

⁰⁸⁹
7295960
krisendienst
psychiatrie münchen



kbo⁺

Zuverlässig an Ihrer Seite

Regionale psychiatrische Krisenversorgung

Fachkonzept

- Ausgangssituation
- Krise und Krisenhilfe – Leitgedanken und fachliche Grundlagen
- Chancen, Potenziale und Nutzen regionaler Krisenversorgung
- Regionale Verankerung sowie notwendige Funktionen und Bausteine regionaler Krisenversorgung
- Leitfaden für die Umsetzung
- Kosten und Kostenträger

Vorwort

Menschen in seelischen Krisen haben Anspruch auf fachkundige psychiatrische Hilfe; möglichst ohne zeitlichen Aufschub und rund um die Uhr.

Wird diese „erste Hilfe in seelischer Not“ als entlastend erlebt, bahnt sich Vertrauen in das psychiatrische Hilfesystem, das langfristig wirkt und dazu beitragen kann, krisenhafte Zuspitzungen, vermeidbares Leid und institutionelle Umwege für alle Beteiligten zu vermeiden.

Die Eröffnung des Atriumhauses als Psychiatrisches Krisenzentrum durch das kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost in den 1990er Jahren sowie die Gründung des Krisendienstes Psychiatrie München 2007 durch einen Verbund von kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost und wichtigen Trägern ambulant-sozialpsychiatrischer Angebote in der Versorgungsregion – gGmbH des Projektvereins, Soziale Dienste Psychiatrie gGmbH, Diakonie Hasenberg, Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V. – unter Einbeziehung der Betroffenen und Angehörigen und in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, waren Meilensteine, psychiatrische Krisenhilfe in München zu etablieren und Fachwissen zu bündeln.

Auf diese anerkannten und bewährten Angebote gilt es aufzubauen, sie gilt es strukturell und qualitativ fortzuentwickeln.

Das vorliegende gemeinsame Fachkonzept von kbo (Kliniken des Bezirks Oberbayern) und Krisendienst Psychiatrie München setzt hier an. Es will Leitgedanken und fachliche Grundlagen sowie Chancen und Potenziale einer regionalen Krisenversorgung, wie sie bereits im „Rahmenkonzept für ein ambulantes Kriseninterventionssystem“ des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen im Jahr 2000 sowie in der aktuellen (Oktober 2012) Fortschreibung des Verbandes der Bayerischen Bezirke zur ambulanten Krisenversorgung benannt sind, aufzeigen und Wege zur Umsetzung, einschließlich einer angemessenen Finanzierung bahnen und anstoßen.

Dr. Markus Witzmann

Leitung kbo-Vorstandsbereich Rehabilitation und Teilhabe

Horst Reiter

Barbara Portenlänger-Braunisch

Dr. Gabriele Schleuning

Vorstand Krisendienst Psychiatrie München

November 2012

Einleitung

4

I. Ausgangssituation

5

1. Häufigkeit seelischer Krisen und Notfälle
2. Veränderung der Versorgungsbedarfe und neue Zielgruppen
3. Stand der ambulanten Krisenversorgung in Bayern
4. Der Krisendienst Psychiatrie München: ein gelungenes Beispiel regionaler Krisenversorgung
5. Aktueller Planungsstand Bayern (Oktober 2012)

II. Krise und Krisenhilfe – Leitgedanken und fachliche Grundlagen

11

1. Zum Begriff „Krise“
2. Krise und psychiatrischer Notfall
3. Krisenmodell und Krankheitsmodell
4. Theorie und Praxis von Krisenintervention

III. Chancen, Potenziale und Nutzen regionaler Krisenversorgung

14

1. Prävention und Frühbehandlung
2. Vermeidung von „Zwangseinweisungen“
3. Effiziente Ressourcennutzung im Gesamtsystem
4. Betroffene werden zu Beteiligten
5. Dem Gebot nach Inklusion entsprechen

IV. Regionale Verankerung sowie notwendige Funktionen und Bausteine regionaler Krisenversorgung

16

1. Regionale Verankerung
2. Die Funktionen im Überblick
3. Bausteine einer regionalen Krisenversorgung
 - a Leitstelle
 - b Ambulante Angebote zur Krisenhilfe und -behandlung („Komm-Struktur“)
 - c Aufsuchende Krisenhilfe („Geh-Struktur“)
 - d Stationäre Krisenbehandlung

V. Leitfaden für die Umsetzung

21

1. Trägerstruktur und Organisation
2. Prognose zur Inanspruchnahme
3. Personal
4. Finanzierung
5. Öffentlichkeitsarbeit
6. Klärung regionaler Besonderheiten

VI. Kosten und Kostenträger

25

Einleitung

Immer mehr Menschen suchen – als selbst Betroffene, aber auch als Angehörige und mittelbar Betroffene - in seelischen Krisen professionelle Soforthilfe.

Die Sensibilisierung für psychische Erkrankungen hat sowohl in der Bevölkerung als auch bei den Primärversorgern zugenommen. Gleichzeitig bestehen weiter strukturelle Probleme, vor allem in der ambulanten psychiatrischen Versorgung sowie im psychiatrischen Nothilfesystem, verglichen mit dem somatischen.

Diese Ausgangssituation lenkt die Aufmerksamkeit von Gesundheitspolitik, Fachverbänden, Kostenträgern und psychiatrisch-psychozialen Leistungserbringern zunehmend auf den Fokus „psychiatrische Krisen und Notfallversorgung“.

Erfolgreiche Modelle regionaler psychiatrischer Krisenversorgung zeigen

- dass psychiatrische Soforthilfe effizient organisiert werden kann,
- auf welchen theoretischen und methodischen Konzepten sie basiert,
- welche Funktionen und Leistungsbausteine notwendig sind
- und wie die regionale Verankerung und Vernetzung zu gestalten ist.

Ausgehend von den Erfahrungen in beispielhaften Projekten wie dem Krisendienst Psychiatrie München und dem Krisendienst Mittelfranken lassen sich fachliche Empfehlungen aussprechen für den Aufbau von regionalen Krisenversorgungssystemen, die neben grundsätzlichen Fragen zu Organisationsform, Kostenträgerschaft, Personalstruktur und -qualifikation, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit auch die Berücksichtigung jeweiliger regionaler Besonderheiten thematisieren.

I. Ausgangssituation

1. Häufigkeit seelischer Krisen und Notfälle

Gemäß der Münchner Krisenstudie (Schleuning/Welschehold, 2000) benötigen pro Jahr ca. 900 von 100.000 Menschen sofortige professionelle Unterstützung wegen psychischer Krisen – bei unklarer Dunkelziffer, denn erfasst wurden nur die Fälle, in denen Menschen bei psychiatrischen Einrichtungen Hilfe suchten bzw. durch die Polizei oder Rettungsdienste den psychiatrischen Hilfeangeboten zugeführt wurden.

Vorkommen von Krisen – Ergebnisse der Münchner Krisenstudie (2000):

- 9 Krisenfälle/1.000 Einwohner pro Jahr in München Süd (360.000 EW)
- 35–40 Krisenfälle pro Tag im gesamten Stadtgebiet München (ca. 1,3 Mio. EW)
- Knapp 1/4 der Krisenfälle: an Wochenenden und Feiertagen
- 50% der Krisen außerhalb der „üblichen“ Sprechzeiten, d.h. zwischen 17 und 9 Uhr, mit einer um 2/3 niedrigeren Inzidenz nach 21 Uhr.
- in 1/5 der Fälle: erstmaliges Auftreten eines seelischen Notfalls

Über die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle in hausärztlichen Praxen, in der Notaufnahme von Allgemeinkrankenhäusern oder im ärztlichen Not- und Bereitschaftsdienst liegen keine zuverlässigen Daten vor. Je nach Quelle werden hier Prävalenzraten für psychiatrische Notfallsituationen von 10% bis 60% aller Notfälle angegeben.

Bezüglich der Suizidraten (80% der Suizide werden psychiatrischen Störungen zugeschrieben) lag Bayern im Jahr 2009 mit 13,9 Suiziden auf 100.000 Einwohner unter den Bundesländern an erster Stelle. Insgesamt haben sich im Jahr 2009 in Bayern 1.749 Menschen das Leben genommen.

Die Inanspruchnahme der in Bayern etablierten Krisendienste (siehe I. 4.) zeigt, dass die Zahl von Menschen, die in akuten seelischen Notlagen Hilfe suchen, ständig steigt. So verzeichnete der Krisendienst Psychiatrie München, der primär für die Landeshauptstadt München mit 1,3 Mio. Einwohnern zuständig ist, im Jahr 2011 mehr als 10.000 Telefonkontakte.

2. Veränderungen der Versorgungsbedarfe und neue Zielgruppen

Die psychiatrische Versorgungslandschaft ist dabei, sich erheblich zu verändern: Die stationären Behandlungszeiten verkürzen sich bei allen Störungsbildern weiter, ein Großteil der Behandlungsangebote und -zeiten liegt im ambulanten Bereich.

Für Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen gibt es mittlerweile ein breites Spektrum ambulanter Hilfen. Diese Gruppe von PatientInnen kann heute trotz erheblicher Schwankungen ihres Gesundheitszustandes in der Regel gut ambulant betreut werden. Um stationäre (Wieder-) Aufnahmen bei dieser Patientengruppe zu vermeiden ist es allerdings wichtig und angezeigt, für die gelegentlich auftretenden Dekompensationen oder krisenhaften Zuspitzungen niederschwellige, möglichst rund um die Uhr erreichbare, flexible Krisenhilfe vorzuhalten.

Dazu kommen neue Zielgruppen – Menschen in Lebenskrisen, mit Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen unterschiedlicher Art, die sich zunehmend an das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem wenden.

Für diese Klientel gibt es zwar, regional unterschiedlich, immer mehr ambulante und zum Teil hoch spezialisierter Behandlungsangebote, diese verfügen jedoch in der Regel über Wartezeiten und sind nicht rund um die Uhr erreichbar. Was Ansprüche und Erwartungen der beschriebenen Zielgruppen betrifft, prägen zwei gegensätzliche Phänomene das Bild: Einerseits bringen die erzielten Fortschritte bezüglich Entstigmatisierung und Enttabuisierung als positiven Effekt mit sich, dass Menschen in seelischen Krisen früher Hilfe suchen. Andererseits sind die Erwartungen aber auch höher

und konkreter: Gewünscht ist professionelle Soforthilfe auf Augenhöhe, ein Eingehen auf die spezifische individuelle Situation und Hilfen, die an die jeweils individuellen Lebensumstände anknüpfen.

3. Stand der ambulanten Krisenversorgung in Bayern

Die Ausstattung mit spezifischen Krisenhilfeangeboten im Sinne von ambulanten Krisendiensten beschränkt sich in Bayern auf München, Nürnberg/Mittelfranken, Würzburg und Regensburg. Kein Dienst verfügt allerdings über eine 24-stündige Erreichbarkeit.

Vereinzelt gibt es spezialisierte Beratungsstellen z.B. für suizidgefährdete Menschen oder für Menschen in psychosozialen Krisen, beispielsweise in München die „Arche“ und die „Münchner Insel“.

Mit erheblichen regionalen Unterschieden stehen darüber hinaus weitere unterschiedliche ambulante Hilfeangebote für Menschen in seelischen Krisen zur Verfügung: Sozialpsychiatrische und Gerontopsychiatrische Dienste, allgemeine Beratungsstellen, PsychiaterInnen und Nervenärzte, PsychotherapeutInnen, Psychiatrische Institutsambulanzen und natürlich auch die Hausärzte und Bereitschaftsdienste der kassenärztlichen Vereinigung sowie die Rettungsdienste.

Obschon psychiatrische Krisenhilfe mehr oder weniger zum Leistungsprofil aller dieser Einrichtungen gehört, verfügen die meisten nicht über die notwendigen personellen und zeitlichen Kapazitäten bzw. strukturellen Voraussetzungen.

Im Einzelnen:

Niedergelassene Nervenärzte und PsychiaterInnen

Grundsätzlich liegt der Sicherstellungsauftrag für die ambulante psychiatrische Behandlung, einschließlich Akut-, Krisen- und Notfallversorgung bei den niedergelassenen PsychiaterInnen und Nervenärzten. Die weithin bekannten strukturellen und budgetären Bedingungen machen allerdings eine flächendeckende ambulante Krisenversorgung durch diese Versorgergruppe unmöglich.

Niedergelassene PsychotherapeutInnen

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung durch niedergelassene ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen kann aufgrund der hochschwelliger Zugangswege sowie langer Wartezeiten in aller Regel nicht die Funktion einer zeitnahen Krisenintervention übernehmen, sondern schließt als weiterführende Behandlung daran an.

Aufnahme/Nothilfe/„Eingangstür“ der psychiatrischen Kliniken

Hier zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen Somatik und Psychiatrie: Während es in der somatischen Medizin in den letzten zwei Jahrzehnten eine rasante Entwicklung hin zur Ambulantisierung auch notfallmedizinischer Diagnostik und Therapie gab, halten psychiatrische Kliniken derartige Angebote kaum vor; zumindest entspricht diese „Nothilfe“ in den meisten Fällen nicht dem, was situationsgerechte Krisenintervention tatsächlich beinhalten müsste.

So folgt an der „Eingangstür“ psychiatrischer Kliniken in den meisten Fällen die stationäre Aufnahme, obwohl bei entsprechenden organisatorischen und personellen Voraussetzungen mit ambulanten bzw. vorstationären Maßnahmen ausreichende, vielfach auch passendere Hilfe geleistet werden könnte.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) der Kliniken

In zunehmendem Maß nehmen die Psychiatrischen Institutsambulanzen einen wichtigen Platz in der regionalen Krisenversorgung ein. Auch sie decken aber keinesfalls das gesamte notwendige Leistungsspektrum ab. Unzureichende strukturelle Voraussetzungen (Erreichbarkeit, Zeitfenster) sowie nicht überall vorhandene spezifische Kriseninterventionskompetenzen bedingen, dass Krisenversorgung im Sinne qualifizierter Soforthilfe auch in den PIAs bisher eher selten verfügbar ist.

Sozialpsychiatrische Dienste (SPDis)

Zur ambulanten sozialpsychiatrisch- psychosozialen Basisversorgung stehen für psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen flächendeckend Sozialpsychiatrische Dienste (SPDis) und gerontopsychiatrische Fachstellen zur Verfügung. Krisenintervention gehört als Leistungsbaustein zum Tätigkeitsprofil dieser Dienste und wird von ihnen in unterschiedlichem Umfang telefonisch, persönlich und mobil/aufsuchend durchgeführt. Sofortige Krisenhilfe durch die SPDis ist allerdings nur im Rahmen der jeweils verfügbaren Kapazitäten und der Öffnungszeiten der Dienste abrufbar.

Ärztlicher und Psychiatrischer Bereitschaftsdienst der KVB

Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages organisiert die Kassenärztliche Vereinigung Bayern einen flächendeckenden Ärztlichen Bereitschaftsdienst, dessen Einsatz über eine einheitliche Telefonnummer angefordert werden kann. Lediglich in München und Würzburg existieren zusätzlich fachärztliche psychiatrisch-nervenärztliche Bereitschaftsdienste, die in der Regel allerdings erst in zweiter Linie, d. h. nach vorangegangener allgemeinärztlicher Klärung zum Einsatz kommen.

Schon der allgemeinärztliche Bereitschaftsdienst wird in Situationen psychischer Notlagen nur in sehr geringem Umfang angefordert; die genannten psychiatrischen Bereitschaftsdienste kommen noch einmal deutlich seltener zum Einsatz.

Die Inanspruchnahme-Zahlen zeigen, dass psychische Erkrankungen im Vergleich zur Häufigkeit ihres Auftretens in den vorgehaltenen Hilfestrukturen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVB so gut wie keine Rolle spielen: Von bayernweit 1,4 Millionen bei der Vermittlungs- und Beratungszentrale VBZ (überregional organisierter Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns) im Jahr 2010 registrierten Fällen fielen 19.330, also nur knapp 1,4%, auf psychiatrische Erkrankungen.

Menschen in psychischen Krisensituationen nehmen offensichtlich diese auf somatische Notfälle ausgerichteten Angebote nicht für ihr akutes Problem in Anspruch.

Fazit

Es ist festzustellen, dass es in weiten Teilen Bayerns, insbesondere in ländlichen Regionen, keine hinreichende qualifizierte Soforthilfe für Menschen in seelischen Krisen gibt. Betroffene und Angehörige können sich in akuten Krisen häufig nur an die Telefonseelsorgen, den allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst oder an die Polizei wenden. Dies hat auch zur Folge, dass immer noch viele Menschen in akuten Krisensituationen – ggf. gegen ihren Willen – stationär psychiatrisch behandelt werden, ohne dass dafür im Vorfeld von fachlich qualifizierter Seite eine Indikation gestellt wurde bzw. ambulante Alternativen der Krisenhilfe erprobt werden konnten.

4. Der Krisendienst Psychiatrie München: Ein gelungenes Beispiel regionaler Krisenversorgung

Punktuell wurde in den letzten Jahren in Bayern erfolgreich regionale Krisenversorgung aufgebaut. Dies soll am Beispiel des Krisendienstes Psychiatrie München (KPM) dargestellt werden. Die Verankerung des KPM im regionalen psychiatrischen Versorgungssystem, seine Organisation, Struktur, Ausstattung und Arbeitsweise können grundsätzlich als geeigneter Standard für einen regional tätigen Krisendienst betrachtet und auf andere Regionen übertragen werden.

Ein bundesweiter Vergleich mit anderen Krisendiensten legt nahe, dass die Inanspruchnahme-Zahlen in anderen Regionen sowohl im städtischen als auch im ländlichen Bereich ähnlich wie die des KPM wären, vorausgesetzt, ein vergleichbares psychiatrisches und psychosoziales Netzwerk, auf das zurückgegriffen werden kann, wäre vorhanden.

Der Krisendienst Psychiatrie München wird vorgehalten von einem Verbund von fünf Trägerorganisationen ambulant-sozialpsychiatrischer und klinisch-psychiatrischer Einrichtungen:

- Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V.
- Diakonie Hasenberg e.V.
- gemeinnützige GmbH des Projektvereins
- Soziale Dienste Psychiatrie gemeinnützige GmbH
- kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost

in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Über diese Trägerstruktur ist der KPM in die vielfältige psychiatrische Versorgungslandschaft eingebunden. Im Lenkungsausschuss, dem Steuerungsorgan des KPM, der für konzeptionelle und strategische Weiterentwicklungen zuständig ist, sind darüber hinaus weitere wichtige Akteure der psychiatrischen Versorgungslandschaft beteiligt:

- die Psychiatrieerfahrenen (MüPE)
- die Angehörigen psychisch Kranker (ApK)
- die Fachgruppe der niedergelassenen Nervenärzte und PsychiaterInnen
- die Kostenträger (Bezirk Oberbayern und Landeshauptstadt München)

Das Ziel breiter regionaler Verankerung sowie die Verbindung zwischen klinisch-psychiatrischer und sozialpsychiatrisch-psychosozialer Ausrichtung des KPM spiegelt sich auf allen Ebenen der Organisation wider.

Der trägerübergreifende 3-köpfige Vorstand wird von den Vertretern der Trägerorganisationen gewählt.

Das 3-köpfige Leitungsteam wird durch drei der beteiligten Träger gestellt und ist multiprofessionell besetzt durch eine/n Diplom-Sozialpädagogen/in, eine/n Diplom-Psychologen/in und eine/n Facharzt/ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie obliegt die ärztliche Leitung des Krisendienstes.

Auch die personelle Besetzung in der Krisendienst-Leitstelle und im Einsatzdienst ist multiprofessionell und trägerübergreifend organisiert. Beim KPM arbeiten zwischen 35 und 40 haupt- und nebenamtliche Fachkräfte folgender Berufsgruppen:

- Diplom-Sozialpädagogen/innen
- Diplom-Psychologen/innen
- Fachschwestern und -pfleger für Psychiatrie

Die meisten Mitarbeiter/innen sind neben ihrer Tätigkeit im Krisendienst auch in einer anderen psychiatrischen oder psychosozialen Einrichtung der am KPM beteiligten oder anderer regionaler Träger tätig. Durch diese Personalstruktur verfügt der Krisendienst über ein breites Spektrum an Fachwissen, beruflicher Erfahrung und Vernetzung mit anderen Fachstellen und Einrichtungen.

Drei der am KPM beteiligten Träger unterhalten insgesamt vier Sozialpsychiatrische Dienste, welche als Schwerpunktdienste für die vier Versorgungssektoren Münchens mit einer zusätzlichen Personalressource innerhalb ihrer Regelöffnungszeiten mobile Kriseneinsätze und persönliche Krisenberatungen für den KPM durchführen sowie bei Bedarf die ambulante Weiterbetreuung der KlientInnen ihres Einzugsgebietes übernehmen. Damit ist es gelungen, die SPDIs als wichtige Bausteine ambulanter sozialpsychiatrischer Versorgung mit ihren speziellen Ressourcen und ihrer regionalen Verankerung in den Krisendienst einzubinden.

Fachärztlich-psychiatrische Kompetenz kann der KPM hinzuziehen über verbindliche Kooperationen mit dem Psychiatrischen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, mit den PIAs des kbo-Isar-Amper-Klinikums, insbes. des Atriumhauses, und mit einigen psychiatrischen Praxen.

Die Leistungen des Krisendienstes Psychiatrie München als Einrichtung der psychiatrischen Regelversorgung werden aktuell finanziert durch

- den Bezirk Oberbayern als Hauptkostenträger (Personalkosten und Sachkosten im Umfang von 10 Planstellen)
- die Landeshauptstadt München (Sachkostenanteil pro Planstelle)
- und durch Eigenmittel der beteiligten Träger.

Für die nachhaltige Sicherung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung des bestehenden Angebots ist, darüber sind sich Kostenträger und der KPM-Trägerverbund einig, die Einbeziehung weiterer Kostenträger, insbesondere der Krankenkassen, notwendig. Erste Vorgespräche hierzu wurden in 2012 bereits geführt (siehe I. 5., VI.).

Ausgewählte Daten des KPM 01.01.2011 – 31.12.2011:

- 10.200 Telefonkontakte, die sich in drei Hauptkategorien unterteilen:
 - 4850 ausführliche telefonische Kriseninterventionen und Beratungen
 - 1850 Kurzkontakte (Informationsvermittlung, Weiterverweisungen etc.)
 - 3500 Verlaufs- und koordinierende Kontakte im Rahmen von durchgeführten Kriseninterventionen.
- Aus den 4850 telefonischen Kriseninterventionen und Beratungen erfolgten
 - 870 ambulante, 260 stationäre Weiterverweisungen in den SGB V - finanzierten Bereich
 - 835 Weiterverweisungen in den ambulanten SGB XII - finanzierten Bereich (Sozialpsychiatrische und Gerontopsychiatrische Dienste, spezialisierte Beratungsstellen etc.)
 - 603 mobile Kriseneinsätze
 - 283 persönliche Krisenberatungen
- Aus Kriseneinsätzen und persönlichen Krisenberatungen erfolgte sofortige stationäre Behandlungen: 130.
- Syndromale Zuordnung (Durchschnittswerte aus telefonischen Krisenberatungen und Kriseneinsätzen):
affektive Störung 28%, Störung des Realitätsbezugs 20%, Belastungsreaktion 18%, primär suizidales Syndrom 7%, Angststörungen 7%
- Knapp 25% der telefonisch beratenen Menschen gaben Suizidgedanken oder passive Todeswünsche an.
- Etwa 25% der telefonischen Kriseninterventionen betrafen Menschen, die außerhalb des Stadtgebiets wohnen.
- Anrufergruppen: Betroffene 55%, Angehörige 25%, Fachstellen und sonstige AnruferInnen 20%
- Alle aufgelisteten Hilfeleistungen wurden innerhalb der Öffnungszeiten 9 bis 21 Uhr an 365 Tagen im Jahr mit einer personellen Gesamtausstattung von zehn Vollzeitstellen erbracht.

5. Aktueller Planungsstand Bayern (Oktober 2012)

- Das vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit im Dezember 2000 vorgelegte „Rahmenkonzept für ein ambulantes Kriseninterventionssystem“ hat mit seinen dort genannten vier Elementen eines regionalen psychiatrischen Krisenversorgungssystems unverändert Gültigkeit.
- Im Februar 2011 fand eine Landtagsanhörung des Ausschusses für Soziales, Familie und Arbeit und des Ausschusses für Umwelt und Gesundheit zur „Situation der ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung im Freistaat Bayern“ (www.landtag.bayern.de) statt.
Das Protokoll gibt in den Stellungnahmen
 - des Verbandes der bayerischen Bezirke
 - der Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker
 - des Krisendienstes Psychiatrie München und des AtriumhausesStatements zur Situation der Krisenversorgung in Bayern wieder.
- Am 18. Oktober 2012 hat der Hauptausschuss des Verbandes der bayerischen Bezirke ein Bayerisches Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung verabschiedet, das bezüglich der psychiatrischen Krisenversorgung insbesondere die Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XII in den Blick nimmt und eine leistungs- und kostenträgerübergreifende, gemeinsame Versorgung favorisiert, um die Versorgung an dieser Schnittstelle besser als bisher sicher zu stellen.
- Auf Initiative des Sozial- und Gesundheitsausschusses des Bezirks Oberbayern vom 22.07.2010 wurde eine „GSV-Projektgruppe Krisenversorgung“ beauftragt, Vorschläge zu erarbeiten für
 - die Weiterentwicklung des Krisendienstes Psychiatrie München
 - die Entwicklung einer regionalen Krisenversorgung für Oberbayern.

Die Gruppe trat erstmals im Oktober 2011 zusammen. In ihrer Sitzung vom 27.03.2012 beschloss die Projektgruppe u.a. folgende Empfehlungen zur Weiterbehandlung im GSV-Gremium (Auszüge aus dem Projekt-Statusbericht vom 27.03.12):

- Anwendung des Bayerischen Rahmenkonzeptes zur ambulanten Krisenversorgung als fachlichen Standard für Krisenversorgung in Oberbayern
- Verwendung von Mitteln aus einer möglichen Mitfinanzierung durch die Krankenkassen für den Ausbau des Krisendienstes Psychiatrie München und Erprobung der Umsetzung dieses Finanzierungsmodells im Krisendienst Psychiatrie München
- Schrittweiser Ausbau der Krisenversorgung in ganz Oberbayern, dies kann stufenweise bzw. modellhaft für bestimmte Regionen erfolgen.

II. Krise und Krisenhilfe – Leitgedanken und fachliche Grundlagen

Bei der Ausgestaltung eines im Verbund verschiedener regionaler Träger und Akteure organisierten Krisenversorgungssystems empfiehlt sich die Verständigung auf bestimmte fachliche Grundannahmen:

1. Zum Begriff „Krise“

Krise bedeutet im psychiatrischen und psychosozialen Kontext die Erschütterung des seelischen Gleichgewichts, die ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine erworbenen Fähigkeiten und erprobten Strategien zum Erreichen wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern. Ein Zustand psychischer Belastung also, der sich deutlich von der Normalbefindlichkeit einschließlich ihrer Schwankungen abhebt und zu einer emotionalen Destabilisierung führt. Die in der Krise erhöhte Anspannung bindet ein hohes Ausmaß an seelischer und körperlicher Energie.

Da die Bewertung einer Situation als Krise immer zum einen von der subjektiven Bedeutungsbeimessung des krisenhaften Geschehens, zum anderen von den individuellen Bewältigungsstrategien sowie situativ verfügbaren Ressourcen abhängt, kann es keine „objektive“ Definition von Krise geben; die Definition dessen, was eine Krise ist, obliegt demjenigen, der das Geschehen als krisenhaft erlebt.

Auf Außenstehende können krisenhafte Zuspitzungen unberechenbar und damit verunsichernd, besorgniserregend oder bedrohlich wirken.

Die Betrachtung der Krise im Kontext der Lebenssituation zielt darauf ab, Wechselwirkungen wahrzunehmen, der Krise ihren Platz im Leben zu geben und damit die Handlungs- und Entscheidungskompetenzen der Betroffenen wieder stärker in den Vordergrund zu rücken.

Seelische Krisen gehören zum Leben und können in vielen Fällen gemeistert werden, ohne dass das psychische Gleichgewicht längerfristig verloren geht. Eine erfolgreiche Krisenbewältigung bietet Chancen hin zu Neuorientierung und Entwicklung.

2. Krise und psychiatrischer Notfall

Eine psychische Krise kann sich zu einem psychiatrischen Notfall entwickeln; die Übergänge sind fließend. Wenn die krisenhafte Zuspitzung die individuell und subjektiv vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigt, droht Dekompensation mit allen damit einhergehenden Gefahren und Komplikationen: von akuter Selbstgefährdung, insbesondere Suizidalität, und Gefährdung Dritter (z.B. Kinder) über verschiedenste Formen der Chronifizierung, einschließlich des Übergangs in eine manifeste psychiatrische Erkrankung. Auch aus vorbestehenden, teilremittierten chronischen psychischen Störungen und Erkrankungen heraus können sich bei zusätzlicher Belastung akute Notfallsituationen entwickeln.

Während bei einer Krise die Kommunikationsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft der Betroffenen erhalten bleibt, ihre persönlichen Ressourcen und die ihres Umfelds aktiv in die Krisenintervention einbezogen werden können und ein Teil der Verantwortung bei ihnen bleibt, stehen beim psychiatrischen Notfall akute und unmittelbare Gefährdungen für die Betroffenen und / oder andere Personen im Vordergrund. Kommunikations- und Bündnisfähigkeit sind deutlich eingeschränkt, die Ressourcen des Systems erschöpft. Hier ist sofortige professionelle Hilfe, primär auf psychiatrischer Ebene, erforderlich.

3. Krisenmodell und Krankheitsmodell

Mehr als das herkömmliche Krankheitsmodell basiert das Krisenmodell auf einer konzeptuellen Idee, in der Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit des Geschehens sowie Gestaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten eine zentrale Rolle spielen. Ein weiteres wichtiges Element ist eine von Offenheit, Partnerschaftlichkeit und beidseitiger Verantwortung geprägte therapeutische Beziehung.

„Das theoretische Konzept zur Entstehung und zum Verlauf von psychischen Krisen ist das zentrale organisierende Element für den professionellen Umgang mit psychischen Krisen. Es ist damit ein Brückenkonzept, das Gesundheits- und Krankheitskonzept verbindet und den gemeinsamen Nenner für die Arbeit in unterschiedlichen psychosozialen und medizinischen Feldern stiftet.“ (Giernalczyk, 2003)

Indem das Krisenkonzept die Betroffenen nicht vorrangig als Träger von Symptomen einer Krankheit sieht, sondern auf das „Prozesshafte“ fokussiert, öffnet sich der Blick auf die dynamische, damit gestaltbare, in Bewegung befindliche, beeinflussbare Seite des (Krisen-)Geschehens. Genau hier setzt Krisenintervention an – unabhängig davon, ob eine psychiatrische Grunderkrankung vorliegt.

In ihrer konsequenten Ausrichtung auf die Nutzung von Ressourcen ist Krisenhilfe/-intervention somit geprägt von der Überzeugung, dass das (Wieder-)Erlangen eigener Bewältigungskompetenzen Schlüssel sein kann für die Überwindung der Krise.

Der Begriff Krise hat Eingang in die Umgangssprache gefunden, ist „gesellschaftsfähig“ geworden und sozial akzeptiert. Dies trägt zu einem veränderten Selbstverständnis von Menschen in seelischer Notlage bei: Betroffenen fällt es leichter, ihren seelischen Ausnahmezustand als Krise zu benennen. Auch vorerkrankte PatientInnen sprechen bei Zuspitzung ihrer Symptomatik oft von „Krise“ und fordern einhergehend damit auch eine entsprechende Neuausrichtung der Hilfsangebote und Beziehungen.

4. Theorie und Praxis von Krisenintervention

Kriseninterventionskonzepte knüpfen an ätiopathogenetische Modelle psychischer Erkrankungen an, in denen einerseits Belastungsfaktoren und Stressoren eine erhebliche mitauslösende Rolle zugeschrieben wird, die andererseits aber auch die Bedeutung protektiver Faktoren hervorheben. In der Krisenintervention spielt die Entdeckung und Wiedernutzung von Ressourcen eine zentrale Rolle. Die ganzheitliche Sicht von Krankheit und Kranksein, die Erweiterung des Krankheitsbegriffes und ein neues Verständnis der Bedeutung von Aktivität und Teilhabe begründen den Begriff der „funktionalen Gesundheit“, der in Theorie und Praxis umfänglich mit den Konzepten von Krise und Krisenintervention kompatibel ist.

Heute verwendete Kriseninterventionskonzepte sind differenzierte, zumeist multiprofessionelle und mehrdimensionale, psychiatrisch und psychotherapeutisch fundierte Behandlungsansätze, deren Anwendung mittlerweile weitreichend erprobt und als hoch wirksam erkannt ist.

Ob eine psychische Krise auf dem Boden einer psychiatrischen Erkrankung entstanden ist, durch psychosoziale Belastungen ausgelöst wurde oder durch eine Kombination aus beidem, ist für effiziente Krisenhilfe nur insofern bedeutsam, als professionelle KrisenhelferInnen in der Lage sein müssen, die Situation korrekt zu erkennen, zu bewerten und entsprechend die richtigen Hilfemaßnahmen einzuleiten. Wichtigste Steuerungskriterien hierbei sind das Leitsyndrom und die Dringlichkeit des Hilfebedarfs sowie Gefährdungsmomente. Sie entscheiden über Zeitpunkt und Art der eingeleiteten Hilfe.

Ausgewählte Aspekte der Prinzipien von Krisenintervention

<u>Problem</u>	<u>Prinzipien der Krisenintervention</u>
Hoher Leidensdruck/unmittelbarer Bedarf nach Entlastung	Soforthilfe
Akute Gefährdung	Aktives Risikomanagement, ggf. Hinzuziehen Dritter
Unklare Zuständigkeiten	Auftragsklärung
Angst vor „Psychiatrie“	Niederschwelligkeit
Hohe Emotionalität	Beruhigung, Entlastung, Präsenz („Talk down“)
Komplexität, Verlust der Übersicht, „Chaos“	Aktiv strukturierend, ordnend, priorisierend
Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Überforderung, Verzweiflung	Prinzip der stellvertretenden Hoffnung
Einengung, Teufelskreis	„Krise ist bewältigbar“
Verlust von Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl	Selbstbefähigung, Empowerment
Gefühl der Ausweglosigkeit	Konzept der „Befristetheit“: Krise als Prozess mit Anfang und Ende
Fehlende Bewältigungsstrategien	Ressourcen- und Lösungsorientierung
Aufregung/Sorge des Umfeldes	Angemessene, deeskalierende Einbeziehung

In ihrer Haltung und Herangehensweise liegt der Krisenhilfe ein Konzept von „Machbarkeit“ zugrunde: Sie geht von dem Paradigma der Bewältigbarkeit der Krise aus und setzt damit auf die gesunden Anteile und Ressourcen der Betroffenen. Professionelle KrisenhelferInnen stehen für die den Betroffenen momentan nicht mehr mögliche Sicht eines Auswegs aus der Krise, helfen bei Entzerrung der häufig hohen Komplexität, bei der Verkleinerung von „Problembergen“ in Teilprobleme, bei Priorisierung und Fokussierung, möglichst unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes. Von entscheidender Bedeutung ist das Anknüpfen an die vorgefundene subjektive, individuelle Situation der KlientInnen. Ein tragfähiges Ergebnis wird nur erreicht, wenn von Beginn an auf die Mitwirkung der KlientInnen gebaut wird und wenn der Lebensfeldbezug und Transfer der geplanten Schritte in den Lebensalltag gewährleistet ist. Dazu ist eine partizipative Beziehungsgestaltung erforderlich.

So beinhaltet der Kriseninterventionsprozess viele Aspekte des Empowerments.

Wann immer vertretbar werden Entscheidungen als „Shared Decision“ herbeigeführt („Kooperation ist zumutbar“).

III. Chancen, Potenziale und Nutzen regionaler Krisenversorgung

Der Nutzen regionaler Krisenversorgung geht deutlich über das Kernziel der **unmittelbaren** Verbesserung klientenbezogener Krisenhilfe hinaus.

Durch ein Krisenversorgungsangebot wie unter IV. beschrieben lassen sich weitere wichtige Ziele realisieren:

1. Prävention und Frühbehandlung

Werden durch frühe und adäquate Intervention eines niederschwellig zugänglichen Krisendienstes Betroffene rasch und nachhaltig entlastet, trägt dies einerseits zu Frühbehandlung und (Sekundär-)Prävention bei, andererseits zu Vertrauensbildung in das psychiatrische Versorgungssystem. Erleben KlientInnen/PatientInnen im Gegensatz dazu den ersten Kontakt mit der Psychiatrie als übergriffig, entmündigend oder demütigend, kann dies zu weiterer Traumatisierung führen und eine nachfolgende Ablehnung dieser Art von „Hilfeangebot“ mit der Gefahr von Behandlungsversäumnissen und Chronifizierung bewirken.

2. Vermeidung von „Zwangseinweisungen“

Dass es Situationen gibt, in denen Menschen gegen ihren Willen in psychiatrische Kliniken eingewiesen werden müssen, ist unstrittig. In Regionen, in denen wenig Kooperation zwischen Polizei bzw. Behörden mit hoheitlichen Aufgaben und regionalen Krisenhilfeangeboten besteht, machen „Zwangseinweisungen“ bis zu 20% der gesamten stationären Aufnahmen aus. Es darf unterstellt werden, dass diese Einweisungen bei Vorhandensein gut funktionierender Krisenversorgung und deren Nutzung durch Polizei und Behörden deutlich verringert werden und mehr Menschen in akuten psychiatrischen Notfallsituationen freiwillig geeigneten ambulanten bzw. kurzzeit-stationären Behandlungen zugeführt werden könnten.

Unabhängig davon, dass dies vermutlich mittelfristig zu einer Kostenreduktion führen würde, ist eine frühzeitige und adäquate Intervention unter dem Gesichtspunkt der Menschenwürde angezeigt.

3. Effiziente Ressourcennutzung im Gesamtsystem

Eine krisenhafte Zuspitzung bietet grundsätzlich die Chance zur frühzeitigen Weichenstellung. Nicht immer müssen im Anschluss an die Krisenerstintervention kostenintensive akutpsychiatrische Maßnahmen ergriffen werden. Rasche, qualifizierte Abklärung und individuelle Weichenstellung zur angemessenen Hilfe ermöglichen (mehr als das übliche Standardvorgehen) eine Beschränkung von Hilfe auf das notwendige Maß. Das schont nicht nur das Versorgungssystem, sondern wirkt auch einer für die Betroffenen langfristig oft schädlichen Überversorgung entgegen. Verfügt eine regionale Leitstelle, an die sich Menschen in Krisen wenden können, zudem über eine fundierte Kenntnis der oft unüberschaubaren Versorgungsangebote (verbunden mit entsprechenden Zuweisungsvereinbarungen), kann das Gesamtversorgungssystem deutlich effizienter und zudem paßgenauer genutzt werden.

4. Betroffene werden zu Beteiligten

Krisenintervention (im Sinne eines spezifischen therapeutischen Vorgehens, siehe II.) ist auch bei PatientInnen mit einer Krise im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung einsetzbar. Hier eröffnet der Ansatz neue Handlungsmöglichkeiten, aus denen sich Lerneffekte für die PatientInnen im Sinne von Empowerment, Selbstbefähigung und Übernahme von Selbstverantwortung ergeben. Krisenintervention macht Betroffene zu Beteiligten. Und selbst wenn bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen durch die Krisenintervention keine Symptommfreiheit erzielt werden kann, trägt die Erfahrung der mit professioneller Begleitung und eigenem Mitwirken durchgestandenen Krise zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls bei. Damit werden Lebensqualität und Befähigung erhöht.

5. Dem Gebot nach Inklusion entsprechen

Die spezifischen Elemente zeitgemäßer Krisenintervention erfüllen mit ihren typischen Merkmalen in besonderer Weise die aktuellen Anforderungen, die sich aus dem Inklusionsgebot sowie der UN-Behindertenrechtskonvention ergeben. Dort (Behindertenrechtskonvention, Art. 25) wird ausdrücklich ausgeführt, dass Menschen mit (u.a. seelischen) Behinderungen Zugang zu adäquaten Gesundheitsdienstleistungen auch der Früh- und Präventivintervention haben und dass diese Gesundheitsdienste möglichst gemeindenah und niederschwellig organisiert sein sollen. Besondere Relevanz erfährt diese Forderung im Zusammenhang mit den sich aus der Behindertenrechtskonvention ergebenden Einschränkungen bzgl. freiheitsentziehender Maßnahmen: Nach juristischer Auffassung bedeutet dies, dass angemessene Vorkehrungen zum Schutz vor Unterbringung zu treffen sind, was im Falle akuter Krisensituationen die Bereitstellung vorrangiger Hilfen in Form von gut erreichbarer professioneller Krisenintervention bedeutet.

IV. Regionale Verankerung sowie notwendige Funktionen und Bausteine regionaler Krisenversorgung

1. Regionale Verankerung

Beim Aufbau einer regionalen Krisenversorgung ist unbedingt darauf zu achten, dass die neu zu etablierenden Funktionen bzw. Bausteine mit den vorhandenen Versorgungsstrukturen zusammengeführt werden. Bestehende Krisenhilfeangebote sollen durch einen neuen Krisendienst nicht verdrängt, sondern mit ihm gemeinsam in ein regional abgestimmtes Krisenversorgungssystem integriert werden.

Eigene Angebote eines Krisendienstes sollen insofern dem Prinzip der Nachrangigkeit folgen, als zunächst alle verfügbaren Ressourcen aus dem Regelversorgungssystem genutzt werden. Spezifische Leistungen des Krisendienstes sollen erst da einsetzen, wo andere Hilfen nicht vorhanden sind oder nicht mehr greifen.

In jedem Fall müssen die Angebote der Krisenhilfe durch geeignete Maßnahmen eindeutig und nachhaltig in der Region kommuniziert werden. Nur so kann ein höchstmöglicher Bekanntheitsgrad sowohl in der Fachöffentlichkeit als auch der allgemeinen Öffentlichkeit erzielt werden.

2. Die Funktionen im Überblick

Um eine dem Erste-Hilfe-System in der Somatik vergleichbare Krisenhilfe auch für seelische Notfälle vorzuhalten, bedarf es folgender Funktionen:

1. Telefonische, möglichst Rund-um-die-Uhr-Anlaufstelle für
 - Abklärung/Screening
 - Beratung
 - Empfehlung und Weitervermittlung
 - Telefonische Krisenintervention
2. Ambulante Krisenintervention und -hilfe („Komm-Struktur“)
3. Mobile, aufsuchende Krisenintervention vor Ort („Geh-Struktur“)
4. Stationäre Krisenbehandlung

Die Ansiedlung der einzelnen Funktionen kann grundsätzlich bei unterschiedlichen Leistungsträgern und in unterschiedlichen Einrichtungen erfolgen – je nach bestehender Versorgungssituation.

3. Bausteine einer regionalen Krisenversorgung

Aufgrund der Erfahrungen in den bisherigen Modellregionen, insbesondere im Krisendienst Psychiatrie München, empfehlen sich für ein regionales Krisenhilfesystem folgende **Bausteine**:

a Leitstelle

Entscheidend für Menschen in seelischen Notlagen ist die sofortige Verfügbarkeit professioneller Hilfe zur Erstabklärung, zur Krisenerstintervention sowie zur Wegweisung an die individuell benötigte Form der Weiterbehandlung. Diese Aufgabe sowie die damit verbundene Funktion des „Gatekeeping“ für die komplette Bandbreite der regiona-

len krisenspezifischen Versorgungsangebote (sowohl SGB-V- wie SGB-XII-Bereich) übernimmt die Leitstelle.

Hier erfolgt telefonisch

- Erstabklärung
- Einschätzung von Dringlichkeit und Gefährdung
- diagnostische Zuordnung sowie, je nach Situation,
- Beratung, Entlastung und/oder direkte telefonische Krisenintervention
- Empfehlungen zum weiteren Vorgehen
- Weitervermittlung bzw. direkte Zuweisung an andere Einrichtungen
- Veranlassung eines Kriseneinsatzes vor Ort

Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, sind für die Leitstelle folgende **Strukturmerkmale** relevant:

- Telefonische Erreichbarkeit möglichst rund um die Uhr, mindestens aber von 9 bis 24 Uhr
- **Eine** Telefonnummer, nachhaltig kommuniziert
- Fachpersonal – PsychologInnen, SozialpädagogInnen, psychiatrische Fachpflegekräfte –, das über umfassende Kompetenz zur Kriseneinschätzung sowie Sofortintervention und fundierte Kenntnis aller relevanten Hilfeangebote in der Region verfügt
- Verbindliche, geregelte, direkte Anforderungs- bzw. Zuweisungsmöglichkeiten zu
 - ärztlich-psychiatrischer Kompetenz
 - ambulanten Beratung und Behandlung (insbesondere tagesgleiche Termine bei niedergelassenen Psychiatern, in PIAs, bei Sozialpsychiatrischen Diensten)
 - mobilen Kriseneinsatzteams
 - stationären Behandlungsmöglichkeiten
 - ambulanten psychiatrischen Pflegediensten
 - Rettung/Feuerwehr/Notarzt
 - Polizei
- Technische Ausstattung mit ausreichend Telefonleitungen; Anrufbeantworter; EDV-gestützte Klienten-Dokumentation; Datenbank mit allen einschlägigen regionalen Versorgungsangeboten
- Räumliche Ansiedlung: Als telefonische Anlaufstelle kann die Leitstelle grundsätzlich räumlich unabhängig organisiert werden. Möglich sind folgende Varianten:
 - räumlich eigenständig
 - räumlich und bezüglich Trägerschaft in eine bestehende Einrichtung integriert
 - in eigenständiger Trägerschaft mit einer Einrichtung z.B. PIA oder SPDIs „unter einem Dach“In den zwei gut etablierten, bayerischen Projekten haben sich unterschiedliche Lösungen bewährt:
 - In München ist die Leitstelle des KPM (bei eigenständiger Trägerschaft) räumlich am Krisenzentrum Atriumhaus angesiedelt, welches Teil des kbo-Isar-Amper-Klinikums ist.
 - In Nürnberg (Krisendienst Mittelfranken) hat der Krisendienst eigene Räumlichkeiten für die telefonische und persönliche Krisenintervention.

b Ambulante Angebote zur Krisenhilfe und -behandlung („Komm-Struktur“)

Menschen, die schon einmal professionelle Hilfe in psychischen Krisen in Anspruch genommen haben, wissen häufig, an welche Einrichtung der Regelversorgung sie sich in erneuten Krisen wenden können. Denn tatsächlich halten viele Einrichtungen der ambulanten Regelversorgung auch krisenspezifische Hilfeangebote vor. Diese Angebote müssen Menschen in Krisen auch weiterhin unbedingt zur Verfügung stehen, direkt oder durch Empfehlung bzw. Zuweisung der „Leitstelle“.

Erfahrungen in den mit Krisendiensten ausgestatteten Regionen München und Nürnberg/ Mittelfranken zeigen aber deutlich, dass das in den ambulanten Einrichtungen der Regelversorgung vorhandene Angebot auch im Bereich der ambulanten Komm-Struktur nicht ausreicht, weil keine der vorhandenen Einrichtungen eine für alle Arten von Krisen geeignete, regional zuständige, verbindlich erreichbare, niederschwellige Anlaufstelle für Soforthilfe, Orientierung und Lotsendienst gewährleistet.

Für ambulante Krisenhilfe geeignet und in eine regionale Planung zur Krisenversorgung einzubeziehen sind in jedem Fall folgende ambulante Einrichtungen:

- Psychiatrischer Krisendienst (falls vorhanden)
- Sozialpsychiatrische und Gerontopsychiatrische Dienste/Fachstellen
- Spezielle (Krisen-)Beratungsstellen für definierte Zielgruppen oder Problemlagen
- Psychiatrische Institutsambulanzen der Kliniken
- Niedergelassene PsychiaterInnen und Nervenärzte
- Psychiatrischer Bereitschaftsdienst (falls vorhanden)
- Ärztliche oder psychologische PsychotherapeutInnen
- Ambulante Psychiatrische Pflegedienste

Nicht zuletzt um unnötige stationäre Aufnahmen zu vermeiden, soll unbedingt auch ambulante Krisenhilfe der „Komm-Struktur“ täglich von 0 – 24 Uhr zur Verfügung stehen. Dieses Angebot kann grundsätzlich von einem Leistungsanbieter, z. B. der PIA oder dem Krisendienst, genauso aber auch von mehreren Leistungsanbietern in einem Verbundsystem übernommen werden (dann geregelt durch Kooperationsabsprachen).

c Aufsuchende Krisenhilfe („Geh-Struktur“)

Ein Vor-Ort-Einsatz ist angezeigt, wenn unmittelbar und dringend fachspezifische Hilfe erforderlich ist, die Betroffenen aber situativ nicht bereit oder in der Lage sind, auf Hilfsangebote, seien sie ambulant, seien sie stationär, zuzugehen, bzw. wenn von Mitbetroffenen Aspekte geschildert werden, die nur durch einen Vor-Ort-Besuch abgeklärt bzw. deeskaliert werden können.

Ausdrücklich soll aufsuchende Krisenhilfe auch zur fachlichen Einschätzung einer Krisensituation eingesetzt werden, wenn andere Dienste (Rettungsdienste, Bezirkssozialarbeit, Polizei etc.) bereits vor Ort sind. Hier geht es vorrangig um Einschätzung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung sowie akuter Behandlungsbedürftigkeit, um Deeskalation, Beratung und Unterstützung aller Beteiligten, ggf. um Einleitung von und Begleitung zu sofortiger weiterführender Behandlung.

Die aufsuchende Krisenhilfe stellt gemeinsam mit der Funktion der regionalen Leitstelle und der Funktion einer Krisenanlaufstelle (Komm-Struktur) den Kern des Leistungsangebotes eines psychiatrischen Krisendienstes und damit in punkto Krisenversorgung die eigentliche Innovation gegenüber den herkömmlichen Versorgungsstrukturen dar.

Die Entscheidung darüber, ob nicht-ärztliche oder sofort auch ärztliche Hilfe vor Ort benötigt wird, trifft die Leitstelle. Im Regelfall ist zunächst der Kriseneinsatz eines nicht-ärztlichen Teams voranzustellen. Falls erforderlich, kann das nicht-ärztliche Team ärztliche Hilfe nachfordern.

Aufsuchende Krisenhilfe sollte folgende Strukturmerkmale haben:

Mobile nicht-ärztliche Krisenhilfe

- Abrufbarkeit möglichst 24 Stunden an 7 Tagen; zumindest täglich bis 24 Uhr
- Steuerung durch die Leitstelle
- Einsatzteams immer aus **zwei** MitarbeiterInnen (PsychologInnen, SozialpädagogInnen, Fachpflegekräfte) mit einschlägiger Ausbildung in psychiatrischer Krisenintervention; idealerweise gemischtgeschlechtliche Teams
- Anfahrzeit möglichst unter einer Stunde
- Ständige Rückkopplungsmöglichkeiten zur Leitstelle sowie zu abrufbarer ärztlich-psychiatrischer Kompetenz
- In Einzelfällen: Bereitstellung aufsuchender Nachfolgekontakte bis die Weiterbetreuung durch andere Einrichtungen gewährleistet ist
- Technische Ausstattung: Dienstwagen, Handy, Informationsmaterial der wichtigsten regionalen Hilfsangebote, Dokumentationsformulare

Bei Vorhandensein eines ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes sollte dieser, falls erforderlich, möglichst frühzeitig in aufsuchende Nachbetreuung einbezogen werden können.

Mobile (fach-)ärztliche Hilfe

- Gewährleistung fachärztlicher Hilfe durch niedergelassene PsychiaterInnen oder Nervenärzte, den ärztlichen/psychiatrischen Bereitschaftsdienst, Klinikärzte oder auch unter anderer vertraglicher Konstellation im Auftrag tätig werdende Ärzte.
- Abrufbarkeit fachärztlicher psychiatrischer Hilfe möglichst 24 Stunden an 7 Tagen durch die Leitstelle und die mobilen Kriseneinsatzteams

Für eine bestimmte Zielgruppe angezeigt wäre darüber hinaus eine spezifische Form des psychiatrischen Home Treatment im Sinne ambulanten psychiatrischer Akutbehandlung, ggf. auch unter Einbindung von Psychiatrischen Pflegediensten. Auch diese Hilfsangebote eines Home Treatment sollten in das Netzwerk ambulanter Krisenhilfe einbezogen werden.

d Stationäre Krisenbehandlung

Psychiatrische Notfälle, die mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung einher gehen, bedürfen in der Regel der stationären Behandlung. Aber auch ohne Vorliegen eines psychiatrischen Notfalles im engen Sinne können Krisen einen Schweregrad erreichen, der ambulante Interventionen an ihre Grenzen stoßen lässt. Eine stationäre Krisenbehandlung empfiehlt sich insbesondere auch dann, wenn das Herausnehmen aus der angespannten und eskalierten Situation Entlastung verspricht.

Stationäre Krisenbehandlung unterscheidet sich von „regulärer“ stationärer Akutbehandlung vor allem durch Nutzung spezifischer therapeutischer Elemente und besonderer Herangehensweise (siehe oben II. 3. und 4.). Darüber hinaus ist es u. a. die hohe Behandlungsintensität, die stationäre Krisenbehandlung auszeichnet. In der Regel handelt es sich bei stationären Krisenbehandlungen um kurzzeitige Behandlungen von bis zu zehn Tagen.

Zur verbindlichen Einbeziehung stationärer Krisenintervention in ein abgestimmtes System regionaler Krisenversorgung bedarf es folgender Voraussetzungen:

- Aufnahmebefugte Klinikärzte sind für die Leitstelle und die mobilen Krisenteams jederzeit erreichbar
- Für Zuweisungen durch den Krisendienst stehen stationäre Krisen- und Akutbehandlungsplätze jederzeit zur Verfügung
- Verbindliche Kooperationsabsprachen regeln die reibungslose Übernahme von PatientInnen, deren stationäre Behandlungsbedürftigkeit durch den Krisendienst festgestellt wurde.

V. Leitfaden für die Umsetzung

Grundsätzlich soll regionale Krisenversorgung so aufgestellt sein, dass sowohl Menschen mit psychosozialen Krisen als auch Menschen in psychiatrischen Krisen- und Notfallsituationen einen niederschweligen Zugang zu psychiatrischer Krisenhilfe haben, welche dann mittels Lotsendienst und Wegweisung die Weiterleitung zu den unterschiedlichen, je individuell benötigten Hilfeangeboten verschiedener Einrichtungen und Kostenträger gewährleistet. Damit einher geht eine interaktive Funktion für die gesamte regionale Krisenversorgung.

Folgende Aspekte sollten bei der Konzipierung regionaler Krisenversorgung berücksichtigt und vor der Umsetzung geklärt werden:

1. Trägerstruktur und Organisation

Für das Gelingen regional organisierter psychiatrischer Krisenversorgung, die alle Arten von Krisen einschließt, ist es zwingend erforderlich, dass Einrichtungen medizinisch-psychiatrischer Krisenhilfe und Einrichtungen sozialpsychiatrischer und psychosozialer Krisenhilfe gemeinsam im Boot sind.

Dies ist auch bei der Konzipierung der Trägerschaft zu beachten. Die Konstruktion des Krisendienstes Psychiatrie München – Trägerverbund mit klaren Regelungen zur Fachaufsicht – hat sich uneingeschränkt bewährt. Insbesondere die enge Vernetzung sowohl auf Träger- wie auf Mitarbeiterebene sorgt für höchstmögliche Integration in die Regelversorgung und verschafft zusätzliche Synergieeffekte.

Darüber hinaus braucht es:

- Benennung und Zuordnung der Leitungs- oder Koordinationsfunktion
- Benennung eines Steuerungsorgans / Lenkungsausschusses (siehe I. 4.)
- Kooperationsabsprachen mit den wichtigsten Leistungsanbietern in der Region
- Fachliches und organisatorisches Qualitätsmanagement und -controlling

2. Prognose zur Inanspruchnahme

Auf Grundlage der Zahlen aus den Krisendiensten München und Nürnberg sowie aus Untersuchungen (siehe I. 1.), lassen sich Prognosen für das Aufkommen von psychischen Krisen- und Notfallsituationen und die Inanspruchnahme von Krisendiensten ableiten:

Bei qualifizierter und nachhaltiger regelmäßiger Bekanntmachung in der Fach- und allgemeinen Öffentlichkeit kann von einer Inanspruchnahme des Krisendienstes über eine telefonische Leitstelle von 300 bis 1.000 Anrufen pro 100.000 EinwohnerInnen pro Jahr ausgegangen werden. Das Erreichen dieser Größenordnung kann sich allerdings über mehrere Jahre erstrecken.

Die Erfahrungen zeigen, dass nicht bei allen Anrufen eine Krisenintervention im engeren Sinn erfolgen muss, sondern dass etwa in der Hälfte der Fälle eine qualifizierte Beratung und Wegweisung dazu beiträgt, einen raschen Weg in das bestgeeignete Angebot der Regelversorgung zu finden, womit sich häufig krisenhafte Zuspitzungen vermeiden lassen.

Mobile Kriseneinsätze sind erfahrungsgemäß bei etwa 20% der AnruferInnen mit akuten psychischen Krisen erforderlich.

Zur benötigten Anzahl spezifischer Krisenbetten in psychiatrischen Kliniken sowie zur Anzahl tagesgleich erforderli-

cher ambulanter Krisentermine lassen sich keine sicheren Aussagen treffen. Wo allerdings solche Angebote vorgehalten werden z.B. in München mit den ambulanten und stationären Krisenangeboten des Atriumhauses und der anderen KMO-Abteilungen, zeigt sich eine hohe Inanspruchnahme mit Auslastung der vorhandenen Bettenkapazitäten und ambulanten Krisentermine.

Zu erwartende Inanspruchnahme eines Krisendienstes auf Grundlage der Erfahrungen in München und Nürnberg

Tätigkeiten	Häufigkeit pro 100.000 Einwohner/Jahr
Telefonkontakte Leitstelle	300 – 1.000
davon akute Krisensituationen	50 – 500
aus akuten Krisensituationen resultierende mobile Einsätze bzw. persönliche Krisenberatungen	50 – 150
Weitere Telefonate z. B. zur Information, fallbezogenen Koordination etc.	300 – max. 1.000

Die Erfahrungen aus Regionen mit Krisendiensten lassen sich mit entsprechenden Anpassungen sowohl auf städtische wie auf ländliche Gebiete übertragen. Folgende Faktoren werden die regionale Ausprägung bestimmen:

- Prognostizierte Inanspruchnahme (Mengengerüst)
- Bereits vorhandene und zu integrierende einschlägige Angebote zur Krisenversorgung
- Anschlussfähigkeit und Ausbauzustand regionaler Regelversorgung

Spezifische Erfahrungen über Krisenaufkommen im „ländlichen Raum“ weist der Krisendienst Mittelfranken vor. Die Inanspruchnahmezahlen zeigen grundsätzlich keinen Unterschied zu städtischen Regionen. Ein Unterschied lässt sich allenfalls ausmachen in Bezug auf die Entfernung vom zentralen Standort des Krisendienstes: „Je weiter weg, desto geringer die Inanspruchnahme“. Dies wird zum einen auf die geringere Öffentlichkeitsarbeit in den entfernteren ländlichen Regionen zurückgeführt als auch auf die abnehmende Zahl mitwirkender regionaler Partner. Unterschiede in Bezug auf die Arten von Krisen lassen sich anhand vorliegender Daten zwischen städtischen und ländlichen Regionen nicht sicher ausmachen. Demnach ist bei guter Öffentlichkeitsarbeit und Verfügbarkeit regionaler Kooperationspartner nicht davon auszugehen, dass sich das Aufkommen von Krisen zwischen städtischem und ländlichem Raum nennenswert unterscheiden wird.

3. Personal

Die quantitative Personalausstattung hängt von der Konstruktion der einzelnen Funktionen bzw. Leistungsbausteine ab, bzw. davon, inwieweit diese in größere Funktionseinheiten mit auch anderen Tätigkeiten integriert sind. Grundsätzlich ist Personal bereitzustellen für

- die Leitstelle
- die mobilen Krisenteams
- die Leitung und Koordination des Krisendienstes.

Zur personellen Aufstellung siehe I. 4. Bezüglich Qualifikation, Ausbildung, Wissensmanagement, Kompetenz und Supervision der MitarbeiterInnen in den verschiedenen Funktionen gilt es Qualitätsstandards zu etablieren und diese im Rahmen eines Qualitätsmanagements zu überwachen.

4. Finanzierung

Voraussetzung für den Aufbau regionaler Krisenversorgung ist die Bereitstellung eines ausreichenden Finanzierungsrahmens unter Beteiligung aller für das Angebotsprofil zuständigen Kostenträger.

Grundsätzlich benötigt regionale Krisenversorgung Finanzierung durch die Kostenträger

- Eingliederungshilfe
- Krankenkassen
- Kommunen.

Der Umfang insbesondere des bereitzustellenden Personals hängt bei der „Erstausrüstung“ maßgeblich von der prognostizierten Inanspruchnahme (siehe V. 2.) ab; danach muss sich die Weiterentwicklung der Personalausstattung an der Inanspruchnahme orientieren. Neben den Personalkosten müssen ausreichend Mittel für technische Ausstattung, Schnittstellenmanagement und Öffentlichkeitsarbeit bereitgestellt werden. Näheres zu Kosten und Kostenträgern siehe Kapitel VI.

5. Öffentlichkeitsarbeit

Angebote regionaler Krisenversorgung müssen, insbesondere wenn sie neu etabliert werden, an alle Teilöffentlichkeiten der Region kommuniziert werden. Dabei ist insbesondere auf Kontinuität und Nachhaltigkeit zu achten. Je nach regionalen Gegebenheiten sind unterschiedliche Medien zu wählen.

Das Knowhow zur Öffentlichkeitsarbeit bis hin zu einschlägigen themenbezogenen Informationsmaterialien kann aus vorhandenen Krisendiensten übernommen und entsprechend „übersetzt“, d.h. regional angepasst werden.

Hilfreich und unterstützend wirken zudem unterschiedlichste Arten von Kampagnen, Medienauftritten, öffentlichen Veranstaltungen.

6. Klärung regionaler Besonderheiten

Bei der Umsetzung regionaler Krisenversorgung sind darüber hinaus die folgenden grundsätzlichen Aspekte unter Einbeziehung aller relevanten regionalen Akteure zu klären:

- **Größe und Zuschnitt der Region:**

Mit welchem Aufkommen von Krisen ist zu rechnen?

Welche Inanspruchnahmezahlen werden erwartet? (siehe V. 2.)

Wie groß kann das gesamte, durch eine gemeinsame Krisenversorgung abdeckbare Gebiet sein?

Welche Rolle spielen räumliche Entfernungen zwischen einzelnen Standorten und Kooperationspartnern der Krisenversorgung?

Welche Anfahrtsstrecken und -zeiten ergeben sich daraus sowohl für potenzielle NutzerInnen wie für aufsuchend tätige Krisenteams?

Wie ist die Versorgungsdichte in Bezug auf die unterschiedlichen Leistungserbringer in der Bezugsregion?

Wie groß kann die Zuständigkeitsregion für eine Leitstelle sein, insbesondere welches Maß an Informationen hinsichtlich Weitervermittlung ist für die dort tätigen MitarbeiterInnen bewältigbar?

Was ist bei der Klärung der Übergänge zwischen Krisenversorgung und Regelversorgung zu bedenken?

- **Verankerung der Krisenversorgung in lokale/regionale Steuerungsgremien:**
 Welche Art von Einbindung der Krisenversorgung bzw. eines Krisendienstes in welche Gremien wird regional für erforderlich erachtet?
 Wie kann die Kompetenz zusätzlich etablierter regionaler Krisenversorgung bestmöglich in die weitere Versorgungsentwicklung eingebracht werden? Welche konkreten Kooperationsvereinbarungen zwischen Akteuren der Krisenversorgung und der Regelversorgung werden angestrebt?
 Wo sind diese am besten repräsentiert?

- **Trägerschaft und Organisationsform:**
 Welche Träger sind regional bereit bzw. bieten sich an, die erforderlichen Leistungsbausteine der regionalen Krisenversorgung vorzuhalten?
 In welcher Organisations- bzw. Rechts-/Geschäftsform soll dies geschehen?

- **Nachsorge:**
 Wie lässt sich die in vielen Fällen unbedingt erforderliche, verbindliche und zuverlässige Nachsorge im Sinne von zeitnahen Folgeterminen (in allen Kostenträgerschaften) zuverlässig gewährleisten?

- **Spezifische Zielgruppen:**
 Gibt es in der zu versorgenden Region spezifische Zielgruppen, die bei der Konzipierung der Krisenversorgung besonders berücksichtigt werden müssen? (Wie) sollen spezifische Leistungsangebote der Krisenhilfe für besondere Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche, alte Menschen oder MigrantInnen regional vorgehalten werden?

- **Dokumentation und Datenschutz:**
 Welche Art von klientenbezogener Dokumentation soll regional realisiert werden? (Anleihen können bei den in Bayern bestehenden Modellen gemacht werden.)
 Welche Datenschutzbestimmungen müssen aufgrund regionaler organisatorischer Gegebenheiten für die Krisenversorgung besonders beachtet werden, welche Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes sind zu treffen?

- **Kooperation mit Polizei, hoheitliche Aufgaben:**
 Welche Maßnahmen sind zu ergreifen, um regional eine bestmögliche Zusammenarbeit mit der Polizei zu erreichen, die es u. a. im Zusammenhang mit selbst- oder fremdgefährlichen PatientInnen braucht?
 Wie sind die regionalen Gegebenheiten bzgl. hoheitlicher Aufgaben?
 Wer ist zu involvieren? Welche Absprachen müssen getroffen werden?

VI. Kosten und Kostenträger

Ausgehend von den Erfahrungen in den bayerischen Krisendiensten München und Mittelfranken sind die Kosten für die Ausstattung und die Leistungen eines regionalen Krisendienstes bzw. einer regionalen Krisenversorgung verschiedenen Kostenträgern zuzuordnen:

Eingliederungshilfe, Krankenkassen und Kommune.

Die Zuständigkeit der **Kommune** ergibt sich aus deren Aufgaben im Rahmen der Daseinsfürsorge. Die Kommune hält selbst Anlaufstellen für hilfebedürftige Bürgerinnen und Bürger auch in sozialen und psychosozialen Notlagen vor und beteiligt sich finanziell an der psychiatrisch-psychosozialen Versorgung durch andere Träger.

So ist die Landeshauptstadt München Kostenträger des Krisendienstes Psychiatrie München im Bereich der Sachkostenförderung analog der Förderung der Sozialpsychiatrischen und Gerontopsychiatrischen Dienste.

Gemäß der in den Sozialgesetzbüchern geregelten Vorgaben und Zuständigkeiten können die einzelnen Leistungsbe-
reiche zur regionalen Krisenversorgung bzw. eines Krisendienstes relativ trennscharf den Kostenträgern **Eingliederungshilfe** (SGB XII) und **Krankenkassen** (SGB V) zugeordnet werden.

1. Kostenträger Eingliederungshilfe (SGB XII)

Alle über die Leitstelle erbrachten telefonischen **Informations- und Beratungsleistungen** sowie durch Weitervermittlung an andere Fachstellen erbrachten persönlichen Beratungsleistungen sind dem SGB-XII-Bereich zuzuordnen.

2. Kostenträger Krankenkassen (SGB V)

Demgegenüber fallen alle Leistungen, denen eine krankheitswertige Ausnahmesituation bei den betroffenen Menschen zugrunde liegt, eindeutig in die Kostenträgerzuständigkeit des SGB V.

Dabei handelt es sich um

- alle telefonischen **Kriseninterventionen** in der Leitstelle
- alle mobilen Einsätze und persönlichen Kriseninterventionen auch durch nicht-ärztliche Teams des Krisendienstes
- sowie alle Maßnahmen, die in eine anschließende medizinisch-psychiatrische oder klinische Behandlung münden.

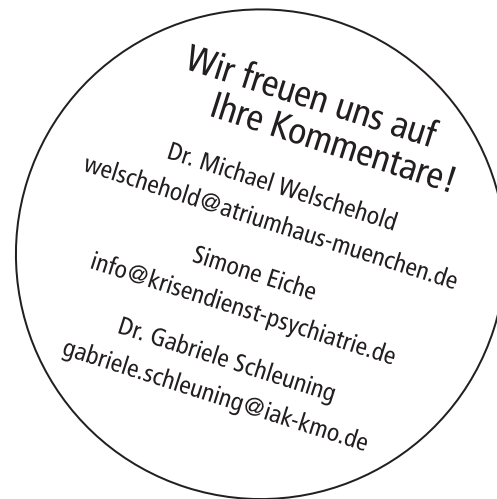
Grundsätzlich ist auch für den SGB V-Bereich davon auszugehen, dass Krisenintervention – telefonisch oder persönlich erbracht – neben dem Behandlungs- auch immer einen Präventionsaspekt beinhaltet. Dies gilt in erster Linie im Sinne der Suizidprävention, aber auch für alle anderen sekundär- und tertiärpräventiven Zielsetzungen und Maßnahmen.

Fazit

Alle Kosten- und Leistungsträger sollten in gemeinsamer Verantwortung – ggf. von vorneherein überregional bzw. landesweit – nach Möglichkeiten suchen, regionale Krisenhilfestrukturen aufzubauen sowie bereits bestehende und im regionalen Versorgungssystem etablierte Angebote der Krisenversorgung nachhaltig abzusichern und Finanzierungslücken zu schließen.

Literatur

- Antonovsky, A.: The Salutogenic Perspective: Toward a New View of Health and Illness. Advances, Institute for the Advancement of Health, Vol 4, No. 1, 1987, 47-55
- Boxbücher, M.; Egidi, K.: Systemische Krisenintervention; Psychotherapie im Dialog 4 (4), 2003
- Bronisch, T.; Sulz, S. (Hrsg.): Krisenintervention und Notfall in Psychotherapie und Psychiatrie. Augsburg, 2009
- Cullberg, J.: Krisen und Krisentherapie. Psych. Praxis 1978, 25-34
- Giernalczyk, T. (Hrsg.): Suizidgefahr- Verständnis und Hilfe. Tübingen, 2003
- Rupp, M.: Notfall Seele, Stuttgart, 2010
- Rupp, M.: Psychiatrische Krisenintervention. Bonn, 2011
- Schnyder, U.; Sauvant, J.-D. (Hrsg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern, 1996
- Schleuning, G.; Künstler, R.: Krisen und Krisenhilfe; in Rössler, W. (Hrsg.): Psychiatrische Rehabilitation, Berlin, 2004
- Schleuning G.; Welschehold M.: Münchner Krisenstudie. Bonn, 2003
- Sonneck, G. (Hrsg.): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien, 1991
- Verband der Bayerischen Bezirke: Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung, 2012
www.bay-bezirke.de/Gesundheit/Rahmenkonzepte



Impressum

AutorInnen:

Dr. Michael Welschehold
Oberarzt der Ambulanz des Atriumhauses, kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost,
Ärztlicher Leiter des Krisendienstes Psychiatrie München

Simone Eiche
Diplompsychologin, Leitungsteam Krisendienst Psychiatrie München

Dr. Gabriele Schleuning
Chefärztin der Klinik Süd.West mit Atriumhaus und FFB, kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost,
Vorstand Krisendienst Psychiatrie München

Herausgeber:

Krisendienst Psychiatrie München, Bavariastr. 11, 80336 München

Kliniken des Bezirks Oberbayern – Kommunalunternehmen, Postfach 22 12 61, 80502 München

2. geänderte Auflage März 2013

