

Eskalative und selektive Hospitalisationsindikationen in der Psychiatrie

Toni Brühlmann

Welche Funktion die Klinik in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung einnehmen soll, war in den letzten Jahren immer wieder ein Diskussionsthema. In der Schweizerischen Ärztezeitung haben sich Markus Binswanger und ich 2003 dazu geäußert [1]. Angesichts des weiter zunehmenden Spardruckes im Gesundheitswesen hat das Thema an Brisanz gewonnen. Vorliegender Artikel will eine fachliche Stellungnahme zur Frage von Sinn und Zweck psychiatrischer Hospitalisationen abgeben und sich gegen zu restriktive Einschränkungen aufgrund finanzpolitischer Erwägungen aussprechen.

Eskalative Indikationen

In der psychiatrischen Versorgung wird viel von der ambulant-teilstationären-stationären Behandlungskette gesprochen. Die Indikationsfrage wird meistens so dargelegt, dass zuerst alle ambulanten und teilstationären Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein müssen, bevor an die Klinik gedacht werden darf. Markus Binswanger sprach am letztjährigen Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie diesbezüglich vom Eskalationsmodell und drückte sich wie folgt aus: «Erst wenn «alle Stricke reissen», wird – nicht selten notfallmässig und gegen den Willen des Patienten – die Klinikeinweisung veranlasst.» Die psychiatrische Klinik erhält so den Charakter einer unerwünschten Notlösung. Für die Motivation der Patienten und damit die Erfolgsaussichten der stationären Therapie ist das sicherlich nicht ideal.

Es ist aber auch klar, dass in der Psychiatrie die Eskalationsindikationen nicht zu vermeiden sind und einem fachlich begründeten Indikationstypus entsprechen. Falsch ist nur, wenn er zur alleinigen Praxis wird, sei es infolge des Spardruckes, sei es als Mitagieren mit einer gesellschaftlich immer noch nicht ganz ausgeräumten Stigmatisierungsangst, die zu solch einseitiger Versorgungspraxis führen kann. Im Kanton Zürich konnte man bis vor wenigen Jahren infolge eines notorischen Bettenmangels fast nur mehr als Notfall in eine psychiatrische Klinik gelangen. Inzwischen hat sich dies gebessert.

Fachlich begründete eskalative Indikationen sind auch heute alle psychiatrischen Notfälle wie

schwerwiegende akute Suizidalität oder psychotische Dekompensationen. Aber auch in weniger dramatischen Situationen kann es berechtigt sein, erst dann an eine Klinikbehandlung zu denken, wenn die Krankheitsschwere und die damit verbundenen sozialen Umstände immer weiter eskalieren und die ambulanten oder teilstationären Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen. Ein Beispiel hierfür ist eine sich über Monate ungebessert hinziehende Depression, wo der Patient nur mehr leidend und klagend zu Hause herumsitzt und die Angehörigen die Situation nicht mehr aushalten.

Selektive Indikationen

Wie in der Somatik gibt es in der Psychiatrie aber auch selektive Indikationen für Hospitalisierungen. Sie basieren nicht mehr auf dem Grundsatz «erst dann Klinik, wenn in der Ambulanz alles abgegrast ist», sondern lassen sich viel mehr von der Frage leiten: «Welches ist für diesen Patienten in der aktuellen Situation die beste, d.h. die hilfreichste Behandlung, eine ambulante, eine teilstationäre oder eine stationäre?». Zu jedem dieser drei Therapiesettings lassen sich allgemeine Indikationskriterien angeben. Ich nenne im folgenden drei zur stationären Behandlung.

Die Klinik als Kompetenzzentrum

In der Klinik wird die Therapie von geschulten interdisziplinären Behandlungsteams durchgeführt. Es arbeiten Ärzte, Psychologen, verschiedene Spezialtherapeuten (Ergo, Bewegung, Musik, Malen u.a.) und das Pflegepersonal intensiv zusammen. In dieser interdisziplinären Kooperation steigern sich Wissen und Erfahrung fortlaufend. Zusammen mit spezifischen Fortbildungen und störungsbezogenen Profilierungen einzelner Therapeuten führt dies zu einer hohen Kompetenz in der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder, und zwar nicht nur von schweren wie z.B. sich täglich verletzenden Borderlinepatienten, sondern auch von weniger dramatischen wie den modernen Burnouts. Zum Teil werden diagnosespezifische, bis ins Detail ausgearbeitete Behandlungsprogramme angeboten. Zugleich werden medikamentöse Behandlungen sorgfältig im Tagesablauf evaluiert und angepasst.

- 1 Brühlmann T, Binswanger M. Moderne patientenzentrierte Versorgung: Wie wichtig ist die stationäre Behandlung? Wo steht die Schweiz? Schweiz Ärztezeitung 2003;84(49):2610-3.

Korrespondenz:

Dr. med. Toni Brühlmann
FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Privatklinik Hohenegg
Postfach 555
CH-8706 Meilen
Tel. 044 925 12 12

toni.bruehlmann@hohenegg.ch

www.hohenegg.ch

Die Klinik als Ort der Intensität und Integration

In der Klinik erfährt jeder Patient eine Behandlungsvielfalt und Behandlungsintensität, wie sie ambulant nicht herzustellen ist. Gerade bei chronischen Krankheitsverläufen bewirkt dies nicht selten den schon lang erhofften Besserungssprung. Als Beispiel führe ich das Wochenprogramm der Patienten in der Privatklinik Hohenegg an:

- bei Fachärzten FMH Psychiatrie und Psychotherapie drei psychotherapeutische Einzelgespräche (oder zwei Einzel- und ein Paargespräch), ferner zwei Gruppentherapien (z.B. zu den Themen Depression, Angst oder Lebensqualität);
- bei den Spezialtherapeuten vormittags und nachmittags Ergotherapie, alternativ oder ergänzend Therapiegruppen in Malen, Bewegung, Entspannung oder Psychodrama, ferner Physiotherapie (z.B. Massage) und zwei Sportveranstaltungen (z.B. Gymnastik- und Walkinggruppe);
- beim Pflegepersonal zwei bis drei Bezugspersonengespräche und Stationsveranstaltungen wie täglicher Morgentreff und verschiedene Freizeitaktivitäten kultureller, sportlicher und geselliger Art.

Die Programmfülle wird auf den einzelnen Patienten und seine aktuellen Therapiefähigkeiten abgestimmt. Die Spezialtherapien werden auch im Einzelsetting angeboten.

Die auf den ersten Blick irritierende Vielfalt an Therapieansätzen, Therapieveranstaltungen und Therapeuten verlangt nach einer auf das individuelle Krankheitsbild ausgerichteten Integration. Alle sollen am gleichen Strickende ziehen. Dank der gemeinsamen Arbeit unter dem gleichen Dach ist dies gut möglich, dem dienen die interdisziplinären Rapporte oder die heutigen EDV-Krankengeschichten, die an allen Arbeitsplätzen einsehbar sind. Für die integrierende Zielsetzung führen wir in der Hohenegg ein eigenes Modul ZoBe (= zielorientierte Behandlung, bestehend aus den Submodulen Evaluation, Hauptprobleme, Ziele, Procedere, Entlassungsfähigkeit). Es wird vom zuständigen Arzt fortlaufend aktualisiert und fungiert als Leitlinie für die therapiespezifischen Zielsetzungen der Spezialtherapeuten und der Pflege.

Die Klinik als eigene Lebenswelt

Der Eintritt in die Klinik bedeutet eine vorübergehende Ablösung vom Alltag draussen und führt in eine Welt mit abschirmendem und anregendem Charakter. Die Klinik bietet Schutz vor Belastungsfaktoren, welche die psychische De-

kompensation mitverursacht haben. Beim Genesungsprozess von Burnouts ist mit dem Klinik-eintritt oft bereits ein entscheidender Schritt getan, weil überfordernde und letzte kräfte- raubende Leistungsansprüche plötzlich nicht mehr so spürbar sind. Für depressionsbedingte Rückzüge ist es hilfreich, dass die kaum mehr aushaltbare Einsamkeit durch neue soziale Kontakte in der Klinik beendet wird. Angstattacke wird in der schützenden und unbedrohlichen Umgebung der Boden entzogen.

Mit dem Schutz ist Anregung verbunden. In der Klinikwelt werden neue innere Kraftquellen entdeckt oder es tun sich vertrauensvolle Beziehungen auf, wie sie nicht mehr für möglich gehalten wurden, sei es zu Therapeuten oder zu Mitpatienten. Das Zusammenleben auf der Station weckt abgestorbene Interessen am Miteinandersein. Ferner wird das eigene Leiden, das draussen als blockierend und sinnlos erlebt wurde, besser verstanden und damit nicht mehr nur negativ gesehen. Die zunehmende Leidensakzeptanz – verbunden mit der Einsicht, dass das Lebensziel nicht allein in Wellness besteht – verändert die innere Einstellung zur eigenen Zukunft. Die Frage nach dem Lebenssinn verliert seine schöngeistige Note und erbringt konkret-praktische Antworten. Das Thema, wo in der persönlichen Lebenssituation der haltgebende Sinn zu finden sei, hat in der Behandlung psychischer Krankheiten wieder mehr Raum einzunehmen. Nicht selten braucht es eine psychische Krise mit einem Klinikeintritt, um sich mit solchen Fragen ernsthaft auseinanderzusetzen zu können. In der Alltagshektik draussen ersticken sie allzuoft, geht es doch in der heutigen Gesellschaft darum, alles noch besser programmieren und noch effizienter machen zu können. Dieser Machbarkeitsfimmel bedeutet Flucht vor erfüllender Lebenstiefe.

Sowohl bei den eskalativen wie den selektiven Indikationen ist die Einbettung der stationären in ambulante Vor- und Nachbehandlung von entscheidender Tragweite. Die durchschnittlichen Aufenthaltszeiten sind bei selektiven Indikationen, wo die stationäre Psychotherapie in vertiefte Prozesse hineinführt, meistens länger. Deshalb ist es hier speziell sinnvoll, den nachbehandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten schon während der Hospitalisation und vor allem am Ende umfassend über Erreichtes und hartnäckig Therapieresistentes zu informieren. Im Sinne einer solchen Vernetzung – und nicht nur als Eskalationsindikation – bleibt die ambulante-teilstationäre-stationäre Kette ein wichtiges Behandlungsinstrument.