

„Wenn in einer Krise die eigenen Kräfte erschöpft sind, brauchen Menschen schnell und unbürokratisch Hilfe“

089
7295960
krisendienst
psychiatrie münchen



07 08 09 10 11 12 13[↗]

⁰⁸⁹**7295960**
krisendienst
psychiatrie münchen



Liebe Leserinnen und Leser,

wenn Sie nachts in eine akute körperliche Notlage geraten, deren Bedrohlichkeit Sie nicht einordnen können und über die Rettungsleitstelle Hilfe anfragen, werden Sie diese erhalten. Je nach Dringlichkeit sofort, wenn nötig zunächst vor Ort, dann in der „Nothilfe“ der nächsten Klinik.

Bei seelischen Krisen und Notlagen ist das anders.

Zwischen dem Erste-Hilfe-System für akute körperliche Erkrankungen und dem für Menschen in seelischen Krisen und Notlagen gibt es immer noch eine gewaltige Lücke.

Die erfreuliche Nachricht dazu ist: das Problem ist erkannt. Nicht zuletzt aufgrund der rundum positiven Resonanz auf Angebote wie das des Krisendienstes Psychiatrie München, ist das Thema angekommen: bei Betroffenen, ihren Angehörigen und deren Verbänden, bei den Anbietern psychiatrischer Leistungen und deren Fachgesellschaften, bei der Politik und den Kostenträgern.

In den folgenden Beiträgen wollen wir beleuchten, welchen besonderen Platz sich der Krisendienst Psychiatrie München seit 2007 in der psychiatrischen Versorgungslandschaft Münchens erobert hat und wer von ihm profitiert. Wir wollen darlegen, was Krise, Krisenintervention und Krisenhilfe bedeutet und ausmacht. Und wir wollen aufzeigen, warum ein gut organisierter Krisendienst das gesamte Versorgungssystem entlastet und stärkt.

Besonders laden wir Sie ein, die Geschichten über Menschen zu lesen, denen der Krisendienst geholfen hat. Sie wollen ein Plädoyer dafür sein, dass Soforthilfe und Lotsendienst für Menschen in seelischer Not ein fester Baustein der psychiatrischen Versorgung wird.

Ihr
Vorstand Krisendienst Psychiatrie München



Horst Reiter
gemeinnützige GmbH
des Projektvereins



Barbara Portenlänger-Braunisch
Soziale Dienste Psychiatrie
gemeinnützige GmbH



Dr. Gabriele Schleuning
kbo-Isar-Amper-Klinikum
Atriumhaus und Klinik Süd.West

	<p>KAPITEL I</p> <p>LEITGE- DANKEN</p> <p>10-17</p>	<p>KAPITEL II</p> <p>LEIS- TUNGS- PROFIL</p> <p>18-27</p>	<p>KAPITEL III</p> <p>ORGANI- SATION</p> <p>28-37</p>
	<p>12 SEELISCHE KRISEN SIND HÄUFIG</p> <p>13 KRISEN HABEN VIE- LE GESICHTER</p> <p>14 KRISEN BRAUCHEN SOFORTHILFE</p> <p>15 KRISE STATT KRANK- HEIT</p> <p>16 DIE KRISE GEMEIN- SAM MEISTERN</p>	<p>20 LEISTUNGSPROFIL UND HILFEANGEBOT</p> <p>23 ERSTABKLÄRUNG UND SCREENING</p> <p>24 INFORMATION UND BERATUNG</p> <p>24 TELEFONISCHE KRI- SENINTERVENTION</p> <p>25 VERMITTLUNG INS AMBULANTE</p> <p>26 VERMITTLUNG INS STATIONÄRE</p> <p>27 KRISENEINSÄTZE VOR ORT</p>	<p>30 STRUKTUR</p> <p>32 FINANZIERUNG</p> <p>32 PERSONAL</p> <p>36 QUALITÄTSSICHE- RUNG</p>
<p>05 EDITORIAL 06 INHALT 08 INTERVIEW</p> <p>78 KONTAKTE 78 DANK 80 IMPRESSUM</p>			<p>+ <i>exkurs</i></p> <p>33 HERZ UND KOPF, HAND UND FUß.</p>

KAPITEL IV
ZAHLEN & FAKTEN
 38-49

40 ZAHLEN, DATEN, FAKTEN
 44 2007-2013 IM ÜBERBLICK

+ *exkurs*
 46 SUIZIDALITÄT, TODESWÜNSCHE, LEBENS-
 MÜDIGKEIT.

KAPITEL V
7 AUS 30.000
 50-59

52 AUF EIGENE FAUST
 53 HAND IN HAND
 54 BIN ICH SCHULD?
 55 HIN ZUR SELBST-
 VERANTWORTUNG
 56 GUTE NACHBAR-
 SCHAFT
 57 VERTRAUEN WIE-
 DERFINDEN
 58 RÜCKENDECKUNG

KAPITEL VI
KOOPERATION & VERNETZUNG
 60-69

62 VERANKERUNG
 64 KOOPERATIONEN

+ *exkurs*
 68 GATEKEEPING: WAR-
 UM EIN KRISENDIENST
 DIE KNAPPEN RES-
 SOURCEN DES SYSTEMS
 SCHONT

KAPITEL VII
(FACH-) ÖFFENTLICHKEIT
 70-77

73 AUFKLÄRUNG
 74 FORTBILDUNGEN
 UND FACHLICHE AR-
 BEIT
 75 FACHKREISE

+ *exkurs*
 76 SEELISCHE GESUND-
 HEIT AM ARBEITSPLATZ

WIR MÜSSEN HANDELN. JETZT.

Ein Nothilfesystem, das rund um die Uhr sofort reagiert: Dr. Michael Welschehold im Interview über die Notwendigkeit professioneller Soforthilfe für Menschen in seelischen Notlagen.

Herr Welschehold, warum sind Sie ungeduldig?

Obwohl psychische Erkrankungen laufend zunehmen, ist unser Gesundheitssystem noch immer nicht ausreichend auf diese Entwicklung eingestellt. Wer wegen einer Herzattacke zusammenbricht kann sich darauf verlassen: Es gibt ein Nothilfesystem, das rund um die Uhr sofort reagiert. Für Menschen in seelischen Notlagen gibt es diese Verlässlichkeit nicht. Es kann und darf nicht länger sein, dass ein verzweifelter, in eine akute seelische Notsituation geratener Mensch die Hilfe, die er genauso schnell braucht und auf die er genau den gleichen Anspruch hat wie ein körperlich Kranker vorerhalten bekommt! Das müssen wir endlich ändern, da liegt die Herausforderung.

Was genau fehlt denn im System?

Zu allererst müssen die Betroffenen wissen, an wen sie sich wenden können! Einem verzweifelten, verängstigten Menschen kann man in seiner Not nicht auch noch zumuten, dass er auf die Suche nach dem Ort geht, wo ihm qualifizierte Helfer zur Seite stehen. Es muss in jeder Stadt, jeder Region sofort klar sein, an wen man sich in seelischen Krisen wenden kann. Dort muss qualifiziertes Personal das Problem des Hilfesuchenden abklären und ihn, wenn nötig, direkt an die richtige Stelle weitervermitteln; ob es ein niedergelassener Psychiater, eine Institutsambulanz oder ein Sozialpsychiatrischer Dienst ist. Das allerdings zu gewährleisten, funktioniert nur bei guter Zusammenarbeit. Sämtliche Leistungsanbieter einer Region müssen sich darauf verständigen, wer diese Krisen- und Notfallhilfe übernimmt und wer wofür zuständig ist – ohne Wenn und Aber. Bisher stehen dem immer noch viele strukturelle Hindernisse im Weg, Konkurrenzen und Abgrenzungen, man schiebt sich gegenseitig die Verantwortung zu. Das muss aufhören. Die Betroffenen müssen im Mittelpunkt stehen. Sie haben keine eigene Lobby. Diese Lobby müssen wir sein.

Welche Ideen müssen einem besseren Netz der Hilfe zugrunde liegen?

Jeder zweite Mensch gerät einmal in seinem Leben in eine seelische Krise, in der er auf Hilfe angewiesen ist. Diese Realität muss unser Maßstab sein. Gleichzeitig wissen wir: Niemand ist N U R krank. Unser Ansatz von Krisenhilfe geht davon aus, dass in jeder noch so komplizierten, zugespitzten und schwierigen seelischen Notlage Ankerpunkte zu finden sind, die den Betroffenen erste Schritte in Richtung eines Ausweges aufzeigen. Das ist unser Grundverständnis.

Das heißt: Sie helfen eher zur Selbsthilfe? Das ist ja mehr als ein Schlagwort...

Selbst Menschen mit schweren psychischen Vorerkrankungen sind nach unserer Erfahrung viel eher bereit, sich einem Helfer anzuvertrauen, wenn sie erleben, dass man ihnen mit Respekt und Verständnis begegnet, mit Bereitschaft und Zeit. Helfer müssen glaubhaft vermitteln, dass sie weiterhin auf die Fähigkeiten der Betroffenen setzen, das eigene Leben wieder in die Hand zu nehmen. Diese Haltung, diese Idee müssen wir leben. So ist unser Hilfenetz aufzubauen: Einerseits müssen kundige Krisenbegleiter sofort und kompetent Wege weisen können, andererseits muss die Unterstützung auf das wirklich notwendige Maß begrenzt bleiben. Damit tragen wir zugleich im hohen Maß zur Entstigmatisierung der Psychiatrie bei. Und das beschriebene Krisenverständnis wirkt wie ein Türöffner.

Welche konkreten Schritte fordern Sie?

In München haben wir in den letzten Jahren viel erreicht bei dem Bemühen, Menschen in Krisen den Zugang zu angemessenen Hilfen zu erleichtern. Mit dem 1994 gegründeten Psychiatrischen Krisenzentrum Atriumhaus, einer kbo - Einrichtung, haben wir erprobt und unter Beweis gestellt, was ein wohnortnahes, an den Be-

dürfnissen der Menschen in Krisen ausgerichtetes Hilfe- und Behandlungsangebot leisten kann. Das war unser Ausgangspunkt für die nächsten Schritte. Durch den Zusammenschluss mehrerer in der psychiatrischen Versorgung Münchens gut etablierter Träger ist es schließlich 2007 gelungen, die Krisenversorgung für ganz München auf eine neue Stufe zu heben. Und die Erfahrungen sowohl der Nutzer - Betroffene, Angehörige, Mitbehandler - als auch der Kooperationspartner zeigen: die Idee ist aufgegangen.

Diese Erfahrungen würden wir gerne weitergeben und daraus Forderungen formulieren, die flächendeckend umzusetzen sind.

★ Überall braucht es verbindliche regionale Netzwerkstrukturen mit einer klar benannten „Eingangstür“ / Leitstelle.

★ Für besondere Zielgruppen, z.B. Kinder und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund etc. sind die vorhandenen Konzepte weiter zu entwickeln.

★ Krisenhilfe will gelernt sein! Entsprechend müssen wir Ausbildungsmöglichkeiten eröffnen für die spezifische Expertise, die Krisenintervention braucht.

★ Wesentliche Akteure, die häufig „von Amts wegen“ mit psychischen Notlagen konfrontiert sind, z.B. Hausärzte, Polizei oder Sozialämter, müssen feste Kooperationspartner in den Hilfestrukturen werden.

★ Ganz wichtig: gezielte Öffentlichkeitsarbeit. Nur so können wir es schaffen, dass die Realität psychischer Krisen ebenso wie unsere Hilfeangebote zu einer Selbstverständlichkeit im Alltag werden. Damit sich die Idee durchsetzt: All das gehört zum Leben; man kann damit umgehen und Lösungen finden.

Dr. Michael Welschehold ist Psychiater und systemischer Psychotherapeut. Als Mitbegründer des Atriumhauses, einer viel beachteten kbo - Einrichtung, ist er seit mehr als 20 Jahren bestens mit den vielen Facetten psychiatrischer Krisen- und Notfallbehandlung vertraut. Frühzeitig hat er sich für eine Verbesserung und Profilierung der klinisch-ambulanten Hilfeangebote eingesetzt und auf Münchner Ebene maßgeblich an der erfolgreichen Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen mitgewirkt. Seit 2007 kämpft er als Ärztlicher Leiter des Krisendienstes Psychiatrie München dafür, dass psychiatrische Krisenversorgung ein verbindlich verankerter Baustein im Gesundheitssystem wird.

Das klingt nach einem ziemlich aufwändigen, langwierigen Projekt.

Eigentlich nicht. Lange genug haben wir die unzureichende Versorgungsrealität beklagt und die Defizite beschrieben. Aus fachlicher Sicht gibt es keinen Zweifel: Alles, was ein hilfebedürftiger Mensch in einer akuten seelischen Krise braucht, ist bekannt; das Wissen und die Konzepte sind da. Leistungserbringer, Kostenträger und Politik müssen sich nur zusammentun, um die bürokratischen Hürden unseres Hilfesystems zu überwinden. Es gibt keinen überzeugenden Grund mehr dafür, dass wir das weiter auf unbestimmte Zeit hinausschieben. Wir müssen handeln, und zwar jetzt!

LEITGED

SEELISCHE KRISEN SIND HÄUFIG
KRISEN HABEN VIELE GESICHTER
KRISEN BRAUCHEN SOFORTHILFE
KRISE STATT KRANKHEIT
DIE KRISE GEMEINSAM MEISTERN



DANKEN

Was ist normal? Wann kann man von Krise sprechen? Braucht jede Krise professionelle Unterstützung? Und welche ist wann die richtige? Im folgenden Kapitel werden die Leitgedanken und Grundsätze des Krisendienstes Psychiatrie München vorgestellt.

SEELISCHE KRISEN SIND HÄUFIG

Seelische Krisen sind häufig. Krisen gehören zum Leben. Jeder Mensch wird im Laufe seines Lebens mit Situationen konfrontiert, die Veränderung, schmerzhaft Einschnitte, Sorgen oder Leid bedeuten. Manchmal wird dabei das innere Gleichgewicht so stark erschüttert, dass die gewohnten Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichen. Überforderung, Verunsicherung, vielleicht auch das Gefühl von Ausweglosigkeit stellen sich ein.

Nicht bei jedem Menschen haben die gleichen Ereignisse die gleiche Wirkung. Die seelische Widerstandsfähigkeit hängt von vielen individuellen Faktoren ab: Persönlichkeit, aktuelle Lebenssituation, körperliche und seelische Gesundheit, sozialer Halt. Allerdings gibt es persönliche Umstände, die besonders geeignet sind, einen Menschen aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen: schwere Verluste, traumatische Erlebnisse, Entwurzelung, psychische Erkrankungen wie Depression, Sucht, Psychose oder eine beginnende Demenz.

Und fraglos ist auch, dass wir uns in einem gesellschaftlichen Wandel befinden, der für viele Menschen eine große Herausforderung darstellt. Erhöhter Leistungsdruck, Verdichtung und Beschleunigung, Vereinzelung und familiäre Patchwork-Situationen, Verschiebung von Kommunikation und Erleben in virtuellen Welten.

Die Zunahme an seelischen Krisen und Störungen, demetwegen Menschen professionelle Hilfe suchen, ist in diesem Zusammenhang zu sehen.

Erfreulich ist, dass es eine Gegenbewegung dazu gibt – ein höheres Bewusstsein für die Selbstverantwortlichkeit des Einzelnen seiner körperlichen und seelischen Gesundheit gegenüber, für einen achtsamen Umgang mit sich und den Anderen, aber auch für die vielfältigen Möglichkeiten, sich fachkundige Hilfe zu suchen.

„Nicht bei jedem Menschen
haben die gleichen Ereignisse
die gleiche Wirkung.“

KRISEN HABEN VIELE GESICHTER

Seelische Krisen können akut auftreten und ohne jede Vorankündigung, z. B. nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen, einem Unfall, einer Gewalterfahrung. Seelische Krisen können sich aber auch allmählich entwickeln, ausgelöst durch lebensverändernde Umstände, wie die Geburt eines Kindes, Umzug oder Migration, Verlust der Arbeit, Pensionierung oder auch das Fortschreiten einer schweren körperlichen Erkrankung. Entsprechend breit ist das Spektrum an „Symptomen“ und „Zustandsbildern“, die Menschen in einer seelischen Krise zeigen. Sie reichen von depressiven Versagensängsten mit sozialem Rückzug bis zum von Größenideen getriebenen Tatendrang bei einer akuten Manie.

Den meisten Menschen, die in einer seelischen Krise stecken, ist ihr eigener Zustand subjektiv als solcher bewusst: sie erleben eine Erschütterung ihres inneren Gleichgewichtes, sind voller Sorge, Angst, Hoffnungslosigkeit, oft Verzweiflung. Es gibt aber auch Menschen, die sich in einer schweren seelischen Krise befinden und jede Hilfe ablehnen. Zum Teil liegt das an der Erkrankung und einer durch sie veränderten Wahrnehmung, zum Teil aber auch an negativen Erfahrungen mit dem psychiatrischen Hilfesystem. Oft handelt es sich dabei um Menschen mit Psychosen, Suchterkrankungen, oder seelischen Verwirrtheitszuständen.

Egal um welche Art seelischer Krise es sich handelt - für alle diese Menschen will der Krisendienst Psychiatrie München – so sie keine andere Anlaufstelle haben - Ansprechpartner sein. Ohne Ausschlusskriterien; ohne Wertung als „echte“ oder „weniger echte“ Krise.

„Ohne
Ausschlusskrite-
rien. Ohne
Wertung.“

KRISEN BRAUCHEN QUALIFIZIERTE SOFORTHILFE

In einer seelischen Krise haben Menschen die Grenzen ihrer Belastbarkeit erreicht. Sie befinden sich in einem emotionalen Ausnahmezustand. Meist sind sie verunsichert, besonders empfindlich und verletzlich, dadurch aber auch in verstärktem Maße beeinflussbar, empfänglich und offen für Einflüsse von außen. Gefährdung und Neuorientierung liegen in der Krise dicht beieinander. Gelingt es in einer krisenhaft zugespitzten Lage nicht, eine Wendung herbeizuführen, besteht das Risiko, dass sich negative Gefühle oder ungünstige Verhaltensweisen verfestigen und längerfristige seelische oder soziale Störungen auftreten.

Professionelle Hilfe, rasch und unbürokratisch verfügbar, kann diese Entwicklung verhindern: indem der Brennpunkt der Krise gezielt erkundet und herausgefunden wird, wie dringend welche Form von Hilfe notwendig ist.

Schafft es der Krisenhelfer, den in eine Krise geratenen Menschen rasch zu entlasten, trägt dies langfristig zu einer Vertrauensbildung in das psychiatrische Hilfesystem bei. Erleben Menschen demgegenüber den Erstkontakt mit der Psychiatrie als übergriffig oder gar demütigend, kann dies zu weiterer Traumatisierung mit nachfolgender Ablehnung von Hilfe führen. Damit diese Vertrauensbildung gelingt, braucht es am Krisentelefon speziell geschulte Fachkräfte, die gewährleisten, dass vom ersten Moment an diagnostische Abklärung, Gefahrenabwägungen und therapeutische Krisenintervention Hand in Hand gehen.

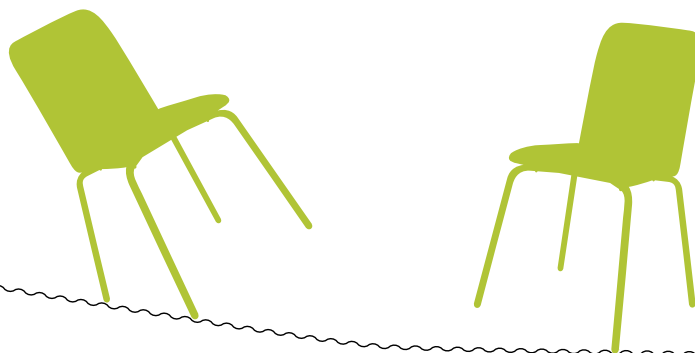
Eine multiprofessionelle Zusammensetzung der Teams soll zudem sicherstellen, dass psychologische, medizinische und soziale Aspekte der Krise gleichermaßen in die Entscheidung zum weiteren Vorgehen einfließen.

Wann immer eine Krise medizinisch-psychiatrische Anteile hat – wenn z. B. der Verdacht auf eine seelische oder körperliche Erkrankung vorliegt, Selbst- oder Fremdgefährdung im Raum stehen oder die Notwendigkeit einer Unterbringung ohne Zustimmung des Betroffenen – muss es, wie beim Krisendienst Psychiatrie München, möglich sein, direkt und sofort fachärztliche Kompetenzen hinzuzuziehen.



„Gefährdung
und **Neuorientierung** liegen in
der Krise dicht beieinander.“

KRISE STATT KRANKHEIT



Seelische Gesundheit ist kein selbstverständliches Gut. So wie es zur körperlichen Gesunderhaltung das aktive Zutun des Einzelnen braucht – ein ausgewogenes Maß und eine angemessene Form von Selbstfürsorge – braucht es dies auch für die seelische Gesundheit. Das Repertoire an Anleitungen zu Ausgewogenheit, Zufriedenheit und Glück ist umfassend und enthält für Jede und Jeden etwas Geeignetes. Dennoch: Vor seelischen Krisen ist niemand gefeit.

Ein dynamisches Modell von Gesundheit und Krankheit, wie es der Krisendienst Psychiatrie München als Leitgedanken hat, ist getragen von Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit des Geschehens. Da ihm der Beigeschmack des Unabänderlichen und Schicksalhaftem fehlt, der herkömmlichen Krankheitsmodellen häufig anhaftet, erfährt es bei Betroffenen ebenso wie bei Fachleuten eine positive Resonanz.

Den eigenen seelischen Ausnahmezustand, egal auf welchem Hintergrund er entstanden ist, als Krise zu verstehen, trägt zu einem veränderten Selbstverständnis von Menschen in seelischen Notlagen bei. Eine Krise ist bewältigbar. Sie hat einen Anfang und ein Ende. Die Situation ist nicht ausweglos. Es gibt Ressourcen und Lösungen. Möglicherweise liegt in der Bewältigung der Krise sogar eine Chance zur Neuorientierung.

„Seelische Gesundheit und seelische Krankheit sind Pole eines Kontinuums.“

Auch wenn in seelischen Ausnahmezuständen das Wahrnehmen, Denken und Fühlen, die Stimmungen und Affekte, das zwischenmenschliche und soziale Verhalten in für die Umwelt oft beängstigender und verstörender Art verändert ist: niemand ist nur krank, niemand ist nur gesund. Seelische Gesundheit und seelische Krankheit sind Pole eines Kontinuums. Und krisenhafte Zuspitzungen sind Ausschläge, z. T. dramatische Ausschläge, in einer Entwicklung, die zu jedem Zeitpunkt in Bewegung ist.

„Eine Krise hat einen Anfang und ein Ende.“

DIE KRISE GEMEINSAM MEISTERN

Wenn in einer Krise die Kräfte der Betroffenen und ihres Umfeldes erschöpft sind, gewohnte Bewältigungsstrategien versagen und die Situation ausweglos erscheint, braucht es schnell und unbürokratisch professionelle Hilfe.

Krisenhelferin und Betroffener bilden ab jetzt ein Team, um die Krise gemeinsam zu meistern. Ob die Krise auf dem Boden einer psychiatrischen Erkrankung entstanden ist, durch psychosoziale Belastungen oder durch eine Kombination aus beiden ist nur insofern wichtig, als die Krisenhelferin in der Lage sein muss, die Notsituation fachkundig zu erkennen, zu bewerten und die angemessenen Schritte einzuleiten. Die Einschätzung einer eventuellen Selbst- oder Fremdgefährdung steht hier natürlich an erster Stelle. Sind Leben oder körperliche Unversehrtheit bedroht, geht es also um einen psychiatrischen Notfall, gilt es, sofortige Hilfe auf psychiatrischer Ebene einzuleiten. Bis die akute und unmittelbare Gefährdung überwunden ist, geht die Verantwortung weitgehend auf die Krisenhelferin über.

In vielen anderen Fällen ist Krisenintervention partizipativ, setzt auf Kommunikation und Kooperation. Zumindest ab dem Zeitpunkt, an dem eine erste Beruhigung

und Entlastung eingetreten ist. Jetzt hilft der Krisenbegleiter bei der Entwirrung der oft hohen Komplexität, bei der Sortierung der Problembereiche, bei Priorisierung und Fokussierung. Durch dieses Ordnen und Strukturieren vermittelt er, dass die Krise bewältigbar ist. Und er setzt der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung der Betroffenen stellvertretend seine eigene Hoffnung entgegen. Immer von entscheidender Bedeutung ist dabei das Anknüpfen an die subjektive und individuelle Situation der Betroffenen, das Erspüren und sich Verbinden mit ihren gesunden Anteilen, das wo immer mögliche Einbeziehen des sozialen Umfeldes.

Ein tragfähiges Ergebnis erreicht Krisenintervention dann, wenn auf Mitwirkung des Betroffenen im Sinne einer Behandlungspartnerschaft gebaut wird und wenn die Lösungen an seinem Lebensfeld ansetzen.

Ist eine hinreichende Deeskalation eingetreten, wird der Betroffene dabei unterstützt, die Krise als zum Leben gehörend anzunehmen, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu üben und Risikofaktoren für mögliche erneute Krisen frühzeitig zu erkennen, um diese dann selbst oder mit professioneller Hilfe anzugehen.



„Krisenhelfer und Betroffener
bilden ein **Team**.“

„ Ein tragfähiges Ergebnis erreicht Krisenintervention dann, wenn auf Mitwirkung des Betroffenen im Sinne einer **Behandlungspartnerschaft** gebaut wird und wenn die Lösungen an seinem Lebensfeld ansetzen.„

LEISTUNG

**LEISTUNGSPROFIL UND HILFEANGEBOT
ERSTABKLÄRUNG UND SCREENING
INFORMATION UND BERATUNG
TELEFONISCHE KRISENINTERVENTION
VERMITTLUNG INS AMBULANTE
VERMITTLUNG INS STATIONÄRE
KRISENEINSÄTZE VOR ORT**



LEISTUNGSPROFIL

Welche Bausteine ein regionales Krisenhilfenetzwerk braucht, war spätestens seit dem im Jahr 2000 vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen veröffentlichten „Rahmenkonzept für ein ambulantes Kriseninterventionssystem“ bekannt:

Eine telefonische Anlaufstelle für Abklärung und Screening, Beratung, Empfehlung, Weitervermittlung und telefonische Krisenintervention
Ambulante Krisenintervention
Mobile, aufsuchende Krisenintervention vor Ort
Stationäre Krisenbehandlung

Bei seiner Gründung im Jahr 2007 orientierte sich der Krisendienst Psychiatrie München an dieser Vorgabe.

LEISTUNGSPROFIL UND HILFEANGEBOT

● **Information über Beratungsstellen und andere Hilfen, z.B.**
Sozialpsychiatrische Dienste
Gerontopsychiatrische Dienste
Spezialberatungsstellen
Selbsthilfe

● **Kriseneinsätze vor Ort**
durch die mobilen Teams des
KPM, unterstützt durch den Psy-
chiatrischen Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen Vereinigung
Bayerns KVB

**Leits
Krisen
Psychiatrie**

täglich

**Erstabklärung
Information u
Telefonische Kri
Vermi
Lotsen**



Stelle Krisendienst München

9-21 Uhr

und Screening
und Beratung
Krisenintervention
Ermittlung
Krisendienst



Zuweisung zur stationären Behandlung

kbo-Klinikum München-Ost
kbo-Atriumhaus
kbo-Klinik Nord
andere psychiatrische Kliniken



Vermittlung von ambulanten Krisenterminen

kbo-Ambulanzen
Niedergelassene Psychiater
Sozialpsychiatrische Dienste
KPM-Beratungsteams

Wissen Sie
nicht mehr
weiter?
Fühlen Sie
sich überfor-
dert?
Scheint die
Situation
ausweglos?



ERSTABKLÄRUNG UND SCREENING

Zentraler Baustein wurde die **Leitstelle**, die fachärztlich geleitet und **täglich von 9.00 bis 21.00 Uhr** mit geschulten psychiatrischen Fachkräften besetzt ist.

Hier geht es zunächst darum, ob der Anrufer nur eine Information oder eine Beratung sucht, oder ob es sich um eine akute seelische Notlage, eventuell sogar um einen psychiatrischen Notfall handelt.

Wer ist betroffen und beteiligt? Wie hoch ist der emotionale Druck? Wie stark sind Anspannung, Angst, Aggression, Verzweiflung? Stehen gar Suizidgedanken oder -absichten im Raum? Oder eine Gefährdung für Dritte?

Kommt die Krisenberaterin zu der Einschätzung, dass es sich um eine akute Krise handelt, wird sie Informationen zur aktuellen Situation, zu einer eventuellen psychiatrischen Vorgeschichte und Vorbehandlung, vor allem aber eine mögliche Gefährdung für den Betroffenen oder Dritte erkunden.

Gleichzeitig wird sie versuchen herauszuhören, was der Betroffene selbst will, wie er selbst seine Not einschätzt, welche Hilfe er bereit und in der Lage ist, anzunehmen.

Steht es für die Krisenberaterin außer Frage, dass professionelle Hilfe angezeigt ist, geht es darum einzuschätzen, welche Art von Hilfe anzuraten ist, wie dringlich und mit welchem Ziel, wo diese Hilfe stattfinden soll und wie Betroffene und Hilfe zusammenfinden.

Ist es der Krisenberaterin gelungen, die Betroffenen mit ins Boot zu holen, werden gemeinsam die nächsten Schritte vereinbart und bei Bedarf in die Wege geleitet. Gelingt dies nicht und besteht eine akute Gefährdung, bleibt letztlich nur die Veranlassung eines Vorort-Kriseneinsatzes mit eventuell notwendigen Folgeschritten.

INFORMATION UND BERATUNG

Bei weitem nicht jeder, der die Telefonnummer der Leitstelle wählt, benötigt sofortige therapeutische Krisenhilfe.

Oft sind es schwelende seelische, emotionale, zwischenmenschliche oder psychosoziale Problemlagen, die einen Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt veranlassen, um Rat zu fragen.

Dann genügt meist eine kundige Information und Beratung, welche allerdings voraussetzt, dass die Fachkräfte am Telefon über fundierte Kenntnisse aller relevanten Hilfeangebote in der Region inklusive deren Zugangsbedingungen, Kontaktdaten etc. verfügen und diese unmittelbar an den Anrufer weitergeben können.

TELEFONISCHE KRISENINTERVEN- TION

In seelischen Krisen erleben die Betroffenen sich häufig als sich selbst fremd, können ihre Gefühle und Reaktionen nicht verstehen und einordnen, fühlen sich nicht mehr „normal“ – gerade dann, wenn sie das erste Mal mit einer solchen Situation konfrontiert sind. Dies ist ängstigend und bedrohlich. Telefonische Krisenintervention setzt hier an und kann unmittelbare Entlastung erwirken: Ein zugewandter, kompetenter und gelassener Mensch, der nachfragt und beruhigt, der klären und ordnen hilft, der erklärt und normalisiert, der stellvertretend Hoffnung vermittelt und konkrete Auswege aufzeigt, wo dies für die Betroffenen (noch) nicht möglich ist. Die telefonische Krisenintervention und das Angebot, sich bei Bedarf ein weiteres Mal zu melden, ist für viele Klienten zunächst ausreichend.

Auch für Menschen, die im Verlauf von psychischen Erkrankungen immer wieder krisenhafte oder seelisch instabile Situationen erleben, kann telefonische Krisenintervention unterstützen und überbrücken, beispielsweise bis zum nächsten regulären therapeutischen Kontakt. Häufig geht es darum, die eigentlich vorhandenen aber momentan „verlorenen“ Ressourcen der Klienten zur Stabilisierung und Selbstregulation zu reaktivieren, die nächsten Stunden oder Tage zu strukturieren und durch das gemeinsame Herausfinden von konkreten und pragmatischen Strategien die Selbstwirksamkeit zu stärken.



Allein das Wissen um die Möglichkeit, den Krisendienst zu kontaktieren, ist oft schon entlastend genug. Und der Anruf selbst ist gar nicht mehr nötig.

VERMITTLUNG IN AMBULANTE KRISENBEHANDLUNG

Wenn eine telefonische Beratung oder Krisenintervention nicht hinreichend zur Entlastung beiträgt und ohne rasche therapeutische Hilfe eine weitere Zuspitzung oder Verschlimmerung droht, wird der Krisenberater am Telefon versuchen, der Klientin einen ambulanten Soforttermin anzubieten.

Je nach Problemlage kann dies sein:



Bei einem niedergelassenen Psychiater oder einer Nervenärztin – der KPM hat mit ca. 10 Münchener Praxen eine Verabredung zu tagesgleichen Notfallterminen.



In einer der drei Münchner kbo-Ambulanzen, die täglich Krisentermine freihalten – dem Atriumhaus für München Süd und West, der Leopoldstraße 175 für München Nord, dem Standort Haar für München Ost.



Bei einem Sozialpsychiatrischen Dienst – jeder der vier Münchener psychiatrischen Versorgungssektoren hat einen sogenannten Schwerpunkt-SPDi, der tagesgleiche Krisentermine anbietet.



Bei einem Beratungsteam des KPM.

Die konkrete Organisation dieser Termine wird durch die Leitstelle durchgeführt.

VERMITTLUNG IN STATIONÄRE KRISENBEHANDLUNG

In manchen akuten Notlagen und wenn eine Gefährdung nicht anders abzuwenden ist, kann eine stationäre psychiatrische (Krisen-)Behandlung die geeignete Hilfe sein.

Sie bietet Milieuwechsel und Schutz, aber auch den Rahmen für eine intensive psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung.

Die kbo-Krisen-, Akut- und Spezialstationen in München, aber auch anderer Kliniken stehen dafür zur Verfügung.

Der Krisendienst berät und unterstützt bei der Suche nach dem passenden stationären Behandlungsangebot und leitet bei Bedarf die stationäre Einweisungen in die Wege.



VERANLASSUNG VON KRISENEINSÄTZEN VOR ORT

In akuten, komplexen Krisensituationen und bei hoher Dringlichkeit kann sofortige aufsuchende Hilfe durch ein mobiles Einsatzteam des Krisendienstes erforderlich sein: Wenn Angehörige, Umfeld oder Helfer nicht mehr weiter wissen, wenn Betroffene nicht mehr „erreichbar“ sind, wenn akute Gefahr droht. Vor Ort geht es dann um Deeskalation, Einschätzung von Gefährdung, Entlastung von Mitbetroffenen, Veranlassung nächster Schritte. Wenn erforderlich, wird fachärztliche Unterstützung hinzugezogen, bei Bedarf auch Polizei oder Rettungsdienste.



ORGANISATION

**STRUKTUR
FINANZIERUNG
PERSONAL
QUALITÄTSSICHERUNG**
+ exkurs HERZ UND KOPF. HAND UND FUß.



ORGANISATION

Ein komplexes Gebilde - wie funktioniert der Krisendienst? Nach innen, nach außen? Wer ist beteiligt an welchen Entscheidungen? Wer steuert den Kurs? Neben Informationen zu Struktur und Organisation des Krisendienstes Psychiatrie München kommen in diesem Kapitel auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Wort.

STRUKTUR

Der Krisendienst Psychiatrie München ist organisiert als Verbund von fünf in der psychiatrischen Versorgung Münchens etablierten Trägern klinischer und ambulant-sozialpsychiatrischer Einrichtungen:

Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V.
Diakonie Hasenberg e.V.
gemeinnützige GmbH des Projektevereins
Soziale Dienste Psychiatrie gemeinnützige GmbH
kbo-Isar-Amper-Klinikum
in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.



Im Lenkungsausschuss,
dem Steuerungsorgan des KPM, sind neben den fünf
Trägern weitere wichtige Akteure aus der regionalen
psychiatrischen Versorgung vertreten:

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

Die Integration und Verbindung von psychiatrischem (SGB V) und psychosozialen Versorgungsbereich (SGB XII), sowie die multiprofessionelle Ausrichtung spiegeln sich auf allen Ebenen der Organisation des Krisendienstes Psychiatrie München wider:



Der **Vorstand**,
gewählt von den beteiligten Trägern, ist besetzt mit

- dem Geschäftsführer der gemeinnützigen GmbH des Projektevereins, einem Diplom-Sozialpädagogen
- der Geschäftsführerin von Soziale Dienste Psychiatrie gemeinnützige GmbH, einer Diplom-Psychologin
- der Chefärztin des kbo-Atriumhauses und der kbo-Klinik Süd.West, einer Fachärztin für Psychiatrie.



Das **Leitungsteam**
wird durch drei der beteiligten Träger gestellt und umfasst

- den fachärztlichen Leiter (kbo-Atriumhaus)
- eine Diplom-Sozialpädagogin/Master Mental Health (Soziale Dienste Psychiatrie gemeinnützige GmbH)
- eine Diplom-Psychologin (Gemeinnützige GmbH des Projektevereins).



Die **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

in der Leitstelle und in den mobilen Einsatzteams kommen aus den beteiligten Trägerorganisationen.



Die **mobilen Kriseneinsätze** und die persönlichen Krisenberatungen an den KPM-Standorten werden werktags zu den Regelöffnungszeiten durch vier sogenannte Schwerpunkt-SPDi durchgeführt.

In jedem der vier Münchner Versorgungssektoren stellt ein SPDi, dafür ausgestattet mit zusätzlichen personellen Ressourcen, ein Bereitschaftsteam für Aufträge aus der Krisendienst-Leitstelle.

Außerhalb der Öffnungszeiten dieser SPDis, also werktags von 16 - 21 Uhr und an den Wochenenden von 12 - 21 Uhr werden die Vor-Ort-Einsätze durch zwei mobile Krisenteams – eines für München Süd und West, eines für Nord und Ost- durchgeführt. Die Kriseneinsätze erfolgen immer zu zweit. Die Zeit zwischen Telefonat und Eintreffen des Krisenteams vor Ort beträgt in der Regel weniger als 60 Minuten.

Fachärztlich-psychiatrische Kompetenz vor Ort erhält der KPM bei Bedarf durch den psychiatrischen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung mit der seit 2007 diesbezüglich eine Kooperationsvereinbarung besteht.

FINANZIERUNG

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 zehn Planstellen)

die Landeshauptstadt München
(Sachkostenanteil pro Planstelle)

Eigenmittel der beteiligten Träger.

Diese derzeit ausschließliche Finanzierung durch die Eingliederungshilfe (SGB XII) soll angesichts des de-facto-Leistungsspektrums, welches bei krankheitswertigen Zustandsbildern eindeutig medizinisch-psychiatrische Behandlungsleistungen umfasst, dringend ergänzt werden durch eine Finanzierungsbeitragung der Krankenkassen (SGB V).

PERSONAL

Im Rahmen von 10 Vollzeitstellen sind im Krisendienst Psychiatrie München etwa 40 haupt- und nebenberufliche Fachkräfte aus den Berufsgruppen

- ★ Diplom-Sozialpädagogen/innen
- ★ Diplom-Psychologen/innen
- ★ Fachschwestern und -pfleger für Psychiatrie tätig.

Die meisten MitarbeiterInnen haben neben ihren Tätigkeiten beim Krisendienst Psychiatrie München eine Anstellung in einer anderen psychiatrischen oder psychosozialen Einrichtung. Durch diese Personalstruktur ist der Krisendienst Psychiatrie München regional gut verankert und verfügt über ein breites Spektrum an Fachwissen, beruflicher Erfahrung und Vernetzung mit anderen Einrichtungen.

Die KPM-Mitarbeiterinnen sind entweder in der Leitstelle am Telefon eingesetzt oder im mobilen Einsatzdienst; einige in beiden Funktionsbereichen. Keine Fachkraft arbeitet mehr als 30 Stunden im Krisendienst – eine Regelung, die sich aufgrund der speziellen Arbeitsinhalte und –anforderungen bewährt.

Herz und Kopf, Hand und Fuß.

Die Arbeit in einem Notdienst ist geprägt von einer hohen Unvorhersehbarkeit der Anliegen, Ereignisse und Verläufe. Dazu sind die Situationen häufig komplex und unübersichtlich; behaftet mit unklaren, oft widersprüchlichen und konflikthaften Auftragslagen. Ein fortwährender Wechsel von Menschen, Problemen, Lebensgeschichten, ein ausgeprägter Handlungs- und Erwartungsdruck von verschiedenen Seiten, vor allem in Akut- und Gefährdungssituationen, gehört zum Alltag.

„ Wir steigen innerhalb kürzester Zeit ins Boot – nicht immer als gern gesehene Passagiere – , begleiten Menschen in Krisen über eine bestimmte, nicht selten entscheidende Strecke ihres Weges, und übergeben das Ruder, die Ankerwinde, die Navigation wieder an sie selbst und/oder an andere Akteure. “

Um diese Form des kurzen und intensiven „Mitschwimmens“ leisten zu können, sind bei den MitarbeiterInnen des Krisendienstes besondere fachliche ebenso wie persönliche Kompetenzen gefragt:

Sie müssen mit den Methoden und Interventionsformen der Krisenintervention ebenso vertraut sein wie mit den Strukturen der Versorgungslandschaft. Sie müssen sich empathisch und souverän zugleich auf die unterschiedlichsten menschlichen Ausnahmesituationen einlassen und verschiedene Rollen übernehmen. Sie müssen Druck und negative Gefühle aushalten, in der Lage sein, innere Distanz zu wahren, den Mut aufbringen, eigenständige Entscheidungen zu treffen – und all das mit Ruhe, Gelassenheit und klarem Kopf.

+ exkurs

UND WAS SAGEN DIE KPM-M

Um beim KPM zu arbeiten, sollte man...

- ...Gewitztheit mitbringen
- ...mit vielen Wassern gewaschen sein
- ...flexibel, schnell, eigenverantwortlich, überzeugend, selbstorganisiert sein
- ...viel Empathie besitzen
- ...ideenreich sein
- ...die eigenen Regungen beherrschen, kennen und nutzen können
- ...die Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung kennen
- ...viel Erfahrung mit den psychiatrischen Krankheitsbildern haben
- ...die Menschen mögen
- ...mutig sein
- ...Kränkungen aushalten können
- ...mit Verweigerung phantasievoll umgehen
- ...komplexe Situationen mögen
- ...einen langen Atem haben
- ...Prioritäten setzen
- ...sich mit der eigenen Ohnmacht auseinandergesetzt haben
- ...einen Blick haben für das, was sich hinter der vordergründigen Anforderung verbirgt
- ...für sich selbst klare positive Werte im Leben installiert haben
- ...einen stärkenden Ausgleich in anderen Lebensbereichen haben

Um beim KPM zu arbeiten, braucht man...

- ...Herz und Kopf, Hand und Fuß
- ...Kreativität und Flexibilität
- ...starke Nerven
- ...Geduld
- ...viel Kaffee
- ...einen Lastwagen voller Energiedrinks
- ...mindestens zwei offene Ohren

MITARBEITER SELBST DAZU?

- ...die nötige Distanz
- ...ein gutes Team hinter sich
- ...Klarheit im eigenen Denken, Fühlen und Handeln

Beim KPM zu arbeiten, bedeutet für mich

- ...das Leben bis auf den Grund kennenzulernen
- ...viele spannende Erlebnisse und Begegnungen
- ...immer an sich selbst arbeiten zu dürfen
- ...sich einzulassen und oft ebenso schnell wieder auszusteigen
- ...immer wieder Fachlichkeit über das spontane Mitgefühl zu stellen
- ...sich ganz auf die krisenhafte Situation zu konzentrieren und sich nicht von der Gesamtbiografie in die Breite führen zu lassen
- ...die „Sprache“ des Klienten/des Systems zu erfassen und mit dieser zu arbeiten
- ...teilweise mit mehreren Menschen/Gruppierungen gleichzeitig zu tun zu haben
- ...Widersprüche und Ambivalenzen als normal zu betrachten und diese zu nutzen
- ...immer neue Überraschungen
- ...mit den Kuriositäten des Lebens in Kontakt zu kommen
- ...hinter die schönen Fassaden unserer Stadt zu blicken
- ...Menschen da abzuholen und aufzufangen, wo sie stehen
- ...häufig unter Strom zu stehen und dies auch zu mögen
- ...sich einzufühlen in das Leid des Anderen, ohne dabei selbst gefühllos zu werden

+ exkurs

QUALITÄTSSICHERUNG

Der Krisendienst Psychiatrie München will seinen Nutzerinnen und Nutzern einen zuverlässig hohen Qualitätsstandard bieten: Bezüglich Auftreten, professioneller Haltung, fachlicher Kompetenz, sowie Informations- und Wissensstand seiner Mitarbeiterinnen.

Wegen seiner komplexen Organisationsstruktur mit funktionsbezogenen Subteams an verschiedenen Standorten, die es zu integrieren gilt, ist dies eine besondere Herausforderung. Und auch, weil das Leistungsprofil und die Arbeitsabläufe, sowohl in der Leitstelle als auch in den mobilen Teams durch besonders anspruchsvolle Merkmale geprägt sind:



eine hohe Komplexität der Anforderungssituationen mit oft unklarer und konflikthafter Auftragslage



ein ausgeprägter Erwartungsdruck von Seiten der verschiedenen Nutzer



der Abstimmungsbedarf mit den unterschiedlichsten Institutionen und Professionellen



das umfangreiche erforderliche Expertenwissen, sowohl auf Problem- als auch auf Angebotsebene.

Auf den ersten Blick überraschend angesichts des fachlich und persönlich äußerst anspruchsvollen Aufgabenprofils ist die hohe Personalkontinuität und Bindung der MitarbeiterInnen an den KPM.

Tatsächlich bietet das Arbeitsumfeld der ambulanten Krisenintervention

ein lebendiges und vielfältiges Lernfeld: für

die Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung von professioneller Haltung und Handlungskompetenz, für das Fachwissen über strukturelle Zusammenhänge, für den kreativen und gelassenen Umgang mit unvorhersehbaren Situationen. Und nicht zuletzt für das persönliche Wachstum.

Auch wenn der Krisendienst Psychiatrie München bisher nicht im Sinne eines der gängigen QM-Systeme zertifiziert ist, ist es seit 2007 Schritt für Schritt gelungen, eine Vielzahl der für Qualitätssicherung wesentlichen Elemente in seinen Strukturen und Abläufen zu verankern.

QM-Maßnahmen (eine Auswahl)

- ★ Tätigkeitsprofile und ein strukturiertes Einarbeitungsprozedere
- ★ Beschreibung der Kernprozesse auf Grundlage eines Fachkonzeptes
- ★ laufendes Monitoring der Arbeit in der Leitstelle durch das Leitungsteam
- ★ klare Regelungen zum Entscheidungsverfahren zwischen Leitstelle und mobilen Teams bei Vor-Ort-Einsätzen
- ★ Regelungen für zeitnahe fachliche Rücksprache bei schwierigen Situationen und bei besonderen Belastungen
- ★ regelmäßige Team- und Fallbesprechungen, sowie Supervisionen für die einzelnen Funktionsbereiche
- ★ monatliche Mitarbeiterschulungen zu unterschiedlichen Themen mit Fallbesprechungen im Gesamtteam
- ★ jährliche Konzepttage
- ★ verbindliche Regelungen zur Kommunikationsstruktur inklusive Rundschreiben und Besprechungsmatrix
- ★ verschriftlichte mitgeltende Unterlagen und Formulare
- ★ ein definiertes Dokumentationssystem einschließlich einer kundenbezogenen Datenbank
- ★ Regelungen zum Beschwerdemanagement und zum Umgang mit besonderen Ereignissen
- ★ eine klare Gremienstruktur mit definierten Zuständigkeiten
- ★ Regelungen zum Controlling und zur Steuerung
- ★ jährliche Daten- und Leistungsberichte
- ★ ein fortlaufend aktualisiertes EDV-gestütztes Informationssystem mit sämtlichen relevanten Daten zum regionalen Versorgungssystem

Das Leitungsteam des Krisendienstes Psychiatrie München sieht in diesem Regelsystem eine zuverlässige, den Mitarbeiterinnen Sicherheit gebende Basis, deren Vorgaben es stetig zu überprüfen und weiterzuentwickeln gilt. In diesem Sinn versteht sich der Krisendienst Psychiatrie München als eine

„lernende Organisation“ und pflegt eine Kultur, die individuelles Handeln zulässt, Fehler toleriert und in schwierigen Situationen hinter den Mitarbeiterinnen steht.

ZAHLEN & FAKTEN

**ZAHLEN & FAKTEN
2007 - 2013 IM ÜBERBLICK**

**+ *exkurs* SUIZIDALITÄT. TODESWÜNSCHE.
LEBENS MüDIGKEIT.
PSYCHISCHE KRISEN UND SUIZIDALITÄT
IM ALTER.**



& FAKTEN

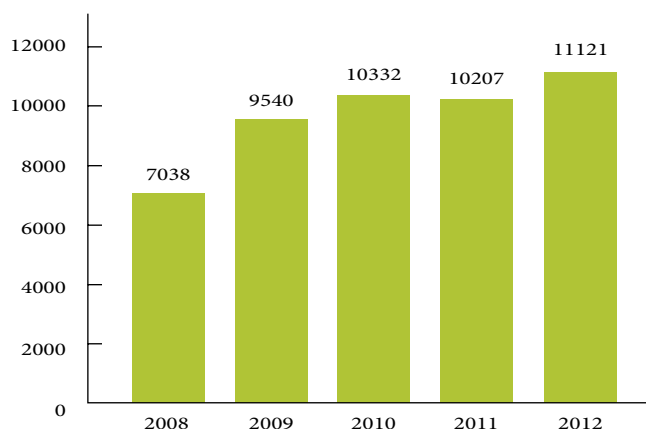
10.000 mal im Jahr wird der Krisendienst angerufen und immer sind es ganz unterschiedliche Anliegen, aufgrund derer sich Menschen an ihn wenden. Doch wie lässt sich die Arbeit eines Krisendienstes in Zahlen fassen? Und welche Schlussfolgerungen können wir daraus ziehen für weitere Entwicklungen?

Ausgewählte Zahlen und Fakten zeigen, wie sich die Inanspruchnahme des Krisendienstes Psychiatrie München seit dessen Gründung im Jahr 2007 entwickelt hat, mit welchem Spektrum an Krisen und Anliegen sich Nutzer an uns wenden und welche Bandbreite an Hilfeleistungen sich daran anschließt.

WIE HÄUFIG WIRD DER KRISENDIENST ANGEFRAGT?

Die telefonische Inanspruchnahme der Leitstelle hat - bei nur geringfügiger personeller Erweiterung - seit Gründung des KPM deutlich zugenommen.

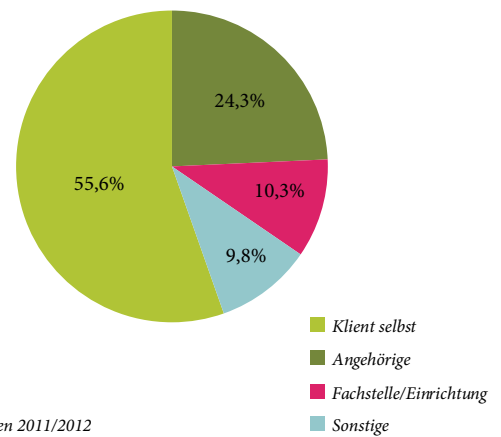
Diese Entwicklung spiegelt einerseits den hohen Bedarf an psychiatrischer Krisenhilfe wider, bestätigt andererseits die Etablierung des KPM im Versorgungssystem und seine Bekanntheit bei den Münchner Bürgerinnen und Bürgern.



Telefonkontakte gesamt 2008-2012

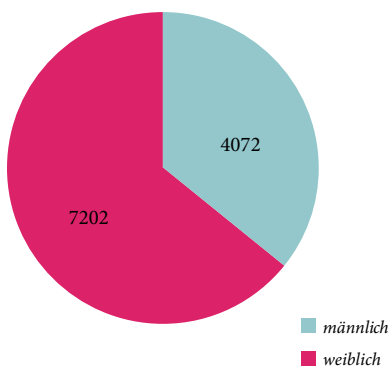
WER RUFT AN?

In mehr als der Hälfte der Fälle melden sich die von einer Krise betroffenen Menschen selbst. Familienangehörige und andere „Dritte“ bilden die zweithäufigste Anrufergruppe. Das Spektrum an Fachstellen und Institutionen, die sich an den Krisendienst wenden – etwa 10% der Anrufer – reicht von psychiatrischen und sozialen Einrichtungen über ärztliche und psychotherapeutische Praxen, MitarbeiterInnen der Bezirkssozialarbeit bis zur Polizei. Ebenso vielfältig sind die „sonstigen“ Anrufer: Arbeitskollegen, Lehrerinnen, Hausverwaltungen, Nachbarn etc.

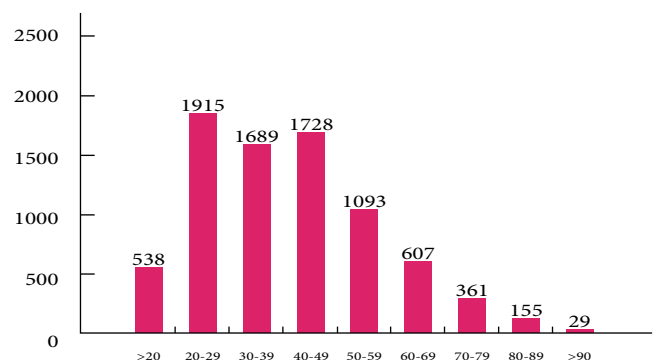


Anrufergruppen 2011/2012

Bei knapp zwei Drittel der Menschen in seelischen Krisen, die Hilfen des Krisendienstes in Anspruch nehmen, handelt es sich um Frauen. Der Großteil der Klientinnen und Klienten findet sich in der Altersgruppe zwischen 20 und 49 Jahren.



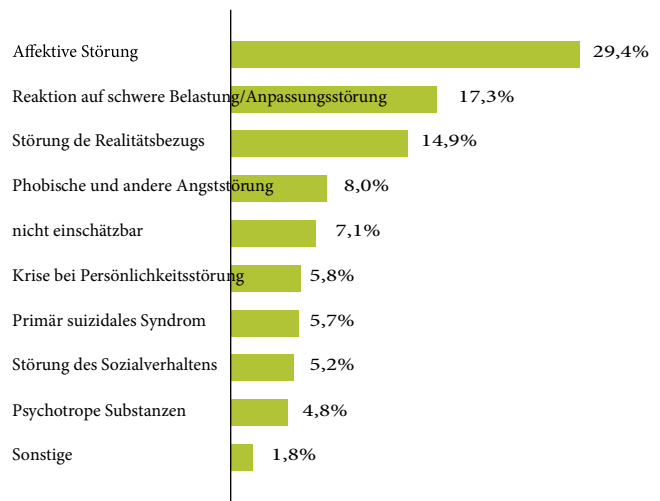
Telefonische und persönliche Krisenintervention 2011/2012: Verteilung nach Geschlecht



Telefonische und persönliche Krisenintervention 2011/2012: Verteilung nach Alter

UM WELCHE SEELISCHEN KRISEN HANDELT ES SICH?

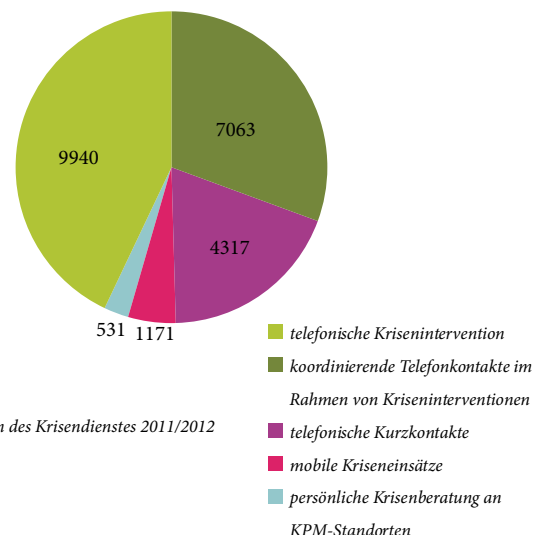
Im telefonischen Kontakt treffen die MitarbeiterInnen der Leitstelle eine Einschätzung über die Art der Krise und ordnen diese einem so genannten Leitsyndrom zu. An erster Stelle stehen Krisen in Verbindung mit affektiven, meist depressiven Störungen, gefolgt von Belastungsreaktionen auf unterschiedliche krisenauslösende Ereignisse, sowie an dritter Stelle Störungen des Realitätsbezuges, also psychotische Zustände. Diese sind wiederum die häufigste Indikation für einen Vor-Ort-Kriseneinsatz.



Leitsyndrome bei telefonischer Krisenintervention 2011/2012

WELCHE ANLIEGEN HABEN DIE ANRU- FER UND WELCHE HILFELEISTUNGEN ERGEBEN SICH DARAUS?

Das Spektrum der Anfragen reicht – und das ist im Sinne von „Niedrigschwelligkeit“ gewünscht – von Informations- und Beratungsanliegen über Anrufe bei wiederkehrenden seelischen Problemlagen bis zu Hilfeansuchen bei akuten Notfällen, oft gepaart mit Suizidalität. Entsprechend breit gefächert sind die Hilfeleistungen des Krisendienstes: von Kurzinformationen und –beratungen über telefonische Krisenintervention mit Zuweisung zu weiterführenden Hilfen bis zu Vor-Ort-Einsätzen oder persönlichen Krisenberatungen an den KPM-Standorten.



Hilfeleistungen des Krisendienstes 2011/2012

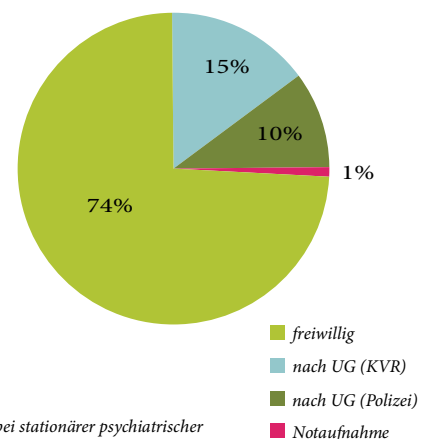
WIE HÄUFIG SIND AKUTE KRISEN UND NOTFÄLLE?

Die Häufigkeit von Kriseneinsätzen vor Ort und tagesgleichen persönlichen Terminen zur Krisenintervention an den KPM-Standorten ist parallel zur telefonischen Inanspruchnahme seit Gründung des KPM kontinuierlich angestiegen und hat sich auf hohem Niveau stabilisiert. Durch verbindliche Kooperationsabsprachen mit den psychiatrischen Ambulanzen (PIAs), niedergelassenen Nervenärzten und sozialpsychiatrischen Fachstellen haben sich mittlerweile die Soforthilfeangebote für Menschen in seelischen Krisen erhöht, worauf der leichte Rückgang der Einsatzzahlen bei gleichzeitig steigender Gesamtauslastung zurückzuführen ist.



WIE VERLAUFEN DIE PERSÖNLICHEN KRISENINTERVENTIONEN?

Etwa 65% der Akutsituationen konnten durch eine Krisenintervention vor Ort aufgefangen und ohne sofortige weitere Maßnahmen stabilisiert werden. Bei 15% wurde eine stationäre psychiatrische Behandlung veranlasst, die in fast 75% der Fälle auf freiwilliger Basis erfolgen konnte. In 4% erfolgte die sofortige Zuweisung in eine psychiatrische Institutsambulanz. Die Einsatzteams unterstützten auch beteiligte Angehörige (5,5%), und/oder leiteten ambulant-sozialpsychiatrische Hilfen (5%) in die Wege.



2007-2013 IM ÜBERBLICK

Von 2007 bis 2013 haben die telefonischen Anfragen an den Krisendienst Psychiatrie München stetig zugenommen: Von 7.038 im Jahr 2008 auf 11.121 im Jahr 2012.

Während in den ersten drei Jahren die Angehörigen als Anrufende an erster Stelle standen, sind dies inzwischen mit mehr als 50% die Betroffenen selbst. Fast genauso oft wenden sich Angehörige, Arbeitskolleginnen, Lehrer, Nachbarn, Freunde oder andere Mitbetroffene an die Leitstelle, wenn sie im Kontakt mit einem nahen Menschen, der in eine seelische Krise geraten ist oder an einer psychischen Erkrankung leidet, nicht weiter wissen. Die drittgrößte Anrufergruppe, die sich ratsuchend an die KPM-Leitstelle wendet, sind Professionelle: Haus- und Fachärzte, Psychotherapeutinnen, (psycho) soziale Beratungsstellen, FachkollegInnen aus sozialpsychiatrischen Einrichtungen.

Auf die große Bandbreite an Hilfeansuchen, die von Informationsfragen und dem Anliegen nach kollegialer Beratung über psychosoziale Belastungssituationen bis zu dramatischen psychiatrischen Notfällen reichen, reagieren wir mit einem entsprechend breitem Spektrum an Krisenberatungs- und behandlungsleistungen.

07 08 09 10

Nur etwa die Hälfte der mehr als 10.000 jährlichen Anrufer benötigt eine telefonische Krisenintervention im engeren Sinn. Den anderen ist mit einem Gespräch, das Entlastung, Beratung und Informationen bietet, hinreichend geholfen. Von den Anrufern mit deutlicher Akuität und konkretem Hilfebedarf – also etwa 5.000 pro Jahr – bedürfen ca. zwei Drittel einer über die telefonische Krisenintervention hinausgehende professionelle Unterstützung. In den meisten Fällen ist dies eine ambulante Krisenbehandlung oder -beratung: Je nach Art der Krise in der zuständigen kbo-Ambulanz, beim niedergelassenen Psychiater oder Nervenarzt, bei einem Sozialpsychiatrischen Dienst.

Ein sofortiger Vor-Ort Einsatz wie er bei hoher Dringlichkeit oder Gefährdung sowie bei unklaren und komplexen Situationen veranlasst wird, ist bei etwa 7-8% der Anrufer, also ca. 700 – 800 mal im Jahr, notwendig.

Die Veranlassung einer sofortigen stationären Behandlung ist nur im Rahmen von ca. 15% der Kriseneinsätze notwendig und gelingt überwiegend auf freiwilliger Basis.



1112 13

SUIZIDALITÄT, TODESWÜNSCH

Wann immer eine schwere seelische Krise vorliegt, gilt es für den Krisenhelfer, eine mögliche Selbstgefährdung abzuklären. 80% aller Suizide nämlich - davon ist auszugehen - erfolgen auf dem Hintergrund einer seelischen Erkrankung.

Bei ca. 10% der Menschen, die durch den Krisendienst Psychiatrie München eine telefonische oder persönliche Krisenintervention erhalten, liegt ein sogenanntes suizidales Syndrom vor, was bedeutet, dass es sich um Menschen handelt, die die deutliche Absicht haben, sich das Leben zu nehmen. Sehr viel häufiger allerdings, nämlich bei etwa jedem vierten Anruf, wenden sich verzweifelte Menschen in ausweglos erscheinenden Situationen an den Krisendienst; berichten von diffusen Todeswünschen, bringen ihre Lebensmüdigkeit zum Ausdruck.

Jede suizidale Krise hat für alle Beteiligten zunächst immer einen bedrohlichen Charakter - für den betroffenen Menschen, der keinen Ausweg sieht, für die Angehörigen, für sonstige beteiligte Dritte. Und auch für die professionellen Krisenhelfer ist jede suizidale Situation eine neue Herausforderung.

Für sie ist es wichtig zu wissen, dass zwischen der Erwägung eines Suizides und dem Entschluss zur Ausführung in der Regel eine Wegstrecke mit einer Reihe von Zwischenstadien liegt, in der die Krisenintervention ihren Ansatz findet.

Das spezifische fachliche Repertoire, Menschen in suizidalen Krisen zu helfen, ist mittlerweile umfangreich und erprobt. Doch welche Kompetenzen sind es, die der Krisenhelfer braucht, um Suizidalität einzuschätzen? Welche Regeln muss er beachten im Umgang mit suizidalen Menschen?

„Suizidalität
offen, direkt
und nicht
wertend
anspre-
chen!“

SCHE, LEBENSMÜDIGKEIT,

Strategien zur Krisenintervention am Telefon bei suizidalen Menschen

- Suizidale Hinweise ernst nehmen und als Notsignal akzeptieren
- Suizidalität direkt ansprechen: Gedanken, Impulse, Vorbereitungen, Ankündigungen
- Den Anrufer beim Namen nennen und dadurch die Basis für eine persönliche Beziehung schaffen
- Wer anruft, hängt noch am Leben – oft ein letzter Versuch, zu reden
- Zeit gewinnen, wissend, dass die Höhepunkte einer suizidalen Krise nur Stunden dauern
- Sorge zeigen
- Keine Angst haben vor Worten und Vorhaben des Anrufers
- Die Ambivalenz Leben-Tod thematisieren und dadurch zum Nachdenken anregen
- Warum-Fragen vermeiden, weil diese den Anrufer in die Ecke drängen
- Mini-Aktionen wie Rauchen, etwas Trinken, Hinsetzen usw. anregen
- Wichtige Personen aus dem persönlichen Umfeld des Anrufers ansprechen
- Sich nicht von „logischen“ Schlussfolgerungen überzeugen lassen, sondern diese eher „umwandeln“
- Dem Anrufer bestätigen, dass es gut ist, mit dem Krisenhelfer zu sprechen

(Quelle: nach Sorgatz, 1986)

Leitfragen zur Abklärung von Suizidalität

- Haben Sie in letzten Zeit weniger Kontakt zu Menschen, die Ihnen nahe standen?
- Haben Ihre Interessen an Ihrem Beruf oder an Hobbys nachgelassen?
- Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?
- Seit wann? Und wann sind diese Gedanken besonders stark?
- Drängen sich diese Gedanken auf?
- Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie sich umbringen würden?
- Haben sie dafür schon Vorbereitungen getroffen?
- Haben Sie mit anderen darüber gesprochen und wie haben diese reagiert?
- Haben Sie einen Abschiedsbrief geschrieben?
- Haben Sie früher schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?
- In welcher Situation waren Sie zu diesem Zeitpunkt?
- Wie sind Sie damals aus der Situation herausgekommen?

(Quelle: nach Pöldinger, 1968)

+ exkurs

Gefahren im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen

- Vorschnelle Tröstung
- Ermahnung
- Verallgemeinerung
- Ratschlag
- Belehrung
- Herunterspielen des Problems (ggf. des Suizidversuchs!)
- Beurteilen und kommentieren
- Nachforschen, ausfragen und analysieren
- Vorschnelle Aktivitäten entwickeln

(Quelle: nach Sonneck, 2000)

Manchmal gelingt es bei schweren suizidalen Krisen auch im Rahmen der Krisenintervention nicht, eine Abwendung der akuten Suizidalität herbeizuführen. Diese Situation ist gegeben, wenn die Betroffenen auf der Beziehungsebene nicht mehr zu erreichen sind und in ihrem Vorhaben ambivalent bleiben. Gelingt es nicht eindeutig, eine verlässliche Absprache zu treffen, in der sich der Betroffene von seiner Suizidabsicht distanziert, dann ist es angezeigt, erforderliche Schritte einzuleiten, um ihn zu schützen. Eine stationäre psychiatrische Aufnahme oder Unterbringung kann in solchen Fällen erforderlich werden. An dieser Stelle gilt es die Verantwortung zu teilen und eine fachärztliche Einschätzung sowie ggf. die Unterstützung von Behörden, Polizei und Rettungsdienst hinzuzuziehen.

Psychische Krisen und Suizidalität im Alter – ein immer noch vernachlässigtes Thema

Im Alter steigt die Suizidgefährdung erheblich an. Im Jahr 2010 lag der Anteil älterer Menschen (Menschen über 60 Jahre) an allen Suiziden bei 41,5% (NASPRO).

Im Arbeitsalltag von Hilfsangeboten und Beratungsstellen zeigt sich, dass ältere Menschen Angebote der Krisenhilfe kaum wahrnehmen. Das hat verschiedene Gründe: Ältere Menschen sind häufig in ihrer Mobilität eingeschränkt und haben wenig Kenntnis über Angebote der Krisenhilfe oder lehnen diese ab.

Außerdem gibt es zu wenig Initiativen von Seiten der Krisenhilfe, ältere Menschen in seelischen Notlagen zu erreichen.

Die Kampagne „aufi – Auswege finden bei psychischen Krisen im Alter“

ist ein Kooperationsprojekt des Sozialreferats der Landeshauptstadt München und des Münchner Bündnisses gegen Depression e.V.. Sie setzt genau hier an: Das Projekt will älteren Menschen Wege und Perspektiven aufzeigen, die aus seelischen und suizidalen Krisen herausführen können. Es informiert aber auch Angehörige über konkrete Beratungs- und Unterstützungsangebote und will die Öffentlichkeit für das Thema sensibilisieren und aufklären. Der Krisendienst Psychiatrie München ist Mitglied im Expertengremium und beteiligt sich aktiv an Präventions- und Schulungsveranstaltungen.



+ exkurs

7 AUS

**AUF EIGENE FAUST
HAND IN HAND
BIN ICH SCHULD?
HIN ZUR SELBSTVERANTWORTUNG
GUTE NACHBARSCHAFT
VERTRAUEN WIEDERFINDEN
RÜCKENDECKUNG**



30.000

Viele Zahlen und hinter jeder Zahl ein Mensch mit seinem individuellen Schicksal: Ein Familienvater mit einer Depression. Eine junge Studentin mit einer Essstörung. Eine Lehrerin im Umgang mit einem auffälligen Schüler. Im folgenden Kapitel erzählen Menschen von ihrer Erfahrung mit seelischen Krisen und dem Zusammenspiel mit dem Krisendienst Psychiatrie München.

AUF EIGENE FAUST

Die junge Studentin leidet seit längerer Zeit an einer Essstörung: Der Leistungsdruck ist zu hoch, Selbstzweifel machen sich breit. Der Krisendienst hilft ihr, ihre Störung zu erkennen und in den Griff zu bekommen.

Nach einem Gespräch am Krisentelefon war die junge Studentin zur Beratung gekommen. Den Zustand, in dem sie sich befand, hatte sie noch nie erlebt. Sie fühlte sich neben sich, hatte das Gefühl, jeden Augenblick die Kontrolle zu verlieren. Sie befand sich in der Prüfungsvorbereitung, damit einher gingen zunehmende Versagensängste. Nächtelang schlief sie nicht, ihr Essverhalten war völlig aus dem Gleichgewicht: Es schwankte zwischen Hunger, dann aß sie; im nächsten Moment wollte sie das Gegessene nur noch erbrechen und nie mehr etwas essen, damit dieses Leben endlich vorbei sei. Ihre Essstörung konnte sie schon seit längerer Zeit nicht mehr in der WG verheimlichen. Von ihrer Familie bekam sie keinen Rückhalt.

Es dauerte lange, bis die Klientin im Gespräch zusammenhängende Sätze sagen konnte und sich aus ihrer kauenden Sitzhaltung langsam aufrichtete. Durch eine vorsichtige Konfrontation gelang es dem Krisenberatungsteam eine erste Vertrauensbasis und einen für den Moment tragfähigen Kontakt herzustellen – dies zeigte sich u.a. auch daran, dass im Laufe des Gesprächs Humor und damit ein Stück nüchterne Selbstdistanz bei der Klientin möglich waren. Sie fühlte sich verstanden und sicher. Dieser erste entscheidende Schritt hatte den Boden hin zum Leben wieder bereitet, hatte eine Bereitschaft geweckt zu einem weiteren Schritt, nämlich sich Hilfe zu holen bei einer auf Essstörungen spezialisierten Beratungsstelle. Der Krisendienst unterstützte die Kontaktabahnung dorthin und begleitete die Studentin in den ersten Wochen nach der Beratung mehrfach telefonisch. Ein Jahr später begegneten sich die Klientin und eine der Krisenberaterinnen im Supermarkt:

„Erinnern Sie sich noch an mich? Ich möchte mich bei Ihnen bedanken. Damals war ich vollkommen an der Talsohle angelangt. Das Gespräch bei Ihnen war der erste Impuls für die Aufwärtsbewegung.“

HAND IN HAND

Seit seiner Prostata-Operation wird der Frührentner von starken Selbstzweifeln geplagt. Der familiäre Zusammenhalt gerät ins Wanken. Der Krisendienst vermittelt zwischen den Familienangehörigen und ermöglicht eine neue Vertrauensbasis.

Der Krisendienst war von der Ehefrau gerufen worden, nachdem ihr Mann am Vortag konkrete Suizidgedanken geäußert hatte. Gleichzeitig hatte, aus Sorge um den Vater, die Tochter zusammen mit ihrer Familie am Tag des Kriseneinsatzes die mehrstündige Reise zu den Eltern angetreten. In einem langen Gespräch mit dem Klienten, der Ehefrau und der Tochter ließen sich die Umstände für die Zuspitzung der Situation genauer herausarbeiten. Zum Libidoverlust des Klienten seit der Prostata-OP und damit verbundener Selbstabwertung des Mannes kam eine immer größere Enttäuschung der Tochter über den zunehmenden Alkoholkonsum des Vaters, aber auch eine Enttäuschung des Vaters über die Tochter, die sich scheinbar immer mehr abgrenzte. Außerdem belastete die ganze Familie die Sorge um die fortschreitende Erblindung der Ehefrau.

Das Kriseneinsatzteam konnte sich zur Überraschung von Mutter und Tochter gut auf die deftige Sprache des Klienten einlassen und ihm schlagfertig und einfühlsam zugleich begegnen. Tochter und Vater konnten sich zum ersten Mal seit langer Zeit wieder in die Arme nehmen. Der Klient spürte die Sorge und Wertschätzung der Familie und zeigte Bereitschaft, sich um sich selbst zu kümmern. Nebenstehendes Zitat stammt aus einem Telefonat mit dem KPM eine Woche nach dem Einsatz.

*» Kann das
Einsatzteam
noch mal
kommen?*

*Die Unter-
stützung
hat uns so gut ge-
tan. «*

BIN ICH SCHULD?

Seit etwa zwei Wochen bringt eine junge Frau ihren Verlobten durch ungewöhnliche, enthemmte, zum Teil bizarre Verhaltensweisen in Verunsicherung. Der Krisendienst zeigt eine Erklärungsmöglichkeit auf und führt zu einer ersten Entlastung bei dem anrufenden Verlobten.

Die Verlobte des Anforderers hatte sich zwei Wochen zuvor unvermittelt und scheinbar ohne erkennbaren Grund von ihm getrennt. Seitdem hatte sie sich zunehmend überdreht und entgrenzt verhalten und dadurch viel Chaos angerichtet. Sie suchte plötzlich engen Kontakt zum besten Freund des Anrufers, stürzte sich in rascher Folge in verschiedenste unmotivierte Aktivitäten und bot dem Anrufer nach weiteren, nicht nachvollziehbaren Winkelzügen, die Schenkung ihres von der Großmutter ererbten Hauses an.

Da der Anrufer die Befürchtung hatte, schuld an den Verhaltensweisen seiner Verlobten zu sein und gleichzeitig seine eigene Verwirrung über die Ereignisse auflösen wollte, wandte er sich für eine telefonische Beratung an den Krisendienst. Dieser sprach die Situation mit ihm sorgfältig durch, zeigte eine psychiatrische Erklärungsmöglichkeit auf und verwies ihn nach einem vor allem der Entlastung dienenden Gespräch zur weiteren Angehörigenberatung an den örtlich zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst.

» **Danke**
für Ihre
Hilfe, diese
Situation
zu *ver-*
stehen.
Ich zweifel-
te schon an
mir selbst
und habe
befürchtet,
selber ver-
rückt zu
werden. «

HIN ZUR SELBSTVERANTWORTUNG

Die Mutter eines drogensüchtigen erwachsenen Sohnes schwankt hin und her zwischen emotionaler Hingabe und rationaler Distanz. Der Krisendienst hilft ihr, erste Ansätze zu einem gesunden Umgang mit der Drogensucht ihres Sohnes zu erlernen.

Die Mutter hatte sich beim Krisendienst gemeldet, da ihr Sohn zum wiederholten Mal in Not geraten war: kein Geld, Streit mit der Freundin, Ausbildungsplatz verloren, miese Laune, täglicher Drogenkonsum. Jetzt suchte er bei der Mutter Unterschlupf, verhielt sich anklammernd und unterwürfig. Gleichzeitig belastete er sie in ihrem Alltag: Er weckte sie nachts auf, wenn er spät kam, machte ihr Vorwürfe, forderte Geld.

Als die Situation zunehmend eskalierte, bat die Mutter um einen Kriseneinsatz in ihrer Wohnung.

Das Kriseneinsatzteam konnte vor Ort die Konfliktsituation beruhigen, konfrontierte den jungen Mann freundlich, aber klar mit seiner mangelnden Eigenverantwortung und der Zumutung, die er für seine Mutter darstellte, gab ihm die Kontaktdaten der einschlägigen Stellen der Suchthilfe und begleitete ihn in seine eigene Wohnung zurück.

Die Mutter wurde eingehend beraten, ihrem Sohn nicht länger unter die Arme zu greifen, da sie damit seine Eigenverantwortung weiterhin untergraben und sich so sein störungsbelasteter Zustand stabilisieren würde.

»Danke, dass Sie mir so **klar und nüchtern** die **Augen geöffnet** haben; es tut mir gut, dass Sie mir noch mal sagen, dass meine Unterstützung für meinen Sohn ihm gar nicht hilft.«

GUTE NACHBARSCHAFT

Den Nachbarn fällt seit einiger Zeit der kritische Zustand einer älteren Frau im Haus auf. Sie kann kaum mehr für sich selbst sorgen, notdürftig versucht die Hausgemeinschaft, ihr bei dem Nötigsten zu Helfen. Nach einem Gespräch mit dem Krisendienst wird eine angemessene Versorgung organisiert.

Die ältere Dame lag seit Wochen nur noch im Bett. Sie fühlte sich schwach, stand kaum auf, das Bett war zur Toilette geworden. Seit Tagen hatte sie kaum etwas zu sich genommen, wurde notdürftig von den Nachbarn versorgt. Angehörige gab es nicht. Hausarzt und Notarzt sowie die Polizei, die in den letzten Tagen von den Nachbarn gerufen worden waren, hatten aus ihrer jeweiligen Perspektive keinen Handlungsbedarf gesehen. Vor Ort nahm sich der Krisendienst viel Zeit für die alte Dame, die langsam aus ihrer Schläfrigkeit erwachte, Vertrauen fasste und erzählte.

So kam heraus, dass nach einer langen Abstinenzphase Bekannte der Klientin hochprozentigen Alkohol vorbeigebracht hatten, was zu einem Rückfall in die frühere Alkoholabhängigkeit geführt hatte. Der Alkohol linderte zwar vorübergehend die immense Angst vor dem vor längerer Zeit diagnostizierten Krebs (der grundsätzlich wohl gut behandelt war), verschlimmerte jedoch Antriebslosigkeit, Mutlosigkeit und Resignation. Der Krisendienst organisierte ein Bett in einer Fachklinik und informierte die Nachbarn über die nachsorgenden ambulanten Fachstellen.

» Sie sind die **erste Stelle**, die wirklich etwas unternimmt und die uns auch die zuständigen möglichen Fachstellen genannt hat «

VERTRAUEN WIEDERFINDEN

Eine ambulante Betreuerin bittet den Krisendienst um Unterstützung und fachliche Beratung bei einer Klientin. Durch die vermittelnde Rolle des Krisendienstes gelingt eine Verständigung zwischen der Klientin und dem Helfersystem.

Eine ambulante Betreuerin hatte sich um den Zustand einer Klientin große Sorgen gemacht, da diese am Tag vorher mit ihrem Lebensgefährten einen heftigen Streit gehabt hatte, der mit einer Suiziddrohung der Klientin endete.

Im erneuten Telefonat mit der Klientin hatte sie das Gefühl, dass diese unruhig, gespannt und desorientiert sei. Wissend von früheren psychotischen Phasen befürchtete die Betreuerin, dass die Klientin möglicherweise wahnhaft sein und zudem ihre Medikamente unregelmäßig einnehmen könnte.

Nicht zuletzt um eine weitere fachliche Einschätzung einzuholen, hatte sie sich an den Krisendienst gewandt. Außerdem hatte sie bereits mit der entsprechenden Behörde Kontakt aufgenommen, um gegebenenfalls eine Klinikeinweisung auch gegen den Willen der Klientin vorzubereiten. Das Kriseneinsatzteam begleitet die Betreuerin zu einem Hausbesuch bei der Klientin.

Nach einem ausführlichen Gespräch und der Abklärung der Suizidalität konnte das Krisenteam feststellen, dass die Klientin durch gewisse Ereignisse in der letzten Zeit stark belastet war, eine akute Gefährdung, der eine Klinikeinweisung rechtfertigen würde, konnte es jedoch nicht bestätigen.

Im Beisein des Einsatzteams nahm die Klientin ihre Medikamente ein, versicherte, sich am nächsten Tag beim behandelnden Nervenarzt vorzustellen und versprach eine Schweigepflichtsentbindung zu unterzeichnen, die gewährleistet, dass sich die Helfer – ambulante Betreuerin, Krisendienst, Nervenarzt – untereinander verständigen können. Offen sprach die Klientin nun auch einen Konflikt mit der Betreuerin an, die sie daran gehindert habe, diese rechtzeitig und vertrauensvoll in ihre Sorgen einzuweihen, dass sie dies jetzt aber angehen wolle. Sie hätte große Angst gehabt, dass ihr niemand glauben würde, weil alle ohnehin davon überzeugt seien, dass nur eine Klinikeinweisung helfen könnte.

„Ich hatte Angst, dass Sie eh schon alles über mich wissen und mich nur in die Klinik einweisen wollen. Jetzt habe ich bemerkt, dass Sie mir wirklich zugehört haben und helfen wollen.“

RÜCKENDECKUNG

Die ratlose Lehrerin einer Grundschule wendet sich an den Krisendienst wegen eines auffälligen Erstklässlers. Die Gesprächssituation zwischen der Schule, den Eltern und dem Schüler ist mittlerweile höchst verfahren, man bewegt sich nur mehr im Kreis. Der Krisendienst hilft, mehr Klarheit in die Situation zu bringen.

Der siebenjährige Schüler hatte zum wiederholten Male Mitschüler geschlagen und dies auch bei der Lehrerin versucht. Seine trotzige Verweigerungshaltung und die Missachtung von Regeln in der Gemeinschaft waren seit Monaten Thema: Bei den Lehrern, der Schulpsychologin, den Eltern und dem Therapeuten des Jungen. In Äußerungen des Kindes sickerte immer wieder durch, dass sich die Eltern zu Hause gegen die Schule stellen würden. Sie würden vor dem Kind über die Schule und die Lehrerin schimpfen und die gemeinsam getroffenen Absprachen nicht Ernst nehmen. Die Schule sah sich am Rande ihrer Möglichkeiten. Die Lehrerin war weiterhin sehr bemüht, die Eltern dazu zu motivieren, im nächsten gemeinsamen Gespräch das Problem erneut anzugehen, fühlte sich aber alleingelassen und hatte unter dem Druck der Situation das Gefühl, persönlich versagt zu haben.

Mithilfe der telefonischen kollegialen Fachberatung des Krisendienstes war es der Lehrerin möglich, sich zu entlasten und mit mehr Distanz auf die Angelegenheit und deren destruktive Dynamik zu schauen. Verschiedene Strategien, die Eltern ins Boot zu bekommen, wurden gemeinsam überlegt und ihr weitere Fachstellen empfohlen, die mit einer systemisch-familientherapeutischen Grundhaltung arbeiten. Die Lehrerin wurde ausserdem ermutigt, sich durch Supervision weitere Unterstützung und Begleitung für diese und ähnliche schwierige Situationen zu suchen.

» *Danke, jetzt ist mir einiges klarer.*

Sie haben mir den Rücken **gestärkt,**

in die Richtung weiterzuarbeiten, die ich bereits angedacht hatte, über die ich jedoch immer wieder unsicher war.«

*„ Wie weiß der
akut in eine seeli-
sche Krise geratene
Mensch
oder sein Umfeld,
welche Hilfe für ihn
aktuell die richti-
ge ist und wie er zu
dieser kommt bzw.
sie zu ihm? „*

KOOPERATION & VERNETZUNG

**VERANKERUNG
KOOPERATIONEN**

**+ *exkurs* GATEKEEPING: WARUM EIN KRISEN-
DIENST DIE KNAPPEN RESSOURCEN DES SYSTEMS
SCHONT**



NETZUNG

Der Krisendienst lebt von einer guten Vernetzung. Welchen Platz nimmt er ein im Spielfeld der regionalen Versorgungslandschaft? Welche zuverlässigen Mitspieler braucht er, um erfolgreich und wirksam agieren zu können. Im folgenden Kapitel ein Einblick in die Verankerung des Krisendienstes und das Zusammenspiel mit den Kooperationspartnern.

VERANKERUNG IN DER VERSORGUNGSLANDSCHAFT

Schon bei der Planung des Krisendienstes Psychiatrie München war den Gründungspartnern klar, dass die Verankerung des Krisendienstes in der psychiatrischen Versorgungslandschaft und die Vernetzung mit allen wichtigen Einrichtungen sowohl der Krisen- und Akutversorgung als auch der Nachsorge und längerfristigen Beratung und Behandlung unbedingte Voraussetzung für ein erfolgreiches Wirken ist.

Warum?

Die Krise – und damit auch die professionelle Krisenintervention – ist immer ein zeitlich begrenzter Prozess, ein kurzer Ausschnitt, ein Kumulationspunkt, oft auch ein Wendepunkt in einer mehr oder weniger langen Entwicklung. Sobald die Krise überwunden und im besten Fall gemeistert ist, gibt der Krisenbegleiter seinen Part ab:



An die Klientin selbst, wenn keine weitere professionelle Unterstützung notwendig ist; in vielen Fällen aber an einen weiterbehandelnden oder -betreuenden Berater, einen Facharzt oder eine Psychotherapeutin, je nachdem.

Der Übergang von der Krisenintervention in die Weiterbehandlung muss nahtlos und reibungsarm verlaufen. Sonst sind Erfolg der Krisenhilfe und Weichenstellung meist rasch verklungen.

Dieser Weiterbehandler kann für die Klientin neu sein, er kann aber auch – und dies ist häufig – derjenige sein, zu dem schon vor der Krise eine therapeutische Beziehung bestand, an die es jetzt anzuknüpfen gilt.

Der Übergang von der Krisenintervention in die Weiterbehandlung muss nahtlos und reibungsarm verlaufen. Sonst sind Erfolg der Krisenhilfe und Weichenstellung meist rasch verklungen. Damit dies geschieht und es nicht zu Umwegen und Verzögerungen kommt, braucht es zwischen dem Krisendienst und den anderen psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen verbindliche Absprachen und klare Verabredungen, von denen letztlich nicht nur der Klient profitiert. Auch für die MitarbeiterInnen des Krisendienstes ist es befriedigend und entlastend, die begonnene Arbeit Hand in Hand weitergeführt zu sehen. Und für den Weiterbehandler ist ein gut vorbereitetes Ankommen die beste Voraussetzung für einen positiven Verlauf.

KOOPERATIONEN

Getragen von dem Verständnis, dass Krisenversorgung eine Gemeinschaftsaufgabe ist, gehörten der Aufbau und die ständige Weiterentwicklung von Kooperation und Vernetzung von Anfang an zu den wichtigen Tätigkeiten des Krisendienstes Psychiatrie München. So haben sich über die Jahre mit vielen Versorgungspartnern tragfähige und verlässliche Kooperationsbeziehungen auf Einrichtungs- und Trägerebene entwickelt. Genannt seien beispielhaft einige von Ihnen:

★ kbo-Ambulanzen ★ (Spezial-)Ambulanzen ★

Sozialpsychiatrische und Gerontopsychiatrische Dienste ★

Bezirkssozialarbeit und andere städtische Fachstellen (Betreuungsstelle, Fachstellen häusliche Versorgung) ★ Städtische Behörden ★ Telefonseelsorgen

★ Anlaufstellen für Menschen in Krisen: Die Arche, Münchener Insel ★

Frauennotruf ★ Ärztlicher und psychiatrischer Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ★

Psychotherapeutische Vermittlungsstellen ★ (kbo) Krisen-, Akut-, Spezialsta-

tionen des Isar-Amper-Klinikums ★ Psychiatrische Kliniken ★

Niedergelassene Psychiater, Nervenärzte und Hausärzte ★

KIT

★ Suchthilfeeinrichtungen

★ Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

★ Bahnhofsmission ★

Mit vielen dieser Fachstellen und Einrichtungen werden regelmäßige Abstimmungsgespräche geführt mit dem Ziel, durch konkretes Wissen um die gegenseitigen Angebotsstrukturen und Vorgehensweisen die Zusammenarbeit zu erleichtern.

Dort, wo es gelungen ist, bewährte Kooperationen durch besondere Vereinbarungen auf eine noch verbindlichere Basis zu stellen, lassen sich für die Nutzerinnen und Nutzer ebenso wie für die Leistungserbringer eine Vielzahl positiver Effekte beobachten. Folgende Kooperationen sind wesentlich für die Arbeit des KPM:



Die Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Einbeziehung des Psychiatrischen Bereitschaftsdienstes bei Vorort-Einsätzen des Krisendienstes Psychiatrie München.



Die Kooperationsvereinbarung mit dem Sozialreferat der Landeshauptstadt München zur Zusammenarbeit von KPM, Sozialpsychiatrischen Diensten, Bezirkssozialarbeit und Jugendamt.



Die Absprache mit der Zentralen Aufnahme/Patientenanmeldung des kbo Klinikum München Ost zur wechselseitigen Zuweisung von ratsuchende Menschen an die jeweils richtige Stelle.



Die verbindliche Absprache mit einer zunehmenden Anzahl niedergelassener Nervenärzte und Psychiater zur Bereitstellung von tagesgleichen Notfallterminen für vom KPM vorgeschreente Patientinnen und Patienten.



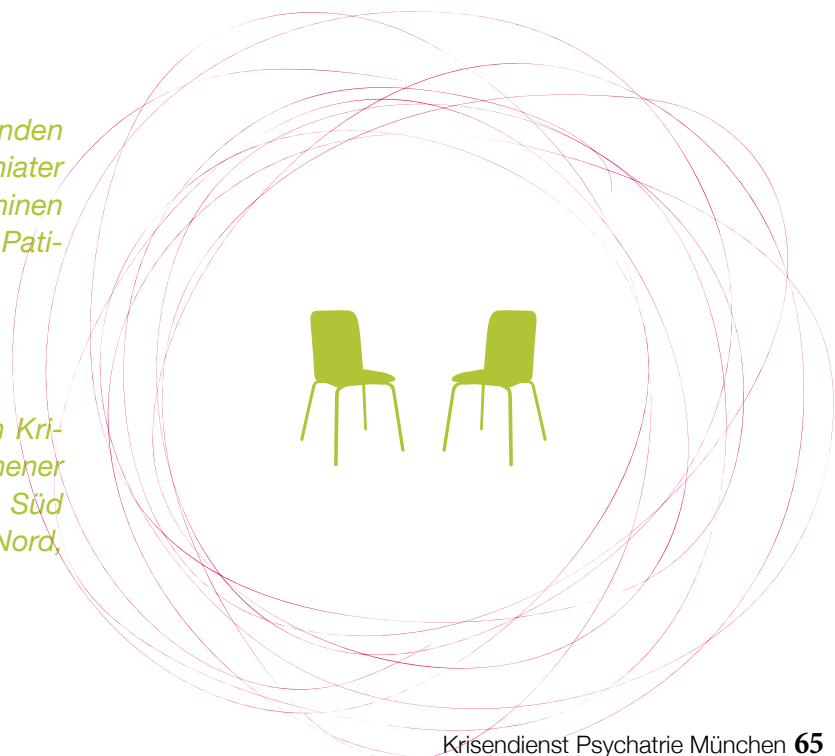
Die Regelung zur tagesgleichen Zuweisung von Krisenpatientinnen und -patienten an die Münchener kbo-Ambulanzen: Das Atriumhaus für München Süd und West, die Leopoldstraße 175 für München Nord, den Standort Haar für München Ost.



Die regelmäßigen Absprachen mit den anderen Münchener Krisen- und Notfalldiensten – Arche, Münchener Insel, Telefonseelsorge, Frauennotruf, KIT – zur klientenbezogenen Zusammenarbeit.

Eine besondere Rolle in puncto Zusammenarbeit spielt für den Krisendienst Psychiatrie München die Polizei. Hier zeigt sich seit 2011 nach Kooperationsgesprächen sowohl mit der Einsatzzentrale als auch mit dem Psychologischen Dienst der Polizei eine zunehmend positive Entwicklung. Das gemeinsame Interesse besteht zunächst darin, innerhalb der gegebenen strukturellen Voraussetzungen ein besseres gegenseitiges Verständnis für die jeweilige Handlungsleitlinien zu entwickeln. In diesem Rahmen fanden in 2012/2013 auch mehrere Hospitationen von KPM-MitarbeiterInnen in der Polizei-Einsatzzentrale statt.

Ziel bleibt weiterhin, mit der Polizei zu verbindlichen Absprachen bezüglich einer Einbeziehung des KPM bei psychiatrischen Notfällen zu kommen.



UND WAS SAGEN POLITIKPARTNER DAZU?

„Mit dem Krisendienst Psychiatrie München haben wir eine **Lücke im psychiatrischen Hilfesystem geschlossen.** Aber natürlich sind nicht nur die Bürgerinnen und Bürger in München von psychiatrischen Krisen betroffen! Deshalb ist es **wichtig, auch auf dem Land Lösungen zu finden.**“

Josef Mederer,
Bezirkstagspräsident Bezirk Oberbayern

„Kompetente und aufsuchende Hilfe muss in psychischen Krisen **SO selbstverständlich verfügbar sein wie bei körperlichen Notfällen.**“

Birgit Gorgas,
Koordination Psychiatrie und Suchthilfe im RGU der LH München

„Nachts sind **alle Krisen grau.**“

24-Stunden Krisendienst – sofort!“

Gottfried Wörishofer,
Vorstand der Münchner Psychiatrie-
erfahrenen (MüPE e.V.)

UND KOOPERATIONS-

„Es ist vor allem dieses breite Spektrum, das den Krisendienst ausmacht sowie die **Niederschwelligkeit** des Zugangs.“

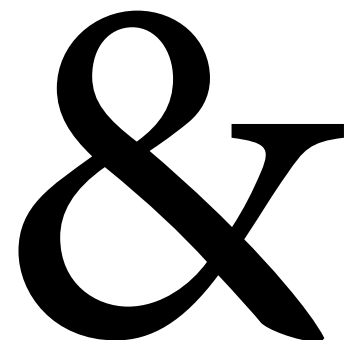
Dr. med. Hans Martens,
Fachgruppe der niedergelassenen
Psychiater und Nervenärzte
Münchens

„Die konstruktive Zusammenarbeit mit dem KPM ist für die Bezirkssozialarbeit eine äußerst wertvolle Unterstützung - insbesondere bei Inobhutnahmen von **Kindern psychisch kranker Eltern** oder der Konfrontation mit **suizidalen Erwachsenen**.“

Thilo Stelzer
LH München Sozialreferat, Leitung
der Bezirkssozialarbeit

„Der KPM erfüllt eine nicht zu ersetzende Funktion als eine **unbürokratische erste Anlaufstelle** für Menschen in seelischen Krisen.“

Hans Doll,
die ARCHE, Suizidprävention
und Hilfe in Lebenskrisen
e.V. München



GATEKEEPING: WARUM EIN KNAPPEN RESSOURCEN D

Gelingt es einem Krisendienst, die Klientin, den Klienten passgenau an die richtige Stelle im psychiatrischen Versorgungssystem zu lotsen - und die Erfahrungen des Krisendienstes Psychiatrie München zeigen, dass dies möglich ist – übernimmt der Krisendienst „quer zum System“ eine Funktion, die kein einzelner Anbieter in vergleichbarer Form leisten kann. Und der Vorteil und Nutzen eines Krisendienstes reicht weit über sein Kernziel, die unmittelbare Verbesserung klientenbezogener Krisenhilfe hinaus.

Warum?

Qualifiziertes Abklären und individuelle Weichenstellung zur richtigen Hilfe gewährleistet mit hoher Treffsicherheit ein rasches Ankommen des Klienten am richtigen Behandlungsort. Das verschont den Klienten vor Irrwegen, Umwegen, Behandlungsverzögerungen und Behandlungsversäumnissen. Und die Versorgungseinrichtungen vor Fehlzuleisungen.

Durch diese Steuerungsfunktionen eines Krisendienstes wird somit nicht nur den berechtigten Bedürfnissen der KlientInnen, sondern auch den spezifischen Profilen der einzelnen Anbieter bestmöglich Genüge geleistet. Außerdem sorgt die „Gatekeeping-Funktion“ eines Krisendienstes dafür, dass Menschen mit anderweitig zu bearbeitenden Problemen nicht in psychiatrische oder psychosoziale Einrichtungen gelotst werden, wodurch

sich die Einrichtungen auf ihre Kernfunktionen konzentrieren können, was wiederum die knappen Ressourcen des Systems schont.

Damit regionale Krisenversorgung in dieser Art von Zusammenspiel funktioniert, braucht es bei allen beteiligten Versorgungspartnern einen Konsens darüber, dass die seelische Krise oder der psychiatrische Notfall Dreh- und Angelpunkt im Lebens- oder Krankheitsverlauf eines Menschen sind, dem höchste fachliche Zuwendung gebührt. Und auch, dass Krisenbehandlung durch eine geeignete strukturelle und inhaltliche Ausrichtung im Leistungsprofil der Anbieter angemessen wahrgenommen wird.

IN KRISENDIENST DIE DES SYSTEMS SCHONT

*„ ...dass die seelische
Krise oder der psychi-
atrische Notfall Dreh-
und Angelpunkt im
Lebens- oder Krank-
heitsverlaufs eines
Menschen sind, dem
höchste fachliche Zu-
wendung gebührt.“*

+ exkurs

..(FACH-) ÖFFENTLICHKEIT

AUFKLÄRUNG

FORTBILDUNGEN UND FACHLICHE ARBEIT

FACHKREISE

+ *exkurs* SEELISCHE GESUNDHEIT AM ARBEITSPLATZ



LICHKEIT

Muss ein Krisendienst Werbung für sich machen? Wie lässt sich das Thema Krisenhilfe im öffentlichen Diskurs platzieren, und wen beschäftigt es? Welche Ziele können wir durch die Öffentlichkeitsarbeit erreichen?

**„Vorurteile,
Tabus, Angst
und man-
gelndes Wis-
sen führen oft
dazu, dass Hilfe
in seelischen Kri-
sen zu spät gesucht
wird. Mit anhal-
tend ungünstigen
Folgen nicht nur
für die Betroffe-
nen, sondern auch
für ihre Familien,
ihr Umfeld, die Ge-
sellschaft.“**

AUFKLÄRUNG

Krisenhilfe wie sie der Krisendienst Psychiatrie München anbietet, kann nur dann fruchten, wenn sie in der Öffentlichkeit bekannt ist. Wenn sowohl der in seelische Not geratene Mensch als auch beteiligte Dritte und Fachstellen die Anlaufstelle KPM kennen und keine Scheu haben, sie anzufragen.

Deshalb, um den Krisendienst Psychiatrie München in der Öffentlichkeit, in der psychiatrischen Fachwelt, sowie im großen Kreis der Primärversorger und unterschiedlichsten Schlüsselstellen – Haus- und Fachärzte,

Sozialbürgerhäuser, betriebliche Sozialdienste, Schulen, Apotheken, Kirchengemeinden etc. – bekannt zu machen, nehmen Information und Aufklärung über Krisen, Krisenhilfe und das Angebot des KPM eine wichtige Rolle im Tätigkeitsprofil des Krisendienstes ein.

Die Aktivitäten reichen dabei von Informationskampagnen über laufende Ankündigungen bis zur Beteiligung an Aktionstagen oder –wochen.

Beispiele für durchgeführte Maßnahmen zu Aufklärung und Information sind:



Eine vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit, Frauen, Familie unterstützte **Kampagne zur Bekanntmachung des Krisendienstes** Psychiatrie München in der Bevölkerung und in Fachkreisen (2008/2009).



Fortlaufende Nennungen des Krisendienstes Psychiatrie München in Printmedien, wie beispielsweise der Süddeutschen Zeitung unter der Rubrik „**Notfallnummern**“.



Laufender Versand von Informationsmaterialien des Krisendienstes Psychiatrie München - Visitenkarten, Flyer, „Wegweiser bei seelischen Krisen und Notfällen“.



Aufklärungsveranstaltungen im Rahmen der vom Münchener Bündnis gegen Depression veranstalteten Münchener Woche für seelische Gesundheit.



Interviews und Fachartikel in der regionalen und überregionalen Presse.

FORTBILDUNGEN UND FACHLICHE ARBEIT

Die Nachfrage nach Fortbildungen an den Krisendienst Psychiatrie München übersteigt bei weitem das, was für das KPM-Team neben dem Kerngeschäft leistbar ist.

Wir bewerten dies als Indikator dafür, dass ein Modell und Verständnis von Krise und Krisenhilfe, wie es der KPM vertritt und lebt, auf hohe Akzeptanz stößt und geeignet ist, die Schwellenangst vor professioneller psychiatrischer Hilfe zu senken.

Im Folgendem eine Auswahl an Fortbildungsaktivitäten, Vorträgen und Veröffentlichungen.



Vorträge bei Selbsthilfeorganisationen von Betroffenen und Angehörigen, in den städtischen Sozialbürgerhäusern, in Betrieben und öffentlichen Einrichtungen, in psychiatrischen und psychosozialen Fachstellen und Einrichtungen, in Kliniken, bei Betreuerverbänden, in Planungsbehörden und politischen Gremien.



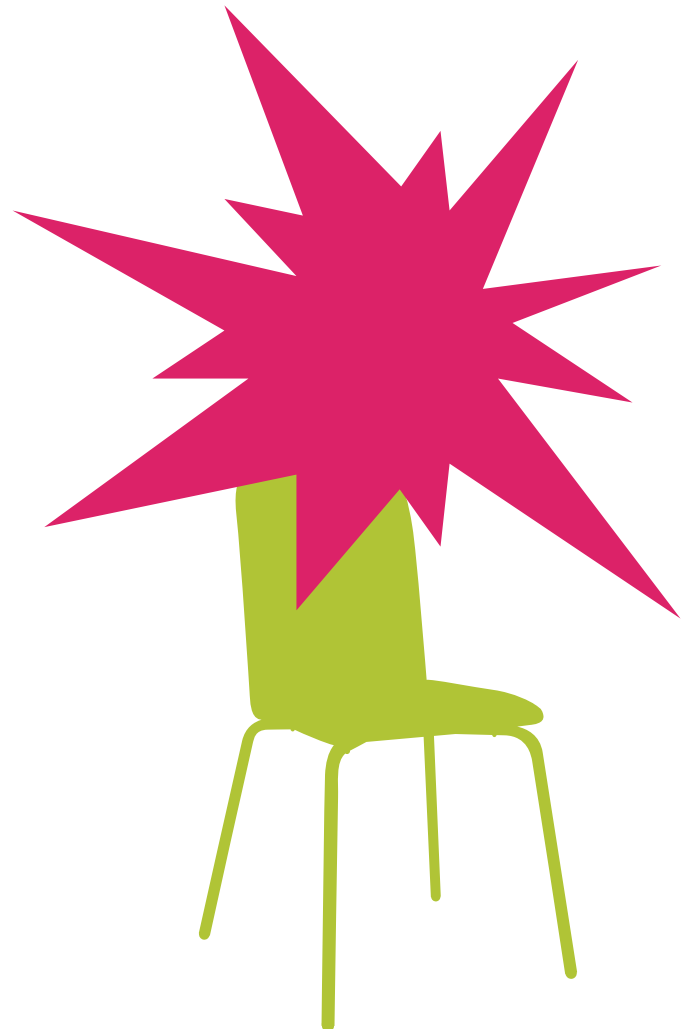
Referate, Fachbeiträge und Workshops auf zahlreichen Tagungen und Kongressen in München, Bayern, anderen Bundesländern und bundesweit.



Beteiligung an der Fortbildung „Seelische Gesundheit im Unternehmen“ für betriebliche Ansprechpartner, durchgeführt vom Institut „Betriebliche Gesundheitsförderung“.



Veröffentlichung des „Fachkonzeptes Regionale Krisenversorgung“ gemeinsam mit kbo (2012)



FACHKREISE

Um dem Baustein „psychiatrische Krisenversorgung“ einen gebührenden Platz in der (Notfall-)Versorgung der Stadt München zu geben, beteiligt sich der Krisendienst Psychiatrie München aktiv an den entsprechenden Planungsgremien und –runden.

Genannt seien:

Der Gaststatus des KPM in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) der Stadt München

Die Beteiligung des KPM am Konzept zur Verbesserung der psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, verabschiedet vom Stadtrat der LH München 2011

Die Mitarbeit des KPM im AK Psychiatrie und Migration der PSAG München

Der fachliche Input des KPM zu dem im Oktober 2012 verabschiedeten bayerischen Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung des Verbandes der bayrischen Bezirke.

Die Mitwirkung des KPM an der Initiative des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München zur engeren Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten bei der Behandlung von Menschen mit seelischen Erkrankungen.

Die Mitwirkung des KPM bei den Bestrebungen von Bezirk Oberbayern und kbo, eine flächendeckende Krisenversorgung für ganz Oberbayern aufzubauen.



SEELISCHE GESUNDHEIT A

Dass in der modernen Arbeitswelt das Risiko gestiegen ist, an stressbedingten seelischen Störungen zu erkranken, ist ein in Gesellschaft und Unternehmen mittlerweile bekanntes und viel diskutiertes Phänomen. Und auch die Ursachen dafür sind bekannt: Während früher vorrangig körperliche Leistungsfähigkeit gefragt war, sind es heute kognitive, soziale und kommunikative Fähigkeiten sowie psychische Belastbarkeit und Flexibilität, die eine Arbeitnehmerin, ein Arbeitnehmer mitbringen muss.

Darüber hinaus sind mögliche Stressoren im Arbeitskontext identifizierbar auf verschiedenen Ebenen:

- ★ der gesellschaftlichen Ebene, z.B. Arbeitsplatzunsicherheit, Anforderungen nach Mobilität
- ★ der Ebene Arbeitsplatzorganisation, z.B. Komplexität, Arbeitsdichte und Arbeitsumfang
- ★ der sozialen Ebene, z.B. Anforderungen nach Team- und Projektarbeit.

Nicht jedem Menschen ist es zu jedem Zeitpunkt möglich, diesen Anforderungen gerecht zu werden und sie kompetent zu bewältigen. Kommen individuelle Belastungen wie familiäre Probleme oder materielle Sorgen hinzu, kann sich eine krisenhafte Entwicklung ergeben.

Solche krisenhaften Zuspitzungen von Menschen im Arbeitskontext sind belastend für die Betroffenen und ihre Angehörigen, die KollegInnen, das Unternehmen und letztlich auch für die Gesellschaft.

„Krisenhafte Zuspitzungen von Menschen im Arbeitskontext sind belastend für die Betroffenen und ihre Angehörigen, die KollegInnen, das Unternehmen und die Gesellschaft!“

AM ARBEITSPLATZ

In der Praxis des Krisendienstes stellen wir fest, dass Anfragen von Firmen und Betrieben kontinuierlich zunehmen. Immer häufiger wenden sich aufmerksame Personalverantwortliche, ArbeitskollegInnen oder Vorgesetzte an unsere Leitstelle, wenn sie Alarmsignale bei MitarbeiterInnen wahrnehmen: Auffällige Veränderungen im Verhalten, emotionale Anzeichen von akuter Belastung und Verzweiflung, Fernbleiben ohne Krankmeldung bei sonst zuverlässigen Arbeitskollegen oder gar indirekte suizidale Äußerungen.

Aber auch unabhängig von konkreten Problem- oder Notsituationen...

- ...steigen die Anfragen von unterschiedlichsten Betrieben nach Veranstaltungen zum Umgang mit seelischen Krisen und psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz
- ...wollen Führungskräfte mehr wissen zu psychischen Störungen, zu konkreten Gesprächsstrategien im Umgang mit MitarbeiterInnen in seelischen Notlagen - „Wie sprech' ich's überhaupt an?“ ist die am häufigsten an uns gestellte Frage -
- ...werden MitarbeiterInnen gezielt geschult, um als sogenannte betriebliche AnsprechpartnerInnen für seelische Gesundheit auf der kollegialen und vertraulichen Ebene zur Verfügung zu stehen

Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz erfährt also – so unsere Beobachtung aus der Praxis– in vielen Unternehmen zunehmend Aufmerksamkeit und bereitet den Boden für eine unternehmensinterne Kultur, die psychische Belastungen nicht nur als individuelles Problem, sondern als gemeinsames Thema begreift.

+ exkurs

KONTAKTE

Krisendienst Psychiatrie München

Bavariastr. 11

80336 München

Telefon: 089-7295960

E-Mail: info@krisendienst-psychiatrie.de

Leitungsteam

Simone Eiche, info@krisendienst-psychiatrie.de

Andrea Kreppold-Roth, akreppoldroth@sozialdienste.net

Dr. Michael Welschehold, michael.welschehold@kbo.de

Vorstand

Barbara Portenlänger-Braunisch, bbraunisch@sozialdienste.net

Horst Reiter, horst.reiter@projekteverein.de

Dr. Gabriele Schleuning, gabriele.schleuning@kbo.de

DANK

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei unseren Kostenträgern, insbesondere dem Bezirk Oberbayern bedanken. Ebenso bei allen Organisationen, Stiftungen sowie den Mitgliedern unseres Förderkreises „Seelische Gesundheit braucht starke Partner“ und weiteren Einzelpersonen, die unsere Arbeit durch Spenden finanziell sowie ideell unterstützen.

Einen herzlichen Dank richten wir auch an alle Krisendienst-Mitarbeiterinnen und Kooperationspartner, die diese Broschüre mit Beiträgen, Fallgeschichten und eigenen Aussagen angereichert und belebt haben.

⁰⁸⁹
7295960
krisendienst
psychiatrie münchen



IMPRESSUM

Herausgeber

Krisendienst Psychiatrie München
Bavariastr. 11, 80336 München
info@krisendienst-psychiatrie.de
www.krisendienst-psychiatrie.de

Verbundpartner

Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V.,
Diakonie Hasenberg e.V.,
Gemeinnützige GmbH des Projektevereins,
kbo-Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH,
Klinikum München-Ost,
Soziale Dienste Psychiatrie gemeinnützige GmbH,
in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Redaktion

Dr. Gabriele Schleuning
Simone Eiche
Andrea Kreppold-Roth

Layout:

Aiko Blank, info@maouandart.com
Anabel Schleuning, anabel.schleuning@gmx.de

Literaturübersicht:

Pöldinger, W. (1968) Die Abschätzung der Suizidalität. Bern // Sonneck, G. (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien. // Sorgatz, H. (1986):
25 Leitpunkte zum Telefongespräch mit suizidalen Patienten. Suizidprophylaxe, 1, Sonderheft, 3. Auflage. Regensburg. // Nationales Suizid Präventions
Programm für Deutschland (NASPRO) (2013) www.suizidpraevention-deutschland.de //

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes bedarf der Zustimmung des Herausgebers.

krisendienst
psychiatrie münchen

