntersuchungen). Man nahm 9 Patienten aus „anderen Gründen“ nicht auf, was in der Regel Bettenmangel zum betreffenden Zeitpunkt bedeutete. Bei 59 dieser 197 Patienten, die man nicht auf die Kriseninterventionsstation aufnahm, fand sich ein suizidales Syndrom im Vorfeld der Aufnahme, und bei 64 nahm man eine psychiatrische Krise an. In 114 Fällen erachtete der Konsiliararzt eine stationäre psychiatrische Aufnahme nicht für notwendig; in 23 Fällen war sie angeboten, aber vom Patienten abgelehnt worden. Diese Gruppe setzte sich aus 8 Männern und 15 Frauen zusammen. Bei 15 Patienten lag eine psychiatrische Krise vor, bei 6 wurde sie verneint, und zweimal blieb diese Frage unklar. Ein Suizidversuch führte in 12 Fällen zur Aufnahme im Allgemeinkrankenhaus, in einem Fall fand sich ein Suizidversuch in der Vorgeschichte, in 3 Fällen bestand eine Kombination aus akuter Suizidalität und suizidalem Syndrom in der Vorgeschichte. In der Altersverteilung dieser Gruppe überwogen gleichmäßig die Jahrgänge zwischen 20 und 50 Jahren. Von der internen Aufnahmestation kamen 11 Patienten, 6 von der medizinischen Allgemein- und 6 von der medizinischen Intensivstation. Tabelle 10 zeigt einen Vergleich der Diagnosenstruktur der Gesamtzahl und der Patienten, denen eine Aufnahme auf der Kriseninterventionsstation angeboten wurden, die dies jedoch ablehnten. Es zeigte sich, daß bei dieser Untergruppe psychogene Reaktionen (Diagnosengruppe 5) und Alkoholismus (Diagnosengruppe 3) überwogen.

Tabelle 10. Erstdiagnosen (MPIP) der die Aufnahme ablehnenden Patienten

Diagnosengruppe	Gesamt-N		Aufnahme angeboten, vom Patienten abgelehnt	
	absolut	%	absolut	%
1	52	22,9	2	8,7
2	18	7,9	1	4,3
3	53	23,3	7	30,4
4	8	3,5	1	4,3
5	83	36,6	12	52,2
6	6	2,6	—	—
unklar	7	3,1	—	—
Summe	227	100,0	23	100,0

Tabelle 11. Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA) der Variablen „suizidales Syndrom“, „Krise“ und „Übernahme auf die Kriseninterventionsstation“

Variablen			f.	e.	
SZS ^a	KRISE ^b	UE ^c	beobachtete Häufigkeit	erwartete Häufigkeit	
+	+	+	18	3,7	s, T (B)
+	+	—	48	32,4	s, T (C)
+	—	+	1	5,6	n.s., A (B)
—	+	+	3	5,5	n.s., A (B)
+	—	—	24	49,4	s, A (C)
—	+	—	21	48,5	s, A (C)
—	—	+	1	8,3	s, A (B)
—	—	—	111	73,8	s, T (C)

Fälle: 227

C = χ^2 -Test; B = Binominal-Test

s = signifikant; n.s. = nicht signifikant;

T = Typ = f > e; A = Antityp = f < e

 χ^2 -Wert mit 4 FG: 140,39 (signifikant)^a SZS = Suizidales Syndrom, akut oder in der Vorgeschichte (+: ja; -: nein)^b KRISE = Krise diagnostiziert vom MPIP (+: ja; -: nein)^c UE = Übernahme auf die Kriseninterventionsstation innerhalb von 24 Std (+: ja; -: nein)

Zusammenhänge zwischen Vorliegen einer Krise, Suizidalität und Übernahme innerhalb von 24 Std auf die Kriseninterventionsstation

Zur vollständigen Beschreibung und Analyse der konsiliarisch gesehenen Patienten hinsichtlich der Variablen „Suizidalität“, „Vorliegen einer Krise“ und „Übernahme auf die Kriseninterventionsstation innerhalb von 24 Std“ verwendeten wir die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA) nach Krauth und Liebert (1973). Die insgesamt wirksame KFA (χ^2 -Wert bei 4 Freiheitsgraden) zeigt in drei Zeilen eine signifikant über der erwarteten Frequenz liegende Häufigkeit. Es handelt sich dabei um typische „Krisen-Patienten“ ($N = 18$), bei denen Suizidalität vorlag, eine Krise diagnostiziert wurde und die Übernahme auf die Kriseninterventionsstation innerhalb von 24 Std erfolgte. Typische „Nicht-Krisen-Patienten“ ($N = 111$) im Sinne der KFA beinhaltet der zweite Typ, bei dem keine der drei Variablen bejaht wurde. Wir fanden einen dritten signifikanten Typ ($N = 48$), bei dem trotz des Vorliegens eines suizidalen Syndroms und einer aktuellen Krise keine sofortige Übernahme erfolgte. In fünf Zeilen (vgl. Tabelle 11) finden

sich unterfrequente Häufigkeiten, von denen drei signifikant sind. Es gab 45 Patienten, die nicht übernommen wurden, obgleich entweder ein suizidales Syndrom vorlag ($N = 24$) oder eine Krise diagnostiziert worden war ($N = 21$). Man übernahm einen Patienten, ohne daß eine Krise oder ein suizidales Syndrom vorlagen.

Wiedervorstellung innerhalb eines Jahres nach Erstuntersuchung

Anhand der in der psychiatrischen Poliklinik vorhandenen Krankenblätter untersuchten wir nach Ablauf eines Jahres (bis Mai 1984) die Häufigkeit der Wiedervorstellungen. Wir unterteilten nach dem Kriterium der damaligen Aufnahme und fanden bei den nach Ablauf von 24 Std übernommenen Patienten ($N = 7$) keine, bei den innerhalb von 24 Std übernommenen Patienten ($N = 23$) eine Wiedervorstellung. Die nicht auf die KIS übernommenen Patienten differenzierten wir nach den in Tabelle 8 genannten Kategorien. Unsere Nachuntersuchung ergab, daß 5 der 23 Patienten, die eine angebotene Aufnahme ablehnten, innerhalb eines Jahres erneut in der Poliklinik vorgestellt oder auf die Kriseninterventionsstation übernommen wurden. Darunter befand sich eine Patientin, die an einer Folgeerkrankung ihrer Sucht verstarb. Eine zweite Patientin beging einen schweren Suizidversuch und mußte gemäß Bayerischem Unterbringungsgesetz eingewiesen werden. Eine stationäre Aufnahme empfahl man 2 Patienten, in einem Fall in einer psychosomatischen Klinik, im anderen Fall in einer Suchtabteilung einer Universitätsklinik. Ein fünfter Patient konnte ambulant nachbetreut werden.

Von den 114 Konsiliarpatienten, bei denen eine Übernahme laut MPIP nicht notwendig war, stellten sich 7 vor. In der Gruppe der aus anderen Gründen nicht Aufgenommenen fanden wir 3 Wiedervorstellungen (33,3%). Unter denjenigen Patienten, die entweder freiwillig oder zwangsweise auf eine andere psychiatrische Klinik überwiesen worden waren ($N = 24$), fanden wir keine erneuten Kontaktaufnahmen innerhalb eines Jahres. Bei 27 Patienten wurde eine weitere Konsultation in der Poliklinik empfohlen; tatsächlich fand sie in sieben Fällen statt.

Diskussion

Unsere Annahme, daß man häufiger jüngere Patienten als Krisenfall einstuft, konnte bestätigt werden. Das Durchschnittsalter der untersuchten Patienten in einer psychiatrischen Krise lag bei 31,2 Jahren, das der übrigen Patienten bei 50,2 Jahren. Das Überwiegen der Krisenfälle in der Gruppe jüngerer Patienten läßt sich durch verschiedene Faktoren erklären: Die Copingstrategien sind bei jüngeren Menschen nicht voll ausgebildet, woraus wahrscheinlich eine höhere Vulnerabilität für traumatische und Lebensveränderungskrisen resultiert. In diesem Lebensalter finden sich außerdem häufiger Erstmanifestationen neurotischer und psychotischer Erkrankungen. Wir vermuten, manche als „psychiatrische Krise“ eingeordnete Patienten befinden sich im Initialstadium einer solchen Entwicklung. Darüberhinaus sollte der Aspekt berücksichtigt werden, inwiefern aus der Gruppe der älteren Patienten die potentiell Krisenanfälligen bereits, z.B. durch gelungenen Suizid, selektiert wurden. Jüngere Patienten befinden sich häufiger in sozialen Rollenkonflikten (Berufsfindung, Peer Group, Partnerschaft, Ablösung vom Elternhaus).

Das Vorliegen einer Krise erwies sich als unabhängig vom Geschlecht der Patienten. Auch fand sich kein signifikanter

Zusammenhang zwischen den Variablen Geschlecht und „psychiatrischer Konsiliardienst gerufen“. Vergleicht man die Diagnoseverteilung unserer Untersuchung mit den Studien von Müller und Thies (1983) und Berzewski und Dorn (1978), so fällt der hohe Anteil von Suchterkrankungen in unserem Kollektiv (26.8%) gegenüber dem von Müller (12%) und von Berzewski und Dorn (1978) (10.8%) ermittelten auf. Dies ließe sich daraus erklären, daß Suchterkrankungen einen Forschungsschwerpunkt der psychiatrischen Poliklinik bilden. Es besteht ein umfangreiches diagnostisches und therapeutisches Angebot bezüglich der Suchterkrankungen, so daß davon ausgegangen werden kann, daß entsprechende Patienten aus dem Allgemeinkrankenhaus eher vorgestellt werden als in vergleichbaren psychiatrischen Abteilungen.

Der Anteil der psychogenen Reaktionen (ICD-9: 308.0–309.9) lag in unserer Untersuchung mit 36.6% ebenfalls hoch. Die Häufigkeit der diagnostisierten Neurosen ist mit 7.9% im Vergleich zu den Ergebnissen der oben zitierten Untersucher niedrig (Müller und Thies (1983): 24%; Berzewski und Dorn (1978): 25.7%). Die von uns dokumentierten Diagnosen gründen sich auf ein im Rahmen einer psychiatrisch-konsiliarischen Untersuchung durchgeführtes Erstinterview. Unserer Meinung nach läßt sich eine Neurose oft erst nach mehreren Kontakten und differentialdiagnostischen Betrachtungen sicher feststellen, so daß eventuell hieraus die relativ häufige Diagnose „psychogene Reaktion“ abgeleitet werden könnte. In diesem Zusammenhang wäre eine Verlaufsbeobachtung der Kategorie „psychogene Reaktion“ dahingehend interessant, in welchen Fällen später Neurosen festgestellt werden. Die Zahlen für die Häufigkeit von Psychosen bei Müller und Thies (1983) (20%) und Berzewski und Dorn (1978) (22.5%) entsprechen den von uns erhobenen 22.9%.

In 40% ($N = 91$) der Fälle spielte ein suizidales Syndrom eine wichtige Rolle. „Suizidalität“ und die Bewertung als „psychiatrische Krise“ waren nicht identisch. In 60 Fällen (26.4%) führte Suizidalität zur Aufnahme im Allgemeinkrankenhaus, aber nur 47 wurden bei der konsiliarischen Untersuchung als psychiatrische Krise eingestuft.

Die Geschlechterverteilung der auf die Kriseninterventionsstation übernommenen Patienten war im Gegensatz zur Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe ($N = 227$) und auch zur Population des Allgemeinkrankenhauses ($N = 6004$) auffällig: Frauen waren in 24 Fällen gegenüber sechs Männern signifikant häufiger vertreten. Noch deutlicher wird das bei den Patienten, die innerhalb von 24 Std übernommen wurden (20 Frauen, 3 Männer). Wir nahmen zunächst eine größere Zahl von männlichen Patienten an, die eine Aufnahme ablehnten; dies ließ sich nicht bestätigen. In der Gruppe der 23 Patienten, denen eine Aufnahme angeboten wurde, die dies jedoch ablehnten, überwogen ebenfalls mit 15 die weiblichen gegenüber 8 männlichen Patienten.

Eine Rolle könnte die Einstellung des Konsiliarius spielen, Frauen sei eine Aufnahme auf eine psychiatrische Station eher zuzumuten, ihnen entstünden weniger soziale und wirtschaftliche Nachteile, und die Toleranz in der Familie gegenüber der Aufnahme der Frau sei größer als bei einem Mann. Darüberhinaus drücken Frauen Gefühle der Hilflosigkeit häufiger und deutlicher aus (Baucom und Danker-Brown 1979).

Den Zusammenhang der drei Variablen „Suizidalität“, Vorliegen einer „Krise“ und „Übernahme auf die Kriseninterventionsstation innerhalb von 24 Std“ überprüften wir mit einer Konfigurationsfrequenzanalyse. Es fanden sich drei signifikante Typen: „Krisen-Patienten“ ($N = 18$), bei denen so-

wohl „Suizidalität“, „Krise“ und „Übernahme auf die Kriseninterventionsstation innerhalb von 24 Std“ zusammentraf; typische „Nicht-Krisen-Patienten“ ($N = 111$), bei denen keine der drei Variablen bejaht wurde, und eine Gruppe ($N = 48$), die trotz Vorliegens eines suizidalen Syndroms und einer aktuellen Krise nicht aufgenommen wurde. 23 von diesen lehnten die Übernahme auf die KIS ab (s. u.). Von diesen 48 Patienten wurden 4 freiwillig und 3 zwangsweise in eine psychiatrische Klinik überwiesen. Bei den übrigen 41 Patienten erfolgte keine stationäre Behandlung. Nach unserer Einschätzung handelt es sich bei diesen verbleibenden 41 Patienten, für deren Konstellation wir ursprünglich einen Anti-Typ erwarteten, um eine Gruppe mit hohem Risiko hinsichtlich Suizidalität oder Verschlechterung des psychiatrischen Krankheitsbildes.

197 Patienten wurden nicht auf die Kriseninterventionsstation aufgenommen: 17 suchten freiwillig eine andere psychiatrische Klinik auf; 7 mußten gemäß dem Bayerischen Unterbringungsgesetz in eine andere psychiatrische Klinik eingewiesen werden; 9 konnten auf der Kriseninterventionsstation nicht aufgenommen werden. Eine stationäre Übernahme in eine andere Klinik erfolgte bei diesen Patienten nicht. In 27 Fällen empfahl man eine ambulante Wiedervorstellung in der Poliklinik des MPIP. Bei 114 hielt der Konsiliarius eine weitergehende stationäre Behandlung nicht für notwendig. In 23 Fällen lehnten die Patienten die angebotene Übernahme auf die Kriseninterventionsstation ab.

Von den 23 Patienten (s. o.), die eine stationäre Aufnahme in die KIS abgelehnt hatten, wurden innerhalb eines Jahres 5 nochmals ambulant in der Poliklinik untersucht. Eine Patientin unternahm erneut einen Suizidversuch; eine andere verstarb später an den körperlichen Folgen ihrer Suchterkrankung. Dies spricht für unsere Annahme eines hohen Risikos in dieser Gruppe.

Im Vergleich fanden wir bei den auf die KIS übernommenen Patienten ($N = 30$) nur eine ambulante Wiedervorstellung. Ein Suizidversuch oder ein gelungener Suizid wurde uns im Beobachtungszeitraum nicht bekannt. Von den nicht stationär aufgenommenen Patienten, denen ein weiterer Besuch der Poliklinik ausdrücklich empfohlen worden war ($N = 27$), machten nur 7 Fälle von dieser Empfehlung Gebrauch (25.9%).

Die Resultate der KFA und der eingehenderen Untersuchung der Patienten, die nicht auf die KIS aufgenommen wurden, zeigen sowohl die Dringlichkeit intensiver Motivationsarbeit als auch die Notwendigkeit, die Aufnahmekapazität der Kriseninterventionsstation zu vergrößern. Letzteres könnte durch eine Verkürzung der Liegezeit und/oder eine Erhöhung der Bettenzahl erreicht werden.

Für weitere Aussagen zur Repräsentativität der vorliegenden Ergebnisse sollten Vergleichsuntersuchungen durchgeführt werden, vor allem mit den beiden Gruppen der Patienten, die trotz des Vorliegens einer akuten Krise und eines suizidalen Syndroms nicht auf die KIS übernommen wurden, und der Patienten, die eine Überweisung auf die KIS ablehnten.

Literatur

- Baucom DH, Danker-Brown P (1979) Influence of sex roles on the development of learned helplessness. *J Consult Clin Psychol* 47:928–936

- Berzewski H, Dorn H (1978) Diagnose und Versorgung. Erster Arbeitsbereich der psychiatrischen Ambulanz im Klinikum Steglitz. *Psychiatr Prax* 5:220–230
- Cullberg J (1978) Krisen und Krisentherapie. *Psychiatr Prax* 5:25–34
- Dilling H (1977) Die Versorgungsleistung der Psychiatrischen Poliklinik am Beispiel der Universitäts-Poliklinik München. *Therapiewoche* 27:3561–3566
- Dorn H, Berzewski H (1979) Konsiliarisch-psychiatrische Versorgung in einer Universitätsklinik. In: Paraschos AJ (ed) III. South-East European Neuropsychiatric Conference. Proceedings, Thessaloniki
- Everstine DS, Everstine L (1983) People in crisis. Strategic therapeutic interventions. Brunner/Mazel Inc, New York
- Feuerlein W, Bronisch Th, Fürmaier A (1983) Eine Station für Notfallpsychiatrie und Krisenintervention – Konzepte, Struktur und erste Erfahrungen. *Psychiatr Prax* 10:41–48
- Götte JHA (1979) Psychiatrischer Notfall- und Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus. Bilanz des ersten Jahres eines Kriseninterventionszentrums. *Psychiatr Prax* 6:41–49
- Golan N (1983) Krisenintervention. Strategien psychosozialer Hilfen. Lambertus, Freiburg i. Br.
- Häfner H, Helmchen H (1978) Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise. *Nervenarzt* 49:82–87
- Hauck P, Wegener B (1980) Katamnestiche Untersuchung in einer Kriseninterventionsstation am Allgemeinkrankenhaus. *Psychiatr Prax* 7:165–171
- Krauth J, Lienert A (1973) Die Konfigurationsfrequenzanalyse. Alber, Freiburg München
- Lindemann E (1944) Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 101:141–148
- Müller P, Thies J (1983) Aufgaben der psychiatrischen Poliklinik. *Psychiatr Prax* 10:15–19
- Sacks MH, Carpenter WT Jr, Scott WH (1974) Crisis and emergency on the psychiatric ward. *Compre Psychiatry* 15:79–85

Eingegangen am 19. August 1985