

Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen

Tagungsdokumentation
24. und 25. September 2013
in Berlin

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Peter Weiß
Andreas Heinz

Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hg.).

Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen

1. Auflage

ISBN 978-3-88414-583-8

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Aktion PSYCHISCH KRANKE im Internet: www.psychiatrie.de/apk und www.apk-ev.de

Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2014

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck: Drukkerij Wilco, Amersfoort (NL)

Inhalt

Begrüßung und Einführung <i>Peter Weiß</i>	9
A Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen	
Sicherstellung von Hilfen bei psychischen Krisen <i>Wolfgang Zöller</i>	14
Krise als Weichenstellung – die Chance von Peerberatung: trialogisches Gespräch <i>Thomas Bock, Margrit Grotelüschen, Marita Lamparter</i>	18
Soforthilfe bei seelischen Krisen – psychiatrische Versorgung neu aufstellen! <i>Gabriele Schleuning</i>	30
Krisenhilfe in der Krise? Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquete und die Chance zum Restart <i>Ingmar Steinhart</i>	50
Krisenhilfe durch psychiatrische Kliniken – Standortbestimmung <i>Margitta Borrmann-Hassenbach</i>	60
Krisenhilfe – politischer Auftrag <i>Regina Schmidt-Zadel</i>	62
Suizid und Suizidprävention <i>Manfred Wolfersdorf</i>	69
Rechtliche Zuständigkeit im gegliederten System <i>Otto Ernst Krasney</i>	84
Podiumsgespräch »Verantwortung für Hilfen in Krisensituationen« <i>Kirsten Kappert-Gonthar, Norbert Mönter, Andrea Mrazek, Thomas Uhlemann, Ulrich Krüger</i>	93

Krisenhilfe als Prävention <i>Helga Kühn-Mengel</i>	108
Staatlich finanzierte Hilfen für Menschen in seelischen Krisen <i>Kirsten Kappert-Gonther</i>	113
Angehörige fordern und leisten Hilfe bei Krisen <i>Gudrun Schliebener</i>	120

B Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Psychiatrische Krisenhilfen – bewährte Beispiele

Einleitung <i>Simone Eiche, Matthias Rosemann</i>	124
Krisendienst Psychiatrie München <i>Michael Welschehold</i>	128
Der Berliner Krisendienst <i>Jens Gräbener</i>	134
Internetberatung im Psychiatrienetz – eine Form der Krisenhilfe? <i>Matthias Albers</i>	138
Krisenhilfe in Solingen und in der Integrierten Versorgung <i>Nils Greve</i>	143
Soziotherapie und häusliche Krankenpflege – Krisenhilfen im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes? <i>Michael Konrad</i>	152
Die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes <i>Jörg Kalthoff</i>	163

II Psychiatrische Krisen bei Kindern und Jugendlichen

Einleitung

Renate Schepker, Dyrk Zedlick 172

Kriseninterventionsteam für Kinder und Jugendliche Lüneburg

Godeke Klinge, Anne Meiners, Alexander Naumann 174

Individuelle Krisenvereinbarungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Renate Schepker 180

Ambulante Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten

Maik Herberhold 187

III Spezielle Krisenhilfen

Einleitung

Ulrich Krüger 201

Psychische Krisen im Arbeitsleben

Hans-Peter Unger 202

Die Traumaambulanz Berlin – Versorgung von Gewaltopfern

Olaf Schulte-Herbrüggen 213

Krisenhilfe für Flüchtlinge und Folteropfer

Anni Kammerlander 215

IV Krise als Weichenstellung – Erfahrene berichten

Einleitung

Peter Kruckenberg 220

Krise als Weichenstellung – Erfahrene berichten

Franz-Josef Wagner 221

Krise als Weichenstellung – Erfahrene berichten

Beate Schmidt 223

Krise als Weichenstellung – Erfahrene berichten
Uwe Wegener 225

V Krisenhilfe als Angebot der Selbsthilfe

Einleitung
Jörg Holke, Jurand Daszkowski 229

Das SeeleFon – telefonische Selbsthilfeberatung
bei psychischen Erkrankungen
Beate Lisofsky 230

Krisendienst Herford
Gudrun Schliebener 233

Peer Support im Kreis Herzogtum Lauenburg
Robin Boerma, Birthe Groth 237

Angebote der Suchtselbsthilfe
Wiebke Schneider 240

Selbsthilfe und Krisenbegleitung
Jurand Daszkowski 243

VI Nicht-Psychiatrische Krisenhilfen

Einleitung
Jessica Odenwald 245

Telefonseelsorge
Martina Kulms 247

Rettungs- und Polizeieinsätze –
Krisenhilfen bei psychisch kranken Menschen
Christine Gerlach 252

VII Suizidprävention – bewährte Beispiele

Einleitung	
<i>Niels Pörksen</i>	256
Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland	
<i>Armin Schmidtke</i>	257
Von der Schwierigkeit Hilfe zu suchen und zu finden	
<i>Georg Fiedler</i>	267

VIII Rechtliche Aspekte (auch: Krisenhilfe statt Zwang)

Einleitung	
<i>Jörg Holke</i>	271
Rahmenprogramm von der Funktion her denken!	
<i>Celia Wenk-Wolff</i>	272
Betreuungsrechtliche Klärung – Selbstbestimmung vor Zwang	
<i>Volker Lindemann</i>	281

IX Krisenmanagement bei Demenz

Einleitung	
<i>Regina Schmidt-Zadel, Ralf Ihl</i>	285
Hilfe bei Demenz – das Alzheimer-Telefon	
<i>Sabine Jansen</i>	286
Krisenmanagement im Demenznetz Krefeld	
<i>Ralf Ihl</i>	292
Ausblick	
<i>Matthias Rosemann</i>	301

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	305
---	-----

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK	309
--	-----

Begrüßung und Einführung

Peter Weiß

Ich darf sie sehr herzlich zur Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE hier in Berlin im Logenhaus begrüßen und willkommen heißen. Ich hoffe, dass wir eine interessante Jahrestagung mit dem Titel »Ambulante Hilfe bei psychisch Krisen« erleben werden. Wir haben den Patientenbeauftragten der Bundesregierung Wolfgang Zöller zu einem Eingangsreferat eingeladen und ich möchte ihn sehr herzlich unter uns begrüßen. Wir freuen uns und fühlen uns geehrt, dass die Bundesregierung hier mit einem »Beauftragten« vertreten ist. Als wir den Termin festgelegt haben, haben wir befürchtet, dass es schwer wird, zwei Tage nach der Bundestagswahl einen Regierungsvertreter für unsere Tagung zu gewinnen. Umso erfreuter waren wir, dass wir von Ihnen ohne Zögern eine Zusage bekommen haben, eine Zusage, die Sie uns unabhängig vom Wahlausgang verlässlich erteilt haben.

Sie haben sich entschieden, nicht mehr für den Bundestag zu kandidieren. Das hindert Sie nicht daran, bis zum letzten Tag Ihr Amt auszufüllen und sich für die Belange der Patientinnen und Patienten einzusetzen. Das ist ein weiterer großartiger Beweis dafür, dass Ihnen die Interessen der Patientinnen und Patienten ein persönliches Anliegen waren und sind.

Sie haben sich in vielen Bereichen engagiert. In letzter Zeit haben Sie sich besonders für Organspenden eingesetzt. Das ist zweifellos ein sehr wichtiges Thema, aber eines der wenigen, zu dem wir als AKTION PSYCHISCH KRANKE uns nicht geäußert haben. Die Seele kann man nicht transplantieren, das Gehirn auch (noch?) nicht.

Bei fast allen anderen gesundheitspolitischen Themen sind auch die Interessen psychisch kranker Menschen berührt. Insofern haben wir uns als AKTION PSYCHISCH KRANKE immer wieder geäußert – und bei Ihnen stets offene Ohren gefunden. Von Beginn an haben Sie psychisch kranke Menschen mit im Blick gehabt. Das ist nach wie vor keine Selbstverständlichkeit im politischen Feld. Dafür möchte ich Ihnen an dieser Stelle herzlich danken.

Dabei haben Sie – ebenfalls von Beginn an – immer engen Kontakt zur AKTION PSYCHISCH KRANKE gehalten. Eines Ihrer ersten Gespräche nach der Amtsübernahme war mit der APK. In der Folge waren Sie regelmäßiger Gast unserer Tagungen und Workshops, oft als Redner, teilweise aber auch als interessierter Teilnehmer. Als wir in diesem Jahr zu einem

parlamentarischen Abend mit dem Schwerpunktthema ›Psychisch kranke Kinder und Jugendliche‹ eingeladen haben, kam eine der ersten Zusagen von Ihnen. Für diese außerordentlich gute Zusammenarbeit möchte ich Ihnen danken.

Aus unserer Sicht, bzw. aus Sicht der psychisch kranken Menschen, hatten Ihre großen ›Projekte‹ besondere Bedeutung: das Patientenrechtegesetz und die Expertenkommission zur Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Das Patientenrechtegesetz ist beschlossen und in Kraft getreten und hat die Position der Patientinnen und Patienten deutlich gestärkt. Die Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird eines der ersten gesundheitspolitischen Aufgaben der neuen Legislatur werden. Das ist vor allem notwendig, um die rechtliche Benachteiligung von psychisch kranken Pflegebedürftigen zu beenden.

Die Vorarbeiten für eine Gesetzesänderung sind geleistet – nicht zuletzt aufgrund Ihres Einsatzes in der Expertenkommission, die Sie gemeinsam mit Herrn Voss geleitet haben.

Herr Zöller, Sie vertreten hier heute auch das Bundesministerium für Gesundheit. Insofern möchte ich Ihnen unseren Dank aussprechen für die Förderung dieser Tagung.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Sie nehmen sich Zeit und sind teilweise weit gereist, um sich mit uns einem äußerst wichtigen Thema zu widmen: Hilfen bei psychischen Krisen.

Psychische Erkrankungen werden deutlich häufiger diagnostiziert. Laut DEGS-Studie (2012) leidet jeder vierte Mann und jede dritte Frau jährlich unter einer voll ausgeprägten Störung.

Auf Grund demographischer Entwicklungen kommt es gehäuft zu psychischen Erkrankungen im Alter, insbesondere Demenz. Bei knapp 22 % der Kinder und Jugendlichen liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor. Entsprechend steigen die Ausgaben für Behandlung und Rehabilitation. Behandlung und Unterstützungsleistungen erfolgen aber oft erst dann, wenn die Erkrankung fortgeschritten ist bzw. sich manifestiert hat.

Doch schon weit vor einer psychiatrischen Behandlungsaufnahme ist eine psychische Krise erkennbar. Es ist von entscheidender Bedeutung, wie man mit damit umgeht. Mit geeigneter Unterstützung lassen sich viele psychische Krisen bewältigen. Dann tritt keine Erkrankung ein. Das Problem wird gelöst oder zumindest ›verkräftet‹. In anderen Fällen ist die psychische

Krise der Ausdruck einer Erkrankung. Dann geht es darum, eine geeignete Behandlung zu empfehlen und dabei zu helfen, dass sie zustande kommt.

Wir wollen mit dieser Tagung die große Bedeutung einer regional organisierten Hilfe bei psychischen Krisen unterstreichen.

Wir wollen auch die Anforderungen an ein solches Angebot beschreiben – vor allem, indem positive Beispiele beschrieben werden.

Und wir wollen uns zum Thema ›Finanzierung‹ äußern. Den bei der Finanzierung regionaler Krisendienste geht es nicht nur ums Geld, sondern auch um die Zuständigkeit. Bei unklarer Zuständigkeit, oder besser bei geteilter Zuständigkeit, kommt man besonders schwer ans Geld. Das dürfte der Hauptgrund dafür sein, dass es eine qualifizierte Krisenhilfe bisher nur selten gibt.

Ich wünsche Ihnen und uns eine anregende, interessante und ertragreiche Veranstaltung und heiße sie noch mal herzlich der Jahrestagung der APK hier in Berlin willkommen. Ich wünsche zwei gute Tage und vor allen Dingen gute Ergebnisse, die wir dann in unserer praktischen und auch politischen Arbeit mit umsetzen können. Vielen Dank.

A Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen

Sicherstellung von Hilfen bei psychischen Krisen

Wolfgang Zöllner

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Einladung zur heutigen Tagung zum Thema »Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen«.

Als Patientenbeauftragter weiß ich, dass psychische Erkrankungen nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für ihre Angehörigen eine große Herausforderung sind.

Leider sehe ich in meiner Arbeit aber immer wieder, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oft nicht die Hilfen bekommen, die sie brauchen. Sie berichten davon, zu spät, falsch oder unzureichend behandelt worden zu sein. Das gilt insbesondere in psychischen Krisen.

Die Folgen sind nicht selten Erschwernisse in der Behandlung, eine oft unnötige Chronifizierung der Erkrankung und nicht zuletzt auch der Verlust gesellschaftlicher Teilhabe.

Wir alle wissen: Patientinnen und Patienten benötigen in psychischen Krisen einen zeitnahen, niedrigschwelligen Zugang zu einer koordinierten medizinischen Versorgung.

Psychische Krisen entstehen jedoch ohne Rücksicht auf Praxiszeiten. Tatsächlich steht Patientinnen und Patienten dann unter Umständen nur der Zugang zu einer Klinik zur Verfügung. Hier besteht Handlungsbedarf.

Psychische Krisen zu bewältigen und dafür niedrigschwellige Strukturen vorzuhalten gehört für mich zur Daseinsvorsorge, der alle Ebenen unseres Staates verpflichtet sind:

So gehört z. B. die Einrichtung eines Krisen- und Notfalldienstes unbestritten zu den vordringlichen, aber auch besonders schwierigen Aufgaben der Gemeindepsychiatrie. Es muss sichergestellt sein, dass auch außerhalb der Dienstzeiten des Sozialpsychiatrischen und der anderen komplementären Dienste Hilfen bei Krisen erbracht werden. Auch von der Expertenkommission der Bundesregierung wurde die Notwendigkeit von Hilfen in Krisensituationen unterstrichen. Hier darf sich keiner aus der Verantwortung stehlen.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz haben wir deshalb die Voraussetzungen geschaffen, kreativ vor Ort diesen Auftrag zu erfüllen.

Dabei geht es um deutlich mehr, als um die Klarstellung im Gesetz, dass der Sicherstellungsauftrag sich auch darauf bezieht, die fachärztliche Versorgung zeitnah zur Verfügung zu stellen.

Vielmehr wurden unter anderem die Instrumente der Bedarfsplanung stärker flexibilisiert und regionalisiert. Anstelle starrer zentraler Vorgaben sollen Regelungen gelten, die stärker auf die Bedingungen vor Ort eingehen. Hierdurch werden die Voraussetzungen für eine flächendeckende, wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung geschaffen.

Ich habe mich in diesem Zusammenhang von Beginn an auch dafür eingesetzt, Anreize im Vergütungssystem zu setzen. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz enthält hierzu eine Reihe von Maßnahmen, z. B. die Möglichkeit für Preiszuschläge für besonders förderwürdige Leistungen sowie Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern in strukturschwachen Gebieten.

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil des Gesetzes ist die Flexibilisierung der medizinischen Versorgung etwa durch die sektorenübergreifende Organisation des ärztlichen Notdienstes, die Unterstützung mobiler Versorgungskonzepte und die Ermöglichung weiterer Satzungsleistungen durch die Krankenkassen. Hierdurch wird der Wettbewerb um die besten Versorgungskonzepte gestärkt.

Ich will aber hier nicht nur darüber sprechen, was sein kann oder muss, sondern auch darüber, was in der Praxis bereits umgesetzt wird: Einige Krankenkassen haben die in den vergangenen Jahren geschaffenen Möglichkeiten des Wettbewerbs auch im Bereich der Versorgung psychischer Erkrankungen angenommen. Hier gibt es z. B. im Rahmen der integrierten Versorgung vielversprechende Versorgungskonzepte, mit denen sichergestellt werden soll, dass Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen im Krisenfall sofortige und vor allem niedrigschwellige Hilfe erhalten. So kann die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der gewohnten Umgebung gewährleistet und in vielen Fällen ein stationärer Aufenthalt vermieden werden.

Mir schilderte eine Patientin, die an einem solchen Programm teilnahm, dass ihr das Wissen, in einer Krise die benötigte Unterstützung zu erhalten, bei der Bewältigung ihres Alltags große Sicherheit gäbe.

Erlauben Sie mir in diesem Zusammenhang auch einen kurzen Abstecher zum Patientenrechtegesetz.

Am Anfang der Diskussion um das Gesetz hieß es, man muss eine Passage aufnehmen, welche die besonderen Belange der Menschen mit psychischen Erkrankungen herausstellt.

Am Ende der Diskussion war klar, jede Besonderheit wäre eine Diskriminierung – denn die Patientenrechte müssen grundsätzlich für alle Menschen gleich gelten, aber vielleicht unterschiedlich umgesetzt werden.

Ich mache dies an einem Beispiel deutlich:

In § 630 BGB zur Aufklärungspflicht heißt es, »die Aufklärung muss für den Patienten verständlich sein.«

Egal ob der Mensch schwerhörig, eine andere Sprache spricht, oder leicht dement ist– jeder muss verstehen was mit ihm passiert, sonst ist die Einwilligung in die Behandlung ungültig. Bei Patienten, die aufgrund ihres Zustandes nicht in der Lage sind, die Tragweite ihrer Entscheidung abzusehen, und daher nicht selbst einwilligen können, liegt eine besondere Situation vor.

Hier muss ein Bevollmächtigter oder ein Betreuer nach vorheriger Aufklärung an ihrer Stelle entscheiden, soweit nicht bereits eine Patientenverfügung die jeweilige Behandlung gestattet oder untersagt.

Aber, und das ist wichtig und so neu: um gleichwohl sicherzustellen, den Betroffenen in diesen Fällen nicht zu übergehen, muss sich der Arzt so gut wie möglich auf den jeweiligen Patienten einstellen.

Je nach Zustand und Verständnismöglichkeit soll ein Weg gefunden werden, ihm die wesentlichen Umstände der vorgesehenen Behandlung zu erläutern.

Ärztinnen und Ärzte sind hier also verpflichtet, auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Patienten einzugehen. Denn dem Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung und der Sicherstellung des Zugangs zu Informationen kommt in der medizinischen Behandlung besonderes Gewicht bei.

Der gleiche Grundgedanke findet auch bei der Neuregelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme Anwendung.

Der Bundesgerichtshof hatte – wie Sie sicherlich wissen – am 20. Juni 2012 unter ausdrücklicher Aufgabe seiner bisherigen Rechtsprechung in zwei Verfahren entschieden, dass es an einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung fehlt.

Er hat damit zunächst einmal Entscheidungen gefällt, die auf den Schutz der Rechte der betroffenen Patientinnen und Patienten abzielen. Denn eine Zwangsbehandlung betrifft elementare Grundrechte der Patientinnen und Patienten. Sie darf daher nur nach sorgfältiger Abwägung der betroffenen Interessen und insbesondere auch nur auf einer gesetzlichen Grundlage vorgenommen werden.

Durch die Abkehr des Bundesgerichtshofs von seiner bisherigen Auffassung war jedoch eine Situation eingetreten, in der der Schutz von Patien-

tinnen und Patienten ebenfalls nur unzureichend gewährleistet war. Denn das Fehlen von Zwangsbefugnissen zur Durchsetzung notwendiger medizinischer Maßnahmen konnte dazu führen, dass Patientinnen und Patienten eine solche Behandlung nicht erhalten und dadurch Schaden nehmen.

Der Bundestag hat deshalb am 17. Januar 2013 eine neue gesetzliche Grundlage beschlossen. Eine Zwangsbehandlung ist danach nur als letztes Mittel zulässig, zu dem es keine Alternative geben darf. Zuvor muss immer versucht werden, das Einverständnis des Betroffenen einzuholen.

Weiterhin darf sie nur im Rahmen einer stationären Unterbringung erfolgen, eine ambulante Zwangsbehandlung bleibt also weiterhin unzulässig. Der Betreuer benötigt außerdem für seine Einwilligung in eine solche Behandlung die Genehmigung des Gerichts.

Auch wenn damit wichtige Maßnahmen auf den Weg gebracht wurden: Ich sehe im Bereich psychischer Erkrankungen noch großen Handlungsbedarf.

Die Sicherstellung von Hilfen bei psychischen Krisen ist dabei ein wichtiger und großer Punkt. Nachholbedarf gibt es aber auch insgesamt bei der Prävention im Bereich psychischer Erkrankungen. Und nicht zuletzt bleiben Aufklärung und der Abbau der Stigmatisierung wichtige Themen.

Für den Bereich der psychischen Erkrankungen gilt dabei wie überall im Gesundheitswesen: Optimale Resultate lassen sich nur dann erzielen, wenn alle Beteiligten an einem Strang ziehen. Hier darf sich – ich sage es noch einmal – keiner aus der Verantwortung stehlen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen für heute eine gute Veranstaltung, aus der Sie mit vielen neuen und guten Ideen zum Wohle der Patienten herausgehen.

Krise als Weichenstellung – die Chance von Peerberatung: trialogisches Gespräch

Thomas Bock, Margrit Grotelüschen, Marita Lamparter

Bock: Herzlichen Dank für diese Möglichkeit im Trialog zu sprechen. Sie werden gleich merken, dass manche von uns den Trialog auch in sich tragen. Wir sind zu dritt: Margrit Grotelüschen, Marita Lamparter und ich. Wir haben uns das Thema ein bisschen aufgeteilt in zwei große Runden. Einmal unsere eigene Erfahrung mit Krisen. Dann eine zweite Runde: Welchen Beitrag kann Peer-Beratung im Umgang mit Krisen liefern? Alle, die hier sitzen sind eben auch Peer-Berater bzw. sind mit dem Thema Peer-Beratung befaßt. Ein Gedanke, den wir hier einbringen wollen ist: Ist Peer-Beratung etwas, was gerade im Umgang mit Krisen ein zusätzlicher wichtiger Beitrag sein kann?

Vielleicht kurz noch was *zum Begriff Trialog*. Trialog heißt, sich auf Augenhöhe begegnen. Das hat schon eine gewisse Geschichte in Deutschland. Es begann als Keimzelle des Trialogs mit dem Psychoseseminar vor 25 Jahren in Hamburg, wo sich dann plötzlich Experten der eigenen Erfahrung und Experten durch Ausbildung und Beruf gegenüber saßen und voneinander lernten. Für mich eine sehr neue Erfahrung, auch in der Wahrnehmung von psychischen Krankheiten und Krisen: Ich habe gelernt, sie vollständiger wahrzunehmen, selber gelassener zu bleiben und Krisen auch mit anthropologischen, zutiefst menschlichen Aspekten in Verbindung zu bringen. Das war der Start vor 25 Jahren. – Vor etwa 15 Jahren entstanden dann die ersten trialogischen Bürgerinitiativen, so nenne ich das inzwischen, in Leipzig und Hamburg: Irre menschlich Hamburg und Irrsinnig menschlich Leipzig waren zwei solcher Modellprojekte, bei denen es dann darum ging, nicht nur untereinander Vorurteile auszuräumen, sondern gemeinsam gegen die Vorurteile in der Gesellschaft zu kämpfen. Interessanterweise sind alle diese Projekte inzwischen in die Richtung gegangen, insbesondere in Schulen nicht nur Vorurteile zu beseitigen, sondern auch zu sensibilisieren im Umgang mit eigenen Krisen. Das heißt, der Trialog ist der Krise schon näher gekommen und hat bereits präventive Aufgaben wahrgenommen. – Der dritte Schritt in der Entwicklung des Trialogs war dann zumindest aus Hamburger Sicht, auch wieder zurückzukehren in die Psychiatrie: Die Experience Involvement Ausbildung ist eine Ausbildung, bei der Betroffene gemeinsam reflektieren und lernen, um dann selbst gezielt bezahlte Aufgaben in der Hilfestellung für

andere zu übernehmen; dasselbe haben wir in Hamburg auch für Angehörige durchgeführt. Davon werden wir in der zweiten Runde berichten.

Von mir noch eine *persönliche Bemerkung*: Das Thema Krise als Weichenstellung erlaubt uns Profis ja auch, ohne Gesichtsverlust an uns selbst zu denken. Jeder von uns hat Krisen. Jeder von uns hat auch existenzielle Krisen durchgemacht. Und ich vermute mal, ohne diese Krisen wären wir schlechtere Therapeuten. Es lohnt sich, beim Thema »Umgang mit Krisen anderer« auch daran zu denken: Was wünsche ich mir denn selber? Was war denn für mich selber hilfreich? Ich will sie jetzt nicht lange mit meiner persönlichen Geschichte langweiligen. Ich hatte eine sehr tiefe Krise als ich Vater wurde und meine Lebenssituation sehr unklar war und ich nicht wusste, ob und wie ich mein Vater-sein auch im Alltag leben kann. Dieser Rollenkonflikt hat mich anfangs schier zerrissen, und ich war nahe dran, die Seiten zu wechseln. Was hat mir in der Situation geholfen? Dass ich zu meiner Arbeit gehen konnte, ohne arbeiten zu müssen. Die Kollegen haben das ausgehalten, dass ich Arbeit gespielt habe. Dass ich morgens gekommen und abends gegangen bin, also eine Struktur behalten habe und dadurch ein bisschen Halt hatte. – Ausserdem hat mir geholfen, dass mein Vater zu Besuch kam und dass ich einen besten Freund hatte, der mir beistand. Bei meinem Vater war völlig spürbar, dass er mir nicht helfen konnte, aber er war einfach da. An der Stelle denke ich manchmal, das hat mich geprägt auch im Umgang mit Angehörigen. Wie arrogant gehen wir Psychiater, Psychologen manchmal mit Angehörigen um, ohne wahrzunehmen, was sie in den Familien leisten, wie selbstverständlich sie da sind. Die Angehörigen dabei wahrzunehmen und zu stärken ist schon ein Teil der Krisenintervention – also nicht nur auf den Einzelnen zu sehen, sondern auch auf seine Ressourcen. Soweit eine kurze persönliche Bemerkung zum Thema »Krisen als Weichenstellung«. Für mich war die Situation damals eine Weichenstellung zum Erwachsenwerden. Insofern nicht nur eine zum Schlechten. Ich gebe jetzt weiter an Margrit Grotelüschen. Wir sind in der ersten Runde. Welche Erfahrungen mit Krisen hast Du? Was hat Dir geholfen? Wo war die Psychiatrie hilfreich oder nicht hilfreich?

Grotelüschen: Was habe ich für Erfahrungen mit Krisen? Ich habe in meinem Leben selbstverständlich Krisen gehabt, in der Pubertät ging es ordentlich zur Sache, wie fast bei jedem Menschen in dieser Lebensphase. Aber irgendwann in meinem Leben hat sich deutlich etwas in eine andere Richtung entwickelt. Ich will das jetzt nicht lange ausführen. Ich war schon etwas älter. Mit Mitte 30 hatte ein sehr kleines Kind und dann kam eine

Phase, in der ich diverse körperliche Erkrankungen hatte u. a. auch eine Fehlgeburt und einiges anderes. Einige Operationen, vier Vollnarkosen innerhalb von zwei Jahren. Mein System brach irgendwann zusammen und das wirkte sich auf die Psyche aus. Das ist eine einschneidende Erfahrung, wenn man auf einmal das Gefühl hat, das Leben bricht einem komplett weg. Es hatte zur Folge, dass mein Mann unsere Familie verlassen hat. Wir hatten eine kleine Tochter damals, die jetzt mittlerweile 17 ist. Ich hatte das Gefühl, mir ist der ganze Boden unter den Füßen weggerissen. Alles kam anders, als ich mir das hätte je vorstellen können. Gerne sage ich immer wieder öffentlich, es ist mir persönlich so wichtig, dass das Bewusstsein da ist, dass es jeden Menschen – also Sie alle, uns alle, jeden Menschen – ereilen kann, ohne dass man damit rechnet Und man wünscht sich das schon gar nicht. Es kann aber so sein. Ich finde das wichtig zu verinnerlichen, dass es eben nicht etwas ist, was nur andere trifft.

Das macht was mit einem. Und unter Umständen ist das letztlich auch eine positive Erfahrung, weil mein Gefühl ist, wir sind alles Menschen und uns allen kann etwas Menschliches passieren. Und auch menschlich ist, in starke Krisen zu geraten. Und erkrankt zu sein. Vielleicht auch länger erkrankt zu sein. Vielleicht stark erkrankt zu sein. Es ist alles möglich. Ich denke, wichtig ist die Frage des Umgangs mit Krisen. Was wir daraus machen. Ob wir in einer Krisensituation verharren und uns einrichten im krank sein oder ob wir Krisen als Chancen begreifen. Da ist ein Einbruch oder es ist in meinem Leben irgendwas nicht in Ordnung oder das sind Bereiche, die ich mir genau angucken muss. Manchmal kann man es gar nicht genau analysieren. Aber jedenfalls, die Krise zu nehmen, um auch wieder aus dieser heraus zu kommen und die Verantwortung für sich und sein Leben und sein Tun, das was dann kommen wird, zu übernehmen.

Bock: Magst Du sagen was dir dabei geholfen hat?

Grotelüschén: Mir hat unter anderem sehr geholfen, dass meine Eltern – speziell meine Mutter – sehr stark an meiner Seite waren, wenn auch nicht permanent anwesend, weil sie weit entfernt wohnt, aber ich konnte sie immer anrufen. Ich war im Jahr 2001 sechs Wochen in der Psychiatrie. Ich war nur ein Mal in der Psychiatrie. Es war keine schöne Erfahrung. Wobei mir auch sehr wichtig ist zu sagen, dass es wirklich gute professionelle Unterstützer und Helfer gibt. Alles andere wäre nicht richtig. Ich sage immer, in jedem Bereich, überall gibt es solche und solche, eben auch bei den Profis und in den Psychiatrien. Ich konnte meine Mutter jeden Tag anrufen. Sie ist letztendlich gekommen. Wir haben ein dialogisches

Gespräch geführt mit dem Chefarzt, der meinte, ob ich nicht noch ein bißchen bleiben wollen würde, so stabil wäre ich doch noch nicht. Und meine Mutter mit ihren damals 75 Jahren hat gesagt: »Nein. Meine Tochter muss hier raus. Die wird hier nicht gesund. Ich nehme sie mit nach Hause. Wir müssen ihre Tochter holen. Sie braucht sie, um wieder gesund zu werden.« Und so ist es dann auch gewesen. Es hat mich sehr unterstützt, dass mir auch Verantwortung gegeben wurde. Ich habe meine Tochter zum Kindergarten gebracht und abgeholt. Und mir wurde was zugetraut. Nicht die Ängste, die natürlich entstehen, wurden mir übergestülpt, sondern es war ein relativ »normaler« Umgang mit mir und meinem Befinden, wenn man das in diesem Zusammenhang so sagen kann.

Insgesamt hat mich unterstützt, dass es Menschen in meiner Umgebung gab, die an mich geglaubt haben und mir auch gesagt haben, wie sie mich kennen, was sie denken, was passieren kann, wenn es mir wieder besser geht. Sie haben Dinge ausgesprochen, die ich in dem Moment selber nicht aussprechen konnte oder auch nicht wirklich denken konnte. Weil ich in dem Moment stark verunsichert war und nicht mehr richtig an mich glaubte. Diese Umgebung, dass Menschen da waren, die an mich geglaubt haben und für mich gesprochen haben, fand ich sehr hilfreich. Und ebenso schwer war es auch, dass es genügend Menschen gab, die sich von mir abgewandt haben. Ich denke, dass so eine Erkrankung Menschen daran erinnert, dass es ihnen selber auch passieren kann. Das können viele Menschen nicht aushalten und dann sind sie weg. Was mir auch sehr geholfen hat war, dass es mein Kind gibt, also meine Tochter. Das hat mir sehr geholfen. Das war auch ein wichtiger Grund zu denken, ich will da wieder raus. Ich muß mich da irgendwie wieder raus arbeiten.

Bock: Der eigene Rahmen, der Dich gehalten hat und auch die Verantwortung, die Dir zugetraut wurde, haben geholfen. Vielleicht passt es an der Stelle, die Angehörigenperspektive dazu zu nehmen. Wir haben sie ja beide schon erwähnt. Wie wird eine tiefe Krise erlebt aus der Perspektive einer Mutter?

Lamparter: Ich bin Marita Lamparter. Ich bin hier als Angehörige, bei meinem Sohn wurde im Jahr 2000, es ist schon eine Weile her, eine Schizophrenie diagnostiziert. Allein die Diagnose löste damals einen tiefen Schock aus mit heftigen, widersprüchlichen Gefühlen: Ich war geschockt. Ich war gelähmt. Ich wollte es nicht wahr haben. Dann habe ich wieder gehofft, dass es nur eine Phase ist, dass es besser wird. Bald wurde aber klar, dass es nicht besser wird. Damit musste ich nun leben. Eine schwierige Phase

begann mit Ärzten, Polizei, Betreuung, Amtsgericht, Gutachten. Das gehörte nun zu meinem Leben und zwar ständig. Damit musste ich umgehen. Ich geriet in eine ganz fundamentale Krise. Die Krankheit ist ja nicht gerade so sympathisch. Da reißt man sich nicht drum, eine solche Krankheit zu haben.

Der Ausbruch der Krankheit geschah ein Jahr vor dem Abitur. Ich habe noch einen älteren Sohn und ich dachte natürlich wie viele Frauen in dem Alter – ich war noch keine 50 – jetzt hast du die Familienphase hinter dir, jetzt kommt noch mal ein ganz anderer Lebensabschnitt und dann ging quasi alles noch mal zurück. Das war sehr schwer für mich. Die erste Zeit habe ich mich zurückgezogen, mochte nicht mehr zu Festen gehen, bin manchen Leuten aus dem Weg gegangen. Hab' dann spät abends eingekauft, damit ich niemanden treffe. Solche Strategien und Überlegungen waren neu für mich. Oder ich habe viel zu viel mit Freunden darüber geredet. Das war alles nicht so recht im Lot. Dann, schwer zu ertragen das Mitleid von den anderen Familienmitgliedern, von Freunden, von Kollegen. Die vorwurfsvollen Blicke und wie hingeworfenen Sätze: »Na, das hast du wohl was falsch gemacht. Du solltest mal überlegen, was da bei euch schief gegangen ist«. Das habe ich mich natürlich selber auch gefragt: »Was ich falsch gemacht habe. Habe ich alles falsch gemacht? Ich bin Schuld.« Habe mir Situationen wieder vor Augen geführt. Hörte dazu die vermeintlichen Kommentare: »Doublebind, kein Wunder«. Diese Gedanken, die sich im Kreise drehen, die große Sorge und das Unglück des eigenen Kindes sind ein schweres Gewicht.

Was hat mir geholfen aus der Krise rauszukommen, sie zu überstehen? Was mir besonders geholfen hat, ist das »richtige Wort zur richtigen Zeit«. Das hört sich nach nicht viel an. Zum Beispiel hat mir eine Freundin geraten, die auch selber Ärztin ist: »Pass auf, du wirst jetzt Fehler machen. Du kannst nicht alles richtig machen können. Probier es einfach aus und dann wirst du deinen Weg, deinen Umgang damit finden.« Das hat mir sehr geholfen, der Druck, jetzt alles richtig machen zu wollen und nicht zu wissen, wie, ist immens. Freundliche Menschen, die einfach da sind, gar nicht viel darüber reden, sondern einfach mit einem schwimmen gehen. Dann hat mich jemand- wie man in Hamburg sagt – »mitgeschnackt«: »Da wird ein Chor aufgebaut, du kannst doch singen. Jetzt komm, mach das doch mal mit«. Ich bin mitgegangen und hatte nun die Gelegenheit, zwei Stunden in der Woche, an was ganz anderes denken zu können. Das war wunderbar und ich bin immer noch in dem Chor. Chorleben, Musikerleben, Auftritte sind eine große Bereicherung. Ich habe eine neue Welt kennen gelernt, die ich wahrscheinlich ohne die Erkrankung nicht kennengelernt hätte.

Der Weg in die Kreativität, in die Kunst war sehr wichtig für mich. Da haben sich neue Türen für mich geöffnet. Ich habe mich wieder sehr für Literatur interessiert, habe selber angefangen zu schreiben und sogar ein kleines Büchlein veröffentlicht. Das waren ganz wichtige Schritte für mich. Ich möchte von zwei Erfahrungen in der Psychiatrie erzählen. Einer guten und einer schlechten. Zunächst die schlechtere:

Mein Sohn musste ins Krankenhaus eingeliefert werden, in die Psychiatrie, in die geschlossene Abteilung. Er war schwer krank. Ich habe ihn regelmäßig besucht und bekam dafür den, »Ach da kommt sie wieder, die überfürsorgende Mutti«-Blick ab. Nach vier Wochen besuche ich ihn an einem schönen Frühlingstag, wir gehen zusammen Eis essen, da sagt er so ganz nebenbei: »Ich werd' morgen entlassen.« Ich denke, das kann gar nicht sein, dass stimmt jetzt nicht. Denkt er sich vielleicht aus oder hat sich das zusammengereimt? Zurück im Krankenhaus frage ich die Schwester am Eingangstresen: »Mein Sohn spricht von Entlassung. Stimmt das?« Die Schwester, nebenbei erledigt sie noch ihre Dokumentationsarbeiten, antwortet knapp: »Ihr Sohn ist 18, haben Sie irgendein Problem damit?« Am nächsten Tag ist tatsächlich Entlassung. Vom Krankenhaus wird wie selbstverständlich davon ausgegangen, dass ich mir dann am nächsten Tag frei genommen habe, den Sohn abhole, das Gepäck mitnehme usw.; ansonsten wurde ich keiner Weise irgendwie einbezogen.

Im Anschluss daran lief vieles schief. Jahre später kam es erneut zu einer Einweisung in die Psychiatrie. Das war eine ganz andere Erfahrung und da hatte ich als Angehörige nicht gleich den Stempel: »Da kommt sie wieder, die Mutti und weiß alles besser.« Ich war kein Störenfried, sondern ich wurde als Helferin angesehen. Die Schwestern waren einfach ganz reizend und ich kann es nicht genug betonen, wie wichtig das war, dass mich niemand so angeguckt hat.

Zum Schluss möchte ich zusammenfassend sagen, mein ganzes Leben hat sich geändert. Ich bin viel mehr nach innen gegangen. Ich war früher ein Mensch, der viel im Außen gelebt hat. Das hat sich geändert. Mein Sohn mag Rituale: Wenn er zu Besuch kommt, liegt immer ein Spaziergang an die Elbe an. Das ist eigentlich für mich auch ganz schön.

Bock: Ich denke, es ist deutlich geworden, wie sehr Angehörige involviert sind. Ich weiß nicht, ob das bis nach hinten gedrungen ist: Das was du eben ganz traurig gesagt hast, ist auch ein wichtiger Lernprozess gewesen, zu sagen, ich schaue jetzt auch auf die kleinen Dinge, mehr nach innen. Ich habe mich in dieser Krise auch ein Stück weiter entwickelt oder andere

Dinge schätzen gelernt. Das ist eigentlich ein ermutigender Prozess, den du jetzt zum Teil an andere weiter gibst.

Insgesamt habe ich den Eindruck, dass die Psychiatrie nicht gut darauf eingestellt ist, um mit Krisen umzugehen. Sie ist zu wenig mobil. Sie ist nicht vor Ort. Sie begleitet nicht durch Krisen. Sie hat ständige Wechsel von Bezügen ambulant, teilstationär, stationär, und sie ist in meinen Augen auch in der Haltung nicht krisenfreundlich genug. Allein diese Verdikte, in Akutbehandlung auf keinen Fall wieder psychotisch zu werden, auf keinen Fall wieder depressiv zu werden. So verständlich das in akuten Situationen sein mag, führt es bei vielen Betroffenen dazu, nicht nur die Psychose oder die Depression zu vermeiden, sondern das Leben gleich mit: Nicht mehr umzuziehen, sich nicht zu verlieben, nicht zu verreisen, weil ja alles eine Gefährdung darstellen könnte. Es ist nicht meine Haltung, Patienten ins Messer laufen zu lassen, aber es wäre eine Aufgabe von Psychiatrie, Menschen durch Krisen zu begleiten.

Gerade wenn wir dünnhäutig sind, können Lebenskrisen eben auch ein größeres Echo haben. Ziel aller Reformen muss sein, dass wir Menschen mit mehr Kontinuität durch diese Krisen begleiten – unabhängig vom Behandlungsstatus – mit mehr Beweglichkeit im Sinne von Hometreatment. Das geht dann schon in die Richtung von »Integrierter Versorgung«. Es geht also um eine Psychiatrie, die weniger zersplittert, dafür mehr im Lebenskontext präsent ist.

Die Rolle der Peer-Beratung

Hier beginnt jetzt unsere zweite Runde: Ein weiterer Beitrag dazu könnte sein, dass Menschen mit Krisen- und Psychiatrieerfahrung als Peer-Berater zur Verfügung stehen. Dass sie als Genesungsbegleiter den Weg von der Station nach Hause begleiten und als Gesundheitslotsen helfen, die notwendigen Ressourcen abzurufen. Noch haben wir eine große Ungerechtigkeit: Bestimmte Ressourcen werden von privilegierten Patienten abgerufen und Menschen mit bestimmten Diagnosen stehen hinten an. Hier habe ich die Hoffnung, dass Peer-Beratung auch ein Stückchen »Nachteilsausgleich« bewirken kann. Und dass sie mehr Selbsthilfe und Selbstwirksamkeit mobilisiert. Ähnliches gilt für Angehörige. Wir beginnen jetzt also die zweite Runde und hören, welche Erfahrung ihr beide als Peer-Beraterinnen macht. Margrit Grotelüschen ist am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) tätig in einem Peer-Team. Und Frau Lamparter ist in Altona im Westklinikum

zuständig. Zum Hintergrund: Mit Hilfe des Psychenet-Forschungsprojekts haben wir erreichen können, dass alle Hamburger Kliniken an insgesamt zehn Standorten eigenständige »doppelte« Peerberatung vorhalten – und zwar an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Alle Krankenhausträger sind beteiligt. Das Ganze wird evaluiert – hinsichtlich der Wirkung auf Nutzer, auf die Berater selbst und auf die Institutionen. Ich habe die Hoffnung, dass es uns gelingt, das auch zu verstetigen, also mit der Gesundheitsbehörde und den Kassen eine Regelfinanzierung zu erarbeiten. Aber zu diesem politischen Problem komme ich am Schluss noch mal.

Erst mal ein Einstieg: Wie könnte Peer-Beratung helfen, gerade im Umgang mit Krisen? Welche Erfahrung macht ihr in der Peer-Beratung?

Grotelüschchen: Ich bin seit Sommer 2011 im UKE in Hamburg als Peer-Beraterin tätig. Wir waren bis vor einigen Monaten zu dritt. Zwei Frauen und ein Mann. Und seit Anfang des Jahres haben wir auch eine Angehörigen-Peer-Beraterin. Es ist so, dass der Peer-Beratung – das hat Thomas Bock schon gesagt – die »Experienced Involvement (EX-IN) Fortbildung vorausging. Das ist eine einjährige Fortbildung, die ganz stark darauf ausgerichtet ist, sich noch mal mit der Krankheit auseinander zu setzen. Aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten, was ist da eigentlich mit mir passiert? Wann und wodurch begann mein Genesungsweg? Wer oder was unterstützte mich? Wo sind meine Recourcen? Wir setzten uns auseinander mit Empowerment, Recovery, Salutogenese. Für viele Menschen, die die Fortbildung machen, ist das eine Möglichkeit, ganz andere Aspekte noch mal mit einzubeziehen was die Krankheit betrifft. Auch ein anderes Verständnis dafür zu bekommen, etwas über andere psychische Erkrankungen zu erfahren und vielleicht einen Sinn darin zu finden, was da mit einem passiert ist. Welchen auch immer.

Aber unter anderem könnte ja auch ein Sinn sein, mit meiner Erfahrung andere Menschen in ähnlichen Situationen zu begleiten und zu unterstützen. Und diese ähnlichen Situationen, dass bezieht sich eigentlich weniger darauf, dass dieser Mensch genau das erlebt hat, was ich erlebt habe, sondern unter Umständen jemand, der vielleicht eine andere Art von psychischer Erkrankung hat oder hatte oder eine Krise durchlebt. Was uns allen letztlich gemein ist, ist dieses Gefühl von »wir sind irgendwie in einem Moment rausgefallen aus dem Ganzen, wir durften nicht mehr mitspielen«. Wir gehörten nicht mehr dazu und mussten anfangen, unser Leben wieder ganz neu zu ordnen. Das ist nicht so einfach. Der Grundgedanke an der Peer-Beratung ist auch, dass man als Peer »Gleicher unter Gleichen« ist. Man spricht mit einem Menschen, der auch diese Erfahrung gemacht hat

des Rausgefallenseins, des sich neu orientieren müssens. Beispiel: Wenn ein Mensch mit einer Depression zur Beratung kommt, da muss nicht lange erzählt oder nachgefragt werden, sondern das spürt dann der andere, dass ich weiss, was das bedeutet, eine Depression zu haben. Und da kommt es nicht so sehr darauf an, ob das eine starke Depression ist oder war oder vielleicht eine mittelschwere, sondern überhaupt, wie sich das grundsätzlich anfühlt. Und das glaube ich, gibt einen sehr großen Vertrauensvorschuss von den Menschen, die zu uns kommen. Sie öffnen sich relativ schnell und das ist eine sehr schöne Erfahrung. Das ist für beide Seiten gut.

Ich hätte mir das damals sehr gewünscht, in der Psychiatrie jemanden zu haben, ich hätte gerne gesprochen oder mich ausgetauscht, aber da wurde mir nichts angeboten. In der Peer-Beratung ist dieser Austausch da, in diesen ganz akuten Phasen. Wie Thomas schon sagte, wenn Menschen z. B. von der Station kurz vor der Entlassung stehen, die überlegen, wie könnte das alles weiter gehen. Wie wird das überhaupt werden? Wie strukturiere ich meinen Tag? Bis hin zu Menschen, die gar nicht im Krankenhaus sind, die auch zu uns kommen können. Wo es oft um Lebensfragen geht oder auch Haltungsfragen. Wie gehe ich mit meiner Erkrankung um? Wie integriere ich meine Erkrankung in mein Leben und lebe ich es trotzdem lebenswert, auch wenn es bestimmte Einschränkungen gibt? Wie kann ich das anstellen, dass ich mit diesem oder jenem Problem so umgehe, dass es mich nicht so beeinträchtigt, dass gar nichts mehr geht?

Das sind so viele komplexe Bereiche, die dort besprochen werden und es ist natürlich sehr unterschiedlich, weil die Menschen sehr unterschiedlich sind, die kommen. Es ist eine äußerst bereichernde Arbeit. Für mich auch erfüllend zu merken, dass das, was ich erlebt habe hilft, da muss ich oft gar nicht viel drüber sprechen. Darüber wollen die meisten gar nicht unbedingt viel wissen. Es gibt einige wenige, die konkreter fragen, aber vielen reicht eigentlich schon das Wissen, dass ich persönliche Erfahrung mit Krankheit habe. Es ist wirklich erfüllend zu sehen, was mit Menschen in den Gesprächen passiert, teils nach relativ kurzer Zeit, manchmal nach ein paar Monaten. Wo sich was verändert auch im Blickwinkel. Wo einfach ein bisschen mehr Lebensfreude und Lebensmut kommt. Und was ich vorher über mich selber schon sagte, das empfinde ich in meiner Arbeit eben auch, dass ich manchmal Dinge sagen kann, die der andere in dem Moment selber nicht für sich sagen, fühlen oder empfinden kann. Dass ich sagen kann, ich fühl das einfach oder ich bin mir sicher, dass sich da und da noch was tun wird oder einfach unterstützend da zu sein.

Bock: Ich glaube, es wird deutlich, dass ihr Hoffnung vermittelt allein dadurch, dass ihr da seid, aber auch durch das, was ihr spiegelt und verkörpert und besprecht ... Magst du noch sagen, wie die Mitarbeiter wie die Psychiatrie auf auch ...

Grotelüschchen: Ich möchte noch etwas erzählen. Ich bin eigentlich »weitestgehend« stabil seit vielen Jahren, aber im letzten Jahr war das anders. Da habe ich gar nicht mit gerechnet, aber wann rechnet man schon damit!? Mein Vater war gestorben; es ging mir nicht gut. Da habe ich überlegt: Kann ich jetzt diese Arbeit machen? Ich habe das dann einmal anklingen lassen in einem Beratungsgespräch und gesagt, dass es mir im Moment nicht so gut geht. Dann wurde mir zurück gemeldet: Das macht mir Hoffnung, dass auch Sie in Krisen kommen und auch wieder rauskommen. Das tat mir sehr gut zu hören. Ich muss auch nicht immer 100%ig funktionieren! Es ist völlig in Ordnung, wenn es mir mal nicht so gut geht, wie ich das oft gerne hätte. Insofern schließt sich der Kreis dazu, was du vorhin gesagt hast. Für mich ist es auch hilfreich, wenn zum Beispiel meine Ärztin mir sagt: »So was Ähnliches habe ich auch schon mal erlebt oder kenne ich«. Das schafft mehr Nähe. Ich erwarte eigentlich auch von niemandem, außer manchmal von mir selber ..., immer gut zu funktionieren. Und das transparenter zu machen, das ist eher hilfreich für alle Beteiligten.

Bock: Mit den Kollegen?

Grotelüschchen: Mit den Kollegen. Da gibt es solche und solche. Einige sind sehr aufgeschlossen und bezeichnen uns als Kollegen und sind froh, dass wir da sind. Läuft alles gut. Und dann gibt es auch nicht so wenige, für die sind wir vielleicht auf eine Art verunsichernd aus verschiedenen Gründen. Da gibt es dann Angestellte des Krankenhauses, die denken: Oh, wenn die Peerberater jetzt mehr machen, das sind dann nachher billige Arbeitskräfte, die nehmen uns die Arbeit weg. Was auch irgendwie nachvollziehbar ist. Aber dann wird nicht darüber gesprochen, sondern teilweise spürt man nur, dass irgendwas komisch ist. Ich denke, dass es für bestimmte Profis ungewohnt ist, dass Menschen mit eigenen Krankheitserfahrungen mit dabei sind, mitarbeiten. Das ist ein Prozess, der einfach eine Weile braucht. Ich glaube, je mehr man darüber redet oder – wie auch hier auf der Veranstaltung – man miteinander spricht und sich austauscht, desto normaler, um dieses Wort mal zu benutzen in diesem Zusammenhang, wird das ganze auch.

Bock: Die angelsächsischen Länder sind an der Stelle zum Teil weiter und haben schon sehr viel selbstverständlicher Peer-Beratungen eingeführt mit sehr guten Erfahrungen. Doch wir haben in Hamburg etwas Neues

dazu erfunden – sozusagen auf dem Hintergrund und aus der Geschichte des Trialogs: Wir haben gesagt, es braucht auch Angehörigen-Peer-Berater, die Angehörige beraten. Für ihre Vorbereitung und Schulung haben wir ein neues Curriculum erarbeitet, das nicht ganz so lange dauert wie die Ex-in-Ausbildung, aber auch viel Reflexion beinhaltet. Auch bei Angehörigen kommt es darauf an, die eigene Erfahrung zu verstehen und einzuordnen, um sie dann zu nutzen, aber auch darüber hinaus sehen zu können. Auch dazu vielleicht ein kurzer Einblick.

Lamparter: Ich berate Angehörige, die dann zu mir kommen und ich habe interessante Erfahrungen gemacht. Das Programm in Hamburg kommt sehr gut an, insbesondere durch die freie Gestaltung: Die Angehörigen können ein halbes Jahr lang Beratungstermine nutzen und in diesem Rahmen die Intervalle selber bestimmen, wöchentlich, vierzehntägig oder nach Bedarf, z. B. wenn ein Notfall vorliegt. Und das ist wirklich eine gute Sache.

Mein Status als Angehörige ist der einer Mutter, aber ich habe interessanterweise in der Angehörigenberatung mehr Ehepartner zu begleiten. Einige von ihnen haben von ihren erkrankten Angehörigen den Auftrag bekommen, »irgendwie jetzt auch was zu machen, an sich zu arbeiten«. Das Angebot der Peer-Beratung ist dann eine gute Lösung, wenn der Angehörige sich nicht auch in Therapie begeben möchte. Wichtig ist für die Angehörigen, die Möglichkeit »sich einmal aussprechen«, ohne dass man Freunde belasten muss, sondern das man einfach am Stück sprechen kann und immer wieder die gleichen Geschichten erzählen kann. Das ist nach meiner Erfahrung sehr notwendig.

Am Schluss eines Gespräches sagte mir ein junge Frau, die sich von den wirren und vorwurfsvollen Wahngeschichten ihres Mannes beeinträchtigt fühlt: »Danke, dass Sie nicht so entsetzt geguckt haben. Sie haben ganz normal geguckt«.

Bock: Kann man das so sagen, dass die Angehörigen schon kommen, auch um sich mal auszusprechen und zu jammern. Auch kommen, um Tipps zu kriegen, aber das es auch darum geht, sich auf die eigenen Bedürfnisse zu besinnen und auf sich selber aufzupassen, dass man nicht verloren geht.

Lamparter: Ja unbedingt, darum geht es eigentlich. Was bedeutet das für mich? Wie gehe ich damit um? Wie komme ich zu meinem eigenen Leben? Diese junge Frau hat dann von ihrem Pferd erzählt und dass sie nach Fanö fährt, das ist eine Insel in Dänemark. Dann haben wir gelacht und es saß auf einmal eine bildhübsche junge Frau vor mir, die sozusagen – mit leichtem Gepäck – wieder weiter gehen konnte. Es geht darum, die eigenen Stärken

und die eigenen Möglichkeiten, Ressourcen wieder zu entdecken. Ich habe mich gefreut, als sie mir erzählte, sie gehe mit Freundinnen aus und sich dafür bedanke: »Schön, dass Sie mir dazu geraten haben, und das ich das darf«. Viele Angehörige denken ja, sie müssten immer am Erkrankten nahe dran bleiben. Sie kleben am Schicksal fest, vergessen sich selber und ihr eigenes Leben zu leben.

Bock: Vielen Dank. Es gibt noch viel mehr Peer-Berater mit sehr unterschiedlichen Erfahrungen in Hamburg und auch andere Angehörige mit verschiedenen Perspektiven – nicht nur als Eltern, sondern auch als Partner, Kinder und Geschwister. Wie gesagt, es sind alle Hamburger Kliniken beteiligt und auch alle Hamburger Klinikträger, was auch in Hamburg keine Selbstverständlichkeit ist. Die Träger konkurrieren in Hamburg genauso wie überall; aber an dieser Stelle gab es ein großes Interesse, das Projekt gemeinsam durchzuführen.

Es gibt auch erste Ergebnisse: Es gibt eine sehr hohe Resonanz. Auf die Frage »Würden sie das wieder machen?«, »Würden sie das anderen empfehlen?« haben beide Zweige der Peer-Beratung bessere Werte als jede Psychotherapiestudie. Auch die ersten Daten zu Selbstwirksamkeit, Lebensqualität und sozialer Kompetenz sind sehr ermutigend. Noch mit etwas Vorbehalt, weil die Datenerhebung noch nicht abgeschlossen ist, kann man sagen, dass Menschen, die zusätzlich Peer-Beratung haben, sorgfältiger auf sich und ihre Ressourcen achten und weniger stationäre Aufenthalte haben. Das sind Aspekte, die auch die Krankenkassen interessieren. Noch ist Peerberatung in Deutschland relativ neu und jedenfalls nicht so selbstverständlich etabliert wie in England oder Australien. Wir brauchen die politische Unterstützung der AKTION PSYCHISCH KRANKE, um die neuen Konzepte auf Dauer abzusichern. Die Forschungs-Drittmitel und Sponsorengelder sind bald verbraucht. Das Angebot jetzt in der Regelversorgung zu verankern und z. B. die Krankenkassen zu finanzieren, erfordert politischen Nachdruck. Auch die Ausbildung, die Experienced Involvement Ausbildung, muss so etabliert werden, dass sie selbstverständlich von der ARGE gefördert wird. Der Beruf des Genesungshelfers muss dafür anerkannt werden, dann funktioniert auch das Reha-System oder berufliche Förderung. Deswegen war es uns dreien auch ein Anliegen, gerade beim Thema Krisen die Peerberatung mit ins Spiel zu bringen – als ein Angebot, das niedrigschwellig ist und wenig stigmatisiert. Wir möchte die AKTION PSYCHISCH KRANKE gewinnen, dieses neue Angebot zu unterstützen.

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit.

Soforthilfe bei seelischen Krisen - psychiatrische Versorgung neu aufstellen!

Gabriele Schleuning

Die aktuelle Situation der psychiatrischen Krisenversorgung in Deutschland: 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.

Die Inanspruchnahme der wenigen bundesweit etablierten Krisendienste 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, in den letzten Jahren jeweils mehr als 10.000 Telefonkontakte.

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 spezialisierte 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.

Stand der ambulanten Krisenversorgung

Die Ausstattung mit spezifischen Krisenhilfeangeboten im Sinne von ambulanten Krisendiensten beschränkt sich bundesweit auf einige wenige Großstädte, wie München, Berlin und Nürnberg. Nur wenige dieser Dienste verfügen allerdings über eine 24-stündige Erreichbarkeit. Flächendeckende Krisenversorgung in ländlichen Regionen ist kaum anzutreffen.

Punktuell 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 in Deutschland per gesetzlicher Vorgabe 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 hochschwelligeren 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 deutlich 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 »Notfallhilfe« 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-psychozialen 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 am Beispiel Bayern

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. Hier spiegelt sich vermutlich auch wider, dass für somatische Notfälle ausgebildete Ärzte in der Regel nicht über ausreichende Kompetenzen im Umgang mit psychischen Krisensituationen verfügen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es in weiten Teilen Deutschlands, sowohl in städtischen als auch 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 angeboten und erprobt wurden.

Menschen in seelischen Krisen haben einen besonderen Hilfebedarf

Seelische Krisen sind subjektiv

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.

Was von den betroffenen Menschen oder seinem Umfeld als seelische Krise empfunden wird, ist immer subjektiv



Abb. 1

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.

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 Verhaltenweisen verfestigen und längerfristige seelische oder soziale Störungen auftreten.

Professionelle Hilfe, rasch und unbürokratisch verfügbar, kann diese Entwicklung verhindern. Durch Zuhören, Ordnen, Klären, Anteil nehmen,

die Krise in Worte fassen, Vermitteln. Vor allem aber durch das gezielte Erfragen des Brennpunktes der Krise und das Herausfinden, wie dringend welche Form von Hilfe benötigt wird. Schafft es der Krisenhelfer den in eine Krise geratenen Menschen rasch zu entlasten, und falls nötig geeignete Behandlung zu vermitteln, trägt dies langfristig zu einer Vertrauensbildung in psychiatrische Hilfe 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 und die Gefahr von Behandlungsversäumnissen und Chronifizierung der Krise droht.

Damit diese Vertrauensbildung im Erstkontakt am Krisentelefon gelingt, braucht es speziell geschulte Fachkräfte, die es beherrschen, dass vom ersten Moment an Screening, diagnostische Abklärung, Gefahrenabwägungen und therapeutische Krisenintervention Hand in Hand gehen. Eine multiprofessionelle Zusammensetzung der Teams soll zudem gewährleisten, dass psychologische, medizinische und soziale Aspekte der Krise gleichermaßen wahrgenommen werden und in die Entscheidung zum weiteren Vorgehen einfließen.

Wann immer eine Krise medizinisch-psychiatrisch 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 einen Facharzt zur Beratung hinzuzuziehen.

Krise statt Krankheit

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. 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.

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. Vor seelischen Krisen ist dennoch niemand gefeit. Aber auch wenn in seelischen Ausnahmezuständen das Wahrnehmen, Denken und Fühlen, die Stimmungen und Affekte, des zwischenmenschliche und sozialen Verhaltens in für die Umwelt oft beängstigender und verstörender Art verändert ist: Niemand ist zu nur krank, niemand ist nur gesund. Seelische Gesundheit und seelische Krankheit sind Pole eines Kontinuums und krisenhaft Zuspitzungen sind Ausschläge, z. T. dramatische Ausschläge, auf dem Hintergrund einer Entwicklung, die zu jedem Zeitpunkt in Bewegung ist.

Weil dieses dynamische Modell von Gesundheit und Krankheit getragen ist von Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit des Geschehens und ihm der Beigeschmack des Unabänderlichen und Schicksalhafter fehlt, der herkömmlichen Krankheitsmodellen häufig anhaftet, stößt es in breiten Teilen der Bevölkerung auf hohe 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 ein 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.

Die Krise gemeinsam meistern

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, zu- meist multiprofessionelle und mehrdimensionale, psychiatrisch und psycho- therapeutisch fundierte Behandlungsansätze, deren Anwendung mittlerweile weitreichend erprobt und als hoch wirksam erkannt ist.

Ob eine psychische Krise auf dem Boden einer psychiatrischen Erkran- kung 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 Gefährdungs- momente. Sie entscheiden über Zeitpunkt und Art der eingeleiteten Hilfe.

Tab. 1: Ausgewählte Aspekte der Prinzipien von Krisenintervention

Problem	Prinzipien der Krisenintervention
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	
Verlust von Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl	»Krise ist bewältigbar«
Gefühl der Ausweglosigkeit	Selbstbefähigung, Empowerment
Fehlende Bewältigungsstrategien	Konzept der »Befristetheit«: Krise als Prozess mit Anfang und Ende
Aufregung/Sorge des Umfeldes	Ressourcen- und Lösungsorientierung
	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.

Wegweisung zur richtigen Hilfe: das Kernelement psychiatrischer Krisenversorgung

Weil das Spektrum an Menschen mit seelischen Krisen enorm breit ist, müssen Krisenhilfen, die für dieses Spektrum benötigt werden, Leistungen aus dem psychiatrischen Versorgungsbereich umfassen; sowohl Leistungen also, die von den Krankenkassen finanziert werden, als auch solche, die in den Finanzierungsbereich der Sozialhilfe fallen.

Grundsätzlich ist die Vielfalt und Bandbreite an Angeboten, welche für Menschen mit seelischen Krisen geeignet sind, in beiden Leistungsbereichen groß; allerdings mit erheblichen regionalen Unterschieden vor allem zwischen Stadt und Land. Im psychiatrischen Versorgungsbereich reicht sie von niedergelassenen Nervenärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten über die psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken bis zu deren Krisen-, Akut- und Spezialstationen. Im psychosozialen Bereich umfasst sie neben Sozialpsychiatrischen Diensten und Gerontopsychiatrischen Diensten die unterschiedlichsten Beratungsstellen für spezielle Zielgruppen oder Problemlagen. Ergänzt wird dieses Spektrum durch die Leistungen der Feuerwehr, der Rettungsdienste und der Polizei bei psychiatrischen Notfällen.

Die große Herausforderung an das System ist: Wie weiß der akut in eine seelische Krise geratene Mensch oder sein Umfeld, welche aus der Bandbreite an grundsätzlich verfügbaren Hilfen für ihn aktuell die richtige ist und wie er zu dieser kommt bzw. sie zu ihm?

An genau dieser Stelle, an diesem für den Betroffenen und für das System kritischem Punkt, an dem es um Risiko und Chance geht, in die Rolle eines Krisendienstes zu verankern und zwar in zwei Funktionen: Der qualifizierten Soforthilfe und dem Lotsendienst.

Diese Funktionen müssen die zentralen Leistungen und Merkmale des Krisendienstes sein: Dem Menschen, der in einer akuten Krise nicht weiß wohin er sich wenden soll, eine zuverlässige Erstanlaufstelle zu bieten, die keine Art von Krisen ausschließt und die in das gesamte Versorgungssystem, das psychiatrische und das psychosoziale gleichermaßen, vermittelt. Die Komplexität dieser Funktion ist hoch: Screening, diagnostische Einschätzung und Beurteilung einer möglichen Gefährdung gehen von Anfang an Hand in Hand mit der Anwendung des breiten Repertoires therapeutischer Krisenintervention dem Prüfen geeigneter Hilfen und der Motivation und Vermittlung dorthin.

Notwendige Funktionen und Bausteine regionaler Krisenversorgung

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.

Die Funktionen im Überblick

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

- Telefonische, möglichst Rund-um-die-Uhr-Anlaufstelle für
- Abklärung/Screening
- Beratung
- Empfehlung und Weitervermittlung

- Telefonische Krisenintervention
- Ambulante Krisenintervention und –hilfe (»Komm-Struktur«)
- Mobile, aufsuchende Krisenintervention vor Ort (»Geh-Struktur«)
- Stationäre Krisenbehandlung

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

Bausteine einer regionalen Krisenversorgung

Aufgrund der Erfahrungen im Krisendienst Psychiatrie München, empfehlen sich für ein regionales Krisenhilfesystem folgende *Bausteine*:

Die Leitstelle

Wichtigstes Merkmal einer Leitstelle muss 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 regionalen krisenspezifischen Versorgungsangebote (sowohl SGB-V- wie SGB-XII-Bereich) muss die Leitstelle übernehmen.

Hier erfolgt telefonisch

- Erstabklärung
- Einschätzung von Dringlichkeit und Gefährdung
- Diagnostische Zuordnung 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 Kriseneinschät-

Menschen in seelischer Not
Betroffene, Angehörige, Bezugspersonen, Mitbetroffene, Betreuer, Ärzte, Psychotherapeuten
Fachstellen, Einrichtungen, Polizei, Rettungsdienste

Seelische Krisen und psychiatrische Notfälle
Behandlungsfragen, Beratungsanliegen

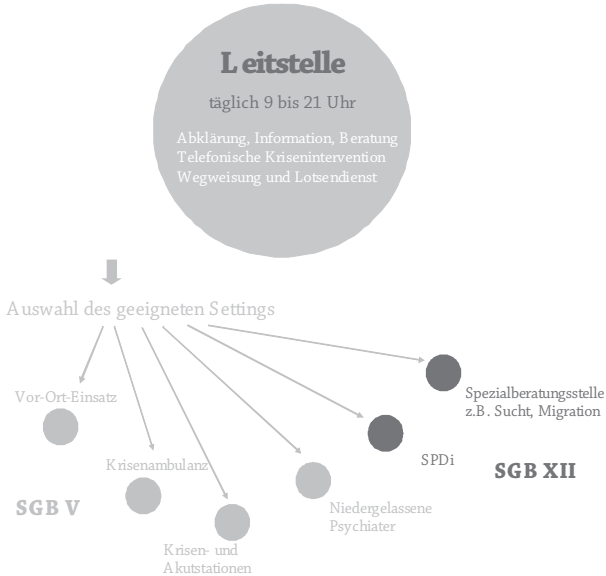


Abb. 2

zung 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 (falls vorhanden)
 - 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«

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 mit Krisendiensten ausgestatteten Regionen, z. B. 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« möglichst täglich rund um die 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).

Aufsuchende, mobile 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 ambulanter psychiatrischer Akutbehandlung, ggf. auch unter Einbindung von Psychiatrischen Pflegediensten. Auch diese Hilfsangebote eines Home Treatment sollten in das Netzwerk ambulanter Krisenhilfe einbezogen werden.

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). 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.

Chancen regionaler Krisenversorgung für Betroffene und Versorgungssystem

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

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.

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.

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.

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.

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.

Krisendienste stärken und entlasten das Versorgungssystem

Gelingt einem Krisendienst die komplexe Leistung von Abklärung, Beratung, Wegweisung und Lotsendienst in das gesamte psychiatrische und psychosoziale Versorgungssystem – und die Erfahrungen des Krisendienstes Psychiatrie München seit 2007 zeigen, dass dies möglich ist – übernimmt ein Krisendienst »quer zum System« eine Aufgabe, die kein anderer, einzelner Anbieter in vergleichbarer Form leisten kann. Der Vorteil und Nutzen eines regional verankerten Krisendienstes reicht somit weit über sein Kernziel, die unmittelbare Verbesserung klientenbezogener Krisenhilfe hinaus. Warum?

- Die primäre Anonymität und Niedrigschwelligkeit eines Krisendienstes führen dazu, dass Betroffene weniger Hemmungen haben, frühzeitig Kontakt aufzunehmen und dies eher tun. Das erhöht die Chance zu Früherkennung und Frühbehandlung seelischer Störungen und verhindert Behandlungsverzögerungen und Behandlungsversäumnisse.
- Wenn ein Anrufer sich beim telefonischen Erstkontakt kundig und verbindlich gehört, beraten, behandelt und in seiner schwierigen Lage ernst genommen fühlt, führt diese zur langfristigen Vertrauensbildung in das psychiatrische Hilfesystem.
- Qualifiziertes Abklären und individuelle Weichenstellung zur geeigneten und angemessenen Hilfe gewährleistet mit hoher Treffsicherheit ein passgenaues Ankommen des Klienten am richtigen Behandlungsort. Das entlastet Versorgungseinrichtungen vor Fehlzuweisungen.

Durch die Steuerungsfunktionen eines Krisendienstes wird somit nicht nur den individuellen Bedarfen der Klienten, 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 aus dem psychiatrischen und psychosozialen Bereich einen Konsens darüber, dass die seelische Krise oder der psychiatrische Notfall Dreh- und Angelpunkt im Lebens- oder Krankheitsverlaufs eines Menschen sind, dem höchste fachliche Zuwendung gebührt und auch, dass das Segment Krisenbehandlung durch geeignete strukturelle und inhaltliche Ausrichtung der jeweiligen Leistungsprofile der Anbieter angemessen wahrgenommen werden muss.

Krisenhilfen in der Krise? Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquete und die Chance zum Restart

Ingmar Steinhart

Post Enquete – die 80er Jahre

Schaut man sich die Entwicklung seit der Psychiatrie-Enquete an, so muss man feststellen, dass sowohl die Psychiatrie-Enquete als auch die nachfolgenden Empfehlungen der Expertenkommission mit ihrer funktionalen Betrachtungsweise psychiatrischer Versorgung das Thema Krisenhilfen praktisch nicht bearbeitet hat, entsprechende Empfehlungen sucht man vergebens.

Gleichwohl hatte Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre

- unter dem Eindruck der Forderung *ambulant vor stationär* und
- unter dem Eindruck der konkreten sich aus der Auflösung der Anstalten ergebenden Umsetzungsfrage, wie das Wohnen und Leben in der Gemeinde denn ermöglicht werden soll, ohne dass tatsächlich auch nachts und am Wochenende psychiatrisch qualifizierte Hilfen zur Verfügung stehen,

die Diskussion um Krisenhilfen zunächst Fahrt aufgenommen. Die Frage, ob eine Versorgungsregion eine gemeinsame Konzeption für die Reaktion auf Menschen in Krisen vorhält, also jenseits der 24-Stunden Ansprechbarkeit der »immobilen« psychiatrischen Versorgungsklinik, wurde bereits zum damaligen Zeitpunkt gestellt. Es war klar, dass solche Angebote mobil und rund um die Uhr erreichbar sein müssen. Zahlreiche Modelle starteten damit, die regional vorhandenen Angebote als Ressource für eine Sicherstellung der Krisenhilfen zu nutzen.

Diese Gesamtentwicklung wurde 1987 auf der APK-Tagung *Notfallpsychiatrie und Krisenintervention* aufgegriffen und umfassend beleuchtet. Im Nachgang entstand im Jahre 1993 eine weitere Standortbestimmung im Rahmen des Buches *Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie* von Günther Wienberg. Hier wurden Modelle damals existierender Krisendienste vorgestellt und Standards für Krisenhilfen entwickelt. Unabhängig von den Inhalten ist bemerkenswert, dass sich bereits beim Blick auf die beiden Titel über einen Zeitraum von nur fünf Jahren eine Schwerpunktverlagerung andeutet mit einer Priorisierung der *außerstationären Krisenintervention*.

Die wesentlichen Kernforderungen zur Organisation eines Notdienstes wurden von KEBBEL 1987 wie folgt beschrieben:

- *Wann immer möglich, sollte man sich vor Einrichten eines Notdienstes darüber im Klaren sein, für wen bzw. für welche Zielgruppen man einen Notdienst einrichten will – für alle seelisch bedingten Krisen und Notfälle oder für jene der psychiatrischen Klientel im engeren Sinne.*
- *Ein psychiatrischer Notfall – außer bei akuter Lebensgefahr – ist kein Fall für die Polizei oder die Feuerwehr. Trotzdem fällt es der Psychiatrie schwer auch im ambulanten Bereich eine Notfallhilfe zu organisieren. Dies liegt nicht nur an den in der Psychiatrie Tätigen selbst. Die ausschließliche Orientierung am medizinischen Krankheitsmodell, mangelnde Erfahrung, die Angst, schwierige Situationen alleine meistern zu müssen und Bequemlichkeit spielen hier eine Rolle.*
- *Wenn nicht eine einzige Organisation den Notdienst übernehmen kann, wird es erforderlich sein, dass in einer überschaubaren Versorgungsregion sich alle psychosozialen und medizinischen Dienste zusammenraufen und zum Beispiel einen gestaffelten Notdienst – einen Telefondienst, einen mobilen psychosozialen Dienst und einen ärztlichen Hintergrunddienst – aufbauen.*
- *In Anlehnung an HÄFNER und HELMCHEN (1978) ist es sinnvoll, verschiedene Krisenformen zu unterscheiden: Alle jene Erschütterungen im Leben, die zu Beeinträchtigungen des Wohlbefindens führen, jene Krisen, die einen Zusammenbruch von Fähigkeiten bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens zur Folge haben und jene die schließlich auch eine ernste Gefährdung der Gesundheit und des Lebens darstellen. Die beiden letzteren sollte man in Abgrenzung zu den beiden ersteren als Notfälle bezeichnen. Ob eine Hilfestellung sofort, innerhalb von 24 Stunden oder zum nächsten Gesprächstermin erforderlich ist, muss der Helfer entscheiden.*
- *Der psychiatrische Notfall ist nur das Ende einer langen Kette von Verwicklungen. Auch Zeitpunkt und Ort einer Krise oder eines Notfalls bestimmen Betroffene und Beteiligte selbst. Hilfe muss daher rund um die Uhr erreichbar sein.*
- *Folgende weitere Merkmale sind noch zu betonen:*
 - *Der Helfer muss mobil sein und vor Ort klären können, wer welche Hilfe braucht.*
 - *Eine ambulante Notfallhilfe erfordert Zeit.*
 - *Außer in lebensbedrohlichen Zuständen ist in Notfällen der sinnvollste Ort der ersten Intervention der Ort des Geschehens selbst. Nur dort erhält man ein Gesamtbild der Krise, sieht man die Lebensumstände etc.*
 - *Die Beurteilung von, sowie Hilfestellung in Krisen und Notfällen können im Rahmen ihrer fachlichen Möglichkeiten und Grenzen auch in der Psy-*

chiarie erfahrene Pflegekräfte, Sozialarbeiter und Psychologen leisten. Für unmittelbar medizinisch-psychiatrische Fragen muss jedoch immer ein Arzt erreichbar sein.

- Im Unterbringungsfalle, bei selbst- und fremdgefährdendem Verhalten, braucht man besonders viel Zeit.*
- Eine Notfallhilfe sollte entweder der Beginn oder die Wiederaufnahme einer Behandlung sein.*

Auch die Beschreibung der aktuellen Situation von 1993 von Günther WIENBERG gleicht der heutigen, als ob über 20 Jahre in der psychiatrischen Versorgung das Thema »Krisenhilfen« als Brachland liegen geblieben wäre:

Während es vielerorts gelungen ist, psychiatrische Rehabilitation auf einen recht hohen Standard zu entwickeln, stehen qualifizierte Hilfen außerhalb von Krankenhäusern in akuten Krisen und Notfällen nach wie vor nur höchst unzureichend zu Verfügung. So bleiben Angehörige psychotisch Kranker häufig gerade dann ohne fachliche Unterstützung, wenn sie diese am nötigsten brauchen. Menschen werden nach Suizidversuch ohne qualifizierte Beratung aus internistischer oder chirurgischer Krankenhausbehandlung entlassen und psychiatrische Versorgungskrankenhäuser laufen Gefahr, als Auffangbecken für all jene Krisen und Notlagen missbraucht zu werden, die im außerstationären Bereich nicht einmal eine vorläufige Antwort finden. Die üblichen Dienstzeiten außerstationärer Einrichtungen decken nicht mehr als rund ¼ der Stunden einer Woche ab. Außerhalb dieser Zeit ist der Grundsatz »ambulant vor stationär« de facto außer Kraft oder die Verantwortung wird delegiert auf Institutionen, die fachlich weder primär zuständig noch hinreichend qualifiziert sind (Polizei, Feuerwehr, Obdachlosenunterkünfte etc.). Durch die stetige Verkürzung der stationären Verweildauer in der Psychiatrie und gleichzeitigem Anstieg der Aufnahmehäufigkeit steigt der Problemdruck weiter: die Drehtür dreht sich immer schneller.

Betrachtet man im Jahr 2013 die Versorgungslandschaft, so treffen die o. g. Feststellungen sicher immer noch weitestgehend zu, die Zahl der 1993 beschriebenen Modelle hat sich im Vergleich zu heute kaum verändert – auch die in diesem Tagungsband enthaltenen außerordentlich positiven Beispiele aus der Praxis sollten darüber nicht hinweg hinwegtäuschen.

Eigentlich könnte dieser Beitrag hier enden mit der Botschaft: geht in Eure Regionen, kümmert Euch um die (außerstationäre) Krisen- und Notfallversorgung, das dazugehörige Know-how ist in der Literatur und anhand von Praxismodellen abrufbar! Wir treffen uns das nächste Mal, wenn diese Hausaufgaben gemacht sind.

Gleichwohl gibt es Licht am Ende des Tunnels – z. B. diese Tagung – verbunden mit einer Wiederbelebung des Themas. Getrieben von fachlichen Leitlinien und Kostendruck sowie von der Stärkung der Rechte der von psychiatrischen Krisen betroffenen Menschen beobachten wir in letzter Zeit einen »Drive« in Richtung einer Renovierung Gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen.

Besserung durch die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV)?

Ziel eines GPV ist die Sicherstellung gemeindepsychiatrischer Versorgung aller Patientengruppen innerhalb einer kommunalen Gebietskörperschaft, die unterschiedlichen psychiatrischen und psychosozialen komplexen Hilfebedarf haben.

Nach den eigenen Qualitätsstandards »übernimmt der GPV innerhalb einer definierten Region die Verpflichtung zur Organisation umfassender psychiatrischer Hilfen«. Umfassend beinhaltet nach aktuellem Stand der Wissenschaft die Sicherstellung der Krisenhilfen. Diese fehlen jedoch nicht nur in den Qualitätsstandards. Auch in der Praxis sieht es nicht besser aus: Nur wenige der im Netz vertretenen regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbände haben die Sicherstellung der Krisenversorgung in ihren Satzungen bzw. in ihrem Internetauftritt wie z. B. der GPV Berlin-Reinickendorf unter dem Motto »Schnelle Hilfe«. In diversen Internetauftritten taucht das Thema »Krise« nicht auf oder mit dem klassischen Hinweis auf Beratungsangebote in den allgemeinen Bürozeiten (Mo–Fr 9 bis 18 Uhr) und/oder dem Verweis, sich an die psychiatrische Klinik zu wenden bzw. die 112 in Notfällen zu wählen.

Von einer flächendeckenden Krisenversorgung kann heute nicht einmal innerhalb der Regionen, die sich zur BAG GPV zusammengeschlossen haben, die Rede sein.

Verschärfung durch die Einführung der DRG's in Allgemeinkrankenhäusern

Seit der Einführung der DRG's in den Allgemeinkrankenhäusern mehren sich die Klagen, dass Menschen mit psychiatrischen (Begleit-)Erkrankungen beziehungsweise begleitenden psychischen Krisen relativ schnell in psychiatrische Kliniken verlegt werden anstelle einer professionellen Komplexbehandlung unter Mitwirkung eines Psychiaters während der allgemeinen Regelkrankenhausbehandlung.

Neue Perspektiven durch die S3-Leitlinien Psychosoziale Therapien

Der erste große Lichtblick zur (Neu-)Etablierung von Krisenhilfen sind die aktuellen S3-Leitlinien *Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen*, die nachdrücklich die außerstationäre Krisenintervention z. B. über Home-Treatment-Settings als Standard empfehlen: *Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.* (Empfehlung Nr. 6, Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia)

Hieraus abgeleitet werden könnte die Forderung, dass regionale Versorgungsangebote ohne den Baustein »Behandlung im Lebensfeld« (inklusive akuter Krisen) nicht Leitlinienkonform sind. Sollten sich nicht endlich die Leistungsträger eine solche Forderung zu Eigen machen und entsprechende Refinanzierungs- und Belohnungsbedingungen schaffen?

Unspezifisch auf die Entwicklung der Krisenhilfe wirkende Strömungen

In den letzten Jahren hat es weitere Strömungen ergeben, die sich unspezifisch, aber positiv auf die Entwicklung von Krisenhilfen auswirken, z. T. aber lokal beschränkt sind:

- Zunehmend bemüht sich die Selbsthilfebewegung neue passgenauere Angebote zu schaffen, die partizipativ organisiert sind. Angehörige betreiben das bundesweite Projekt *SeeleFon* und Psychiatrie-Erfahrene verbessern mit Peer-to-Peer Beratungsansätzen oder als Fachkräfte im psychiatrischen System (z. B. als Genesungsbegleiter) die Gesamtversorgungssituation. Damit wird letztlich auch die Krisenunterstützung im gesamten System optimiert.
- Das Internet und die elektronischen Medien verändern unter dem Oberbegriff *E-Health* (LUCHT & SCHOMERUS 2013) die therapeutischen Ansätze und Möglichkeiten, sie verbessern gleichzeitig die Chancen für Betroffene, sich rasch und unkompliziert Hilfe zu holen z. B. über Internetforen oder SMS-Ansprechbarkeit des therapeutischen Systems. Auch die Möglichkeit des Kontakthaltens und -herstellens in Krisensituationen kann durch die neuen Medien erleichtert bzw. verbessert werden. Um den tatsächlichen Effekt auf die Versorgungsqualität abschätzen zu können, müssen weitere wissenschaftliche Studien abgewartet werden.

- In einigen Modellversuchen konnte mittlerweile gezeigt werden, dass Veränderungen des Zugangs zu ambulanten psychotherapeutischen Leistungen zahlreiche Krisen derart abfangen können, dass Klinikaufenthalte vermieden werden können. Bundesweit führt jedoch – trotz Bereitstellung eines nicht unerheblichen Budgets seitens der Kassen für psychotherapeutische Versorgung – die Versagung eines solchen niedrigschwelligen Zugangs für Kurz-Psychotherapien viele, insbesondere schwerer kranke Menschen, in ihren psychischen Krisen dann doch in die Klinik.
- Die traditionellen Blöcke ambulant und stationär beginnen sich zu verändern, z. B. im Rahmen von Krankenhausbudgetmodellen (z. B. § 64 b SGB V) oder ambulanten Modellen mit intensivierter psychiatrischer Pflege. Diese Modelle starten nicht nur aus fachlichen Überlegungen, sondern v. a. aus ökonomischen Zwängen, um die bundesweit steigenden Bettenzahlen psychiatrischer Kliniken einzudämmen. Inwieweit diese Ansätze tatsächlich für den »Bürger in einer psychischen Krise« als Reaktion des psychiatrischen Hilfesystems eine Unterstützung bringen oder eher die Schwelle senken für das, was bisher »Krankenhausbehandlung« war, bleibt abzuwarten. Bisher scheinen diese Modelle noch eher im Krankenhaussystem und zu wenig im Gemeindepsychiatrischen Verbundsystem verankert.

Modelle der Integrierten Versorgung – jetzt geht's los?

Mit der z. T. flächendeckenden Umsetzung von Programmen der Integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V waren große Hoffnungen verbunden, nicht nur die traditionellen Sektoren ambulant, teil- und vollstationär zu überwinden, sondern auch Strukturreformen auf den Weg zu bringen, die am Ende in tatsächlich evidenzbasierte Leistungsangebote (siehe S3-Leitlinien Psychosoziale Versorgung) münden. Zu nennen wären hier u. a. der bundesweit einheitliche *NWpG-Vertrag* (Netzwerk Psychische Gesundheit) der Techniker Krankenkasse mit dem Krisen Fokus auf die Einbindung der nichtklinisch orientierten Gemeindepsychiatrie und einem Anreizsystem für außerstationäre Versorgung, der *Integrierten Versorgung Schizophrenie der AOK Niedersachsen* oder den Integrierten Versorgungsverträgen der *Psychiatrie-Initiative-Berlin-Brandenburg* – letztere Modelle beide direkt nervenarztbasiert mit erweiterten Handlungsmöglichkeiten, insbesondere durch den Einsatz ambulanter psychiatrischer Pflege. Alternativ sind auch viele Kliniken mit eher regional verorteten IV-Verträgen in die ambulante Leistungsgestaltung

eingestiegen. In allen diesen Modellen gilt der Krisenintervention generell und insbesondere der Krisenhilfe im Lebensfeld (Home Treatment, Assertive Community Treatment) ein besonderes Augenmerk. Strukturell wurden überall im Grundsatz multiprofessionelle, mobil und ambulant agierende Teams aufgebaut, die in psychischen Krisen zum Klinikaufenthalt alternative Handlungsoptionen für die Patienten aufzuzeigen versuchen. Zum Teil wurden in diesen Modellen Krisenpensionen oder Rückzugsräume auch als räumlich-institutionelle Alternativen eingerichtet. Diese aus der Integrierten Versorgung stammende Bewegung zeigt, dass es unter den Bedingungen des deutschen Versorgungssystems möglich ist, ambulante Dienste einzurichten, die durchaus erfolgreich Menschen in psychischen Krisen unterstützen und »Krankenhaus ersetzend« wirken.

Trotz aller Innovation mit sehr guten Kriseninterventionsmöglichkeiten sind die IV-Modelle überwiegend eine höchst exklusive Veranstaltung vielfach ohne Einbindung in die Regelversorgungsstruktur oder gar den Gemeindepsychiatrischen Verbund für in mehrfacher Hinsicht ausgewählte Zielgruppen geblieben: Ist man in seiner Heimatregion in der richtigen Krankenkasse versichert, die auf Basis der Integrierten Versorgung ein entsprechendes ambulantes Modell anbietet, und ist man aufgrund der Einschreibekriterien Zugangsberechtigt, persönlich in der Lage und willens sich in einen solchen Vertrag einzuschreiben, erst dann hat man die Chance auf ein »State of the Art« Angebot u. a. mit optimierter und individuell passgenauer Krisenversorgung.

Die vielen in diesem Zusammenhang im Bundesgebiet entstandenen Modelle, die aktuell beginnenden Evaluationsvorhaben und die z. T. fachlich wie ökonomisch intelligenten Lösungen machen Mut, dass diese perspektivisch in die Regelversorgung eingehen werden.

Externe Treiber der Krisenhilfe aus der Krise

Neben den oben beschriebenen, aus Sicht der Krisenhilfe sehr positiv zu bewertenden Entwicklungsströmungen *innerhalb* der Psychiatrie entfaltet die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) *außerhalb* der Psychiatrie eine nicht unerhebliche, die Psychiatrie mittlerweile treibende Kraft, da sie quasi einen Rechtsanspruch auf ein verändertes Hilfesystem begründet. Dies ist aufgrund zahlreicher Urteile und der daraus resultierenden Änderungserfordernissen u. a. der Zwangsbehandlung oder der Psychisch Kranken Gesetze in den Bundesländern aktuell im Bereich der »Zwangsmaßnahmen« direkt spürbar. Aber die UN-BRK fordert im Grundsatz eine »barrierearme

Gesellschaft« und dies nicht nur für körperlich beeinträchtigte Menschen, sondern auch im übertragenen Sinne von »barrierearmen Zugängen« zu den Unterstützungsleistungen. In Artikel 19 hat sich die Bundesregierung verpflichtet, *für Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten sicherzustellen, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist.*

Diese Forderung untermauert einen gesetzlichen Anspruch auf die oben beschriebene veränderte psychiatrisch-therapeutische Unterstützungsleistung inklusive gemeindenaher Unterstützungsdienste zu Hause (»Zu Hause Behandlung«) und damit einer entsprechenden Ansprechbarkeit des psychiatrischen Hilfesystems über 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche. Auch der auf den UN-BRK – Forderungen aufbauende aktuelle Teilhabebericht der Bundesregierung fordert mit dem Modell einer »Caring Community« dazu auf, die gesellschaftlichen Bedingungen durch eine veränderte Sozialraumgestaltung derart zu verändern, dass für Krisen tragfähige Netzwerke entstehen und der Prävention psychischer Störungen ausreichend Raum gegeben wird. Dieser Ansatz beruht auf der Idee, dass Care-Leistungen am besten und nachhaltigsten als Mischung von professionellen, familiären und zivilgesellschaftlichen Hilfen zu erbringen sind. Die Verantwortung für die bedürftigen Menschen innerhalb der Gesellschaft liegt in diesem Verständnis weder allein bei den – mit Unterstützungsaufgaben ohnehin weitgehend überforderten – Familien, noch bei übergeordneten staatlichen Institutionen, sondern vielmehr »in der Mitte der Gesellschaft«.

Die Psychiatrie ist hier mit ihrer Spezialkompetenz als Querschnittswissenschaft besonders gefordert, sie kann die Veränderungen nicht alleine stemmen, aber sie muss mit ihren Diensten und ihrem gemeindepsychiatrischen Wissen mitwirken. Das gilt insbesondere für die Sicherstellung von professioneller Krisenhilfe.

Chance zum Restart

Zusammenfassend lässt sich also feststellen,

- Trotz seit über 20 Jahren vorhandenem Wissen in Deutschland, wie eine Krisenversorgung passgenau in einer Region aufgebaut werden kann, fehlt eine flächendeckende Umsetzung.

- Gleichzeitig scheint heute die Gelegenheit günstiger denn je, das Thema Krisenversorgung erneut auf die Tagesordnung der Psychiatrie zu setzen und die Chance zum Restart nicht zu verpassen. Mit dem alten »Betriebssystem« kann jedenfalls nicht weiter gearbeitet werden. Grundlagen hierfür bieten die mittlerweile entstandenen vielfältigen Praxismodelle, die fachlichen Standards und Leitlinien und die veränderten finanziellen und vertraglichen Rahmenbedingungen (u. a. SGB V § 140 a oder § 64 b).
- In der Konkretisierung ist insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass nicht nur ausgewählte Personen wie z. B. die in der Integrierten Versorgung eingeschriebenen Patienten, die Kunden der Krankenhäuser oder die Nutzer von Angeboten der Eingliederungshilfe einen Zugang zu Krisen- und Notfalldiensten erhalten. Für alle Bürgerinnen und Bürger einer Region sollten Krisenhilfen zugänglich sein – gleichzeitig ist an entsprechenden Präventionskonzepten zu arbeiten, um eine zukünftige Inanspruchnahme solcher Angebote zu minimieren.
- Krisenhilfe sollte in allen Regionen zu einer Barriere arm zugänglichen Dienstleistung werden, die verpflichtend in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund vorgehalten wird und zwar multiprofessionell, mobil, mit differenzierten Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche.
- Die zahlreichen Praxismodelle haben gezeigt, dass Krisenhilfe kein »Add on Konzept« ist, sondern aus fachlicher wie ökonomischer Sicht integriert von den in der Regelversorgung Tätigen quasi als Gemeinschaftsprodukt sichergestellt werden kann. Dies wird je nach den in den einzelnen Regionen vorhandenen Gegebenheiten und Strukturen ausdifferenziert.

Was könnte eine solche Bewegung unterstützen? Nach den bisherigen Erfahrungen wird ein Entwicklungsschub des ohnehin sehr schwerfälligen psychiatrischen Hilfesystems mit seinen Beharrungskräften nur dann zu erreichen sein,

1. wenn die Bürgerinnen und Bürger mit psychiatrischen Krisenerfahrungen aktiver sowohl in der Krisenprävention wie auch in der Krisenhilfe präsent (u. a. Genesungsbegleiter, Peer-to-Peer Beratung etc.) sind und dabei im Rahmen der psychiatrischen Versorgung vollumfänglich refinanziert werden,
2. wenn sie ihre Rechtsansprüche auf den Barriere armen Zugang zu *Dienstleistungen zu Hause* u. a. mit der UN-BRK – ggf. gerichtlich – durchsetzen,

3. wenn die Leistungsanbieter die Krisenhilfe als integrierten Baustein ihres (Pflicht)Versorgungsauftrages akzeptieren und die regionalen Angebote entsprechend umgestalten,
4. wenn die Leistungsträger die finanziellen Anreizsysteme Sektor übergreifend neu justieren. Z. B. könnten sie
 - im Krisenfall alternativ einen niedrighschwelligem Zugang zu psychotherapeutischen Kurzpsychotherapien statt zur Einweisung auf die psychiatrische Station ermöglichen,
 - die Peer-to-Peer Beratung als refinanzierten ambulanten Versorgungsbaustein einführen und
 - eine ambulante Krisenhilfe rund um die Uhr finanziell höher belohnen als eine Krisenintervention im Krankenhausbett, denn: *Ambulante Krisenarbeit muss sich lohnen!* Letzteres wird wohl nur durch eine Verknappung der Krankenhausbetten ohne (!) Kürzung des regionalen Versorgungsbudgets erreicht werden können.
5. wenn die Kommunen ihr Selbstverständnis als Garant der umfanglichen Sicherstellung von Prävention und Behandlung für ihre BürgerInnen auch auf die Krisenhilfen ausdehnen.

Literatur

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen.
- HÄFNER, H./HELMCHEN, H. (1978): Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise – konzeptuelle Fragen. *Nervenarzt* 1978; 49: 82–87
- KEBBEL, J. (1987): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention in einer Großstadt. In: KATSCHNIG, H./KULENKAMPFF, C., *AKTION PSYCHISCH KRANKE* (Hg.): *Notfallpsychiatrie und Krisenintervention* Rheinland-Verlag Köln 1987: 177–192.
- LUCHT, M./SCHOMERUS, G. (2013): E-health in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*. 2013; 40: 301–303.
- WIENBERG, G. (Hg.) (1993): *Bevor es zu spät ist : Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Standards und Modelle*. Psychiatrie Verlag Bonn 1993, 7–8.

Krisenhilfe durch psychiatrische Kliniken - Standortbestimmung

Margitta Borrmann-Hassenbach

Die BAG Psychiatrie ist der Dachverband der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Fachkrankenhäuser in Deutschland. Ihr gehören kommunale, freigemeinnützige, private und staatliche Klinikträger mit insgesamt mehr als 60.000 Betten und teilstationären Plätzen an.

Die Einrichtungen sind überwiegend in der Pflichtversorgung engagiert und im Rahmen von Gemeindepsychiatrischen Verbänden mit außerklinischen Diensten und Einrichtungen zur Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen kooperativ eng vernetzt.

Welche Rollen der Krisenversorgungskette könnten, wollten und vor allem sollten die Kliniken mit Pflichtversorgung mit ihren Institutsambulanzen, Tageskliniken und der akutstationären Pflichtversorgung einnehmen?

Prinzipiell könnten die Kliniken eine zentrale Rolle in der Koordination von Krisenversorgung spielen, da sie verpflichtet sind, 24 Stunden, an sieben Tagen in der Woche medizinisch-psychiatrische und pflegerische Leistungen vorzuhalten.

Da die Versorgung von Menschen in psychischen Krisen auch Krisenkompetenz von Anfang an erfordert, sollten die Kliniken ihre Kompetenzen in die Krisenversorgung einbringen. Mit ihren Institutsambulanzen bieten die Kliniken gute infrastrukturelle Voraussetzung, um wesentlich bei der Koordination regionaler Krisenversorgungsnetze mitzuwirken. Eine frühe Rolle der Kliniken zur Weichenstellung notwendiger Maßnahmen kann dazu beitragen, Über- und Unterversorgung von Menschen in psychischen Krisen zu verringern.

Eine wesentliche Voraussetzung dafür muss aber eine gerechte Verteilung der damit einhergehenden Belastungen sein, die nicht einseitig und zusätzlich auf die Kliniken abgewälzt werden können.

Grundsätzlich besteht die Forderung nach einer flächendeckenden Krisenversorgung für Menschen in psychischen Krisen schon viele Jahre. Die Umsetzung solcher Strukturen ist jedoch kaum aus dem Experimentierstadium heraus gekommen. Bundesweit sind nur zwei beispielgebende regelhaft implementierte Strukturen bekannt, die als psychiatrische Krisendienste außerhalb von Regelöffnungszeiten einen Krisendienst etabliert haben.

Gründe dafür, dass etwas Sinnvolles und Wünschenswertes wie eine flächendeckende Krisenversorgung, die es im somatischen Bereich selbstverständlich gibt, nicht in die Regelversorgungsstrukturen eingeführt wird, gibt es viele. Neben der Regelung einer tragfähigen Finanzierung und der Verpflichtung der Kostenträger zur Leistungspflicht gehört vielfach die mangelnde Transparenz zu diesen Hinderungsgründen, wie der Bedarf für solche Angebote vernünftig kalkuliert werden kann.

Um eine systematische Krisenversorgung bundesweit zu etablieren wird es eine nachvollziehbare Kalkulation des Bedarfs mit hinreichend zuverlässiger Teilung des Bedarfs in medizinisch-psychiatrischen Hilfebedarf und anderweitigen Beratungsleistungen geben müssen. Die Leistungspflichten der verschiedenen Kostenträger müssen abgebildet werden um eine Grundlage für den Einstieg in Verhandlungen zu bekommen.

Prinzipiell ist zu fordern, dass die Umsetzung eines wirksamen Krisendienstes eine Gemeinschaftsaufgabe darstellt, an der sich die gesetzlichen Krankenkassen, die Länder und die Kommunen beteiligen müssen. Die Kliniken mit ihren geeigneten ambulanten Strukturen werden dann zuverlässig ihren Part in einem gemeinsamen Krisennetzwerk übernehmen.

Krisenhilfe - politischer Auftrag

Regina Schmidt-Zadel

Meine Damen und Herren,

wir beschäftigen uns auf dieser Tagung mit einem in der Politik absolut unterschätzten Thema. Das wollen wir ändern. Wir verstehen diese Tagung als einen Auftakt zu bundesweiten Initiativen zum Auf- und Ausbau von psychiatrischen Krisendiensten, ein Auftrag der längst überfällig ist.

Psychische Krisen gehören zum Leben und sind oft unvermeidbar. Sie bieten die Chance zu Problemlösungen und persönlichem Wachstum. Aber nicht jede Krise löst sich von alleine und manche Probleme überfordern die Betroffenen. In diesen Fällen muss man helfen.

Manchmal ist die psychische Krise auch Ausdruck einer psychischen Erkrankung. Auch in diesen Fällen muss man helfen – am besten indem man zu einer psychiatrischen Behandlung verhilft.

Psychische Erkrankungen werden immer häufiger diagnostiziert. Laut DEGS-Studie (2012) leidet jeder vierte Mann und jede dritte Frau jährlich unter einer voll ausgeprägten psychischen Störung. Auf Grund demographischer Entwicklungen kommt es gehäuft zu psychischen Erkrankungen im Alter, insbesondere Demenz. Bei knapp 22 % der Kinder und Jugendlichen liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor.

Nach Aussagen und Berichten von Verantwortlichen aus vielen Kliniken, steigen die Zahlen der Einweisungen und die Einrichtungen sind überbelegt. Entsprechend steigen die Ausgaben für Behandlung und Rehabilitation. Behandlung und Unterstützungsleistungen erfolgen aber oft erst dann, wenn die Erkrankung fortgeschritten ist bzw. sich manifestiert hat. Denn die Inanspruchnahme von Unterstützung fällt Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oft schwer.

Dies ist zum Teil begründet in den Erscheinungsformen der sich anbahnenden bzw. sich manifestierenden Erkrankung: Antriebsschwäche, Ängste, verzerrte Wahrnehmung etc.

Aber Grund ist auch die Erfahrung, dass psychische Erkrankungen noch immer stigmatisiert sind und Betroffene in der Gesellschaft vielfach auf Unverständnis und teilweise Ablehnung stoßen. Das geht oft einher mit einer Tabuisierung psychischer Krankheiten in der Familie und im unmittelbaren Lebensumfeld, wodurch Hilfen gar nicht oder zu spät in Anspruch genommen werden.

Nicht selten sind es Auffälligkeiten im Sozialverhalten oder im Arbeitsleben, die zu einer Intervention des Umfeldes bzw. in der ärztlichen Versorgung führen.

Psychische Krisen in mehr oder weniger akuter Form können erste Erscheinungsformen einer sich anbahnenden oder wieder aufflackernden Erkrankung sein. Psychische Krisen treten jedoch auch als Reaktion auf psychische Belastungen auf. Sie sind in diesen Fällen nicht unbedingt Ausdruck einer psychischen Erkrankung.

In beiden Fällen kann eine frühzeitige Krisenunterstützung das Risiko einer sich manifestierenden Erkrankung wesentlich mindern.

Eine gute Hilfe in der Krisensituation ist in vielen Fällen auch geeignet, einer psychisch bedingten Selbst- und Fremdgefährdung zu begegnen und es ist auch das beste Mittel, Zwang und Gewalt in der Psychiatrie zu vermeiden.

Eine wohlthuende und kompetente Hilfe in Krisensituationen ist ein höchst wirksamer Beitrag,

- eine psychische Krise zu bewältigen
- ggf. Gefahren abzuwehren (Selbst- und Fremdgefährdung, aber auch: Eintritt oder Verschärfung einer psychischen Erkrankung, soziale Folgeschäden, Traumatisierung)
- ggf. Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.

Daher: In einer humanen Gesellschaft muss man auf unmittelbare Hilfe bei psychischen Krisen vertrauen dürfen.

Es ist auch eine Frage der Menschenwürde wie mit Menschen mit psychischen Erkrankungen oft bei Einweisungen umgegangen wird.

Aus Berichten von Betroffenen ist mir bekannt, dass, wenn sehr zum Leidwesen der betroffenen Menschen sowie deren Angehörigen polizeilicher Einsatz zum Tragen kommt, dies häufig auch zu neugierigem Verhalten der Nachbarschaft führt.

Besondere Relevanz kommt der Prävention von Suizid bei. Der Suizid drückt in der Regel das Scheitern bei der Bewältigung einer psychischen Krise aus. Im Jahr 2011 kamen in Deutschland 10.144 durch Suizid zu Tode (Statistisches Bundesamt). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass im Durchschnitt mindestens sechs nahe Menschen von einem Suizid betroffen sind. Das bedeutet für Deutschland, dass mehr als 60.000 Menschen einen nahe stehenden Menschen durch Suizid verloren haben.

Nach fachlicher Einschätzung kommen auf jeden Suizid zehn Suizidversuche ohne Todesfolge. Die »Suizidziffer« (Anzahl der Suizide pro 100.000 Einwohner) stieg in Deutschland von 11,4 (2007) auf 12,3 (2011).

Wir haben flächendeckend gut ausgebaute Rettungssysteme für Feuer und Verkehrsunfälle. Es gibt jedoch viel mehr Menschen, die durch Suizid zu Tode kommen, als Brand- oder Verkehrstote. *Die Politik muss zur Kenntnis nehmen, dass schon allein aus dem Grund der Suizidprävention dringend ein lückenloses Hilfesystem für Menschen in psychischen Krisen geschaffen werden muss.*

»Selbstgefährdung«, in der Regel Suizidgefahr, ist der häufigste Anlass für Unterbringungen in psychiatrischen Kliniken gegen den Willen des Betroffenen. Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung sind nur als letztes Mittel zulässig, wenn alle anderen Methoden versagt haben. Auch hierbei kommt der Krisenhilfe eine hohe Bedeutung bei. Eine geduldige und qualifizierte Hilfeleistung kann in vielen Fällen Gefährdungen abbauen. Wenn die Krisenintervention nicht ausreicht, kann sie zumindest deutlich die Chance erhöhen, dass es zu freiwilliger Behandlung kommt und Zwangsmaßnahmen vermieden werden können.

In Deutschland gibt es zu viele Zwangseinweisungen in die stationäre Psychiatrie. Eine solche gravierende Einschränkung der Selbstbestimmung kann zusätzlich traumatisieren. Wir müssen jede Chance nutzen, Zwang zu vermeiden. *Auch um Zwangseinweisungen in die Psychiatrie zu reduzieren, muss überall ambulante Krisenhilfe ermöglicht werden. Die Politik muss wissen: Auch um Bürgerrechte und Freiheitsrechte zu wahren, ist es erforderlich, bei psychischen Krisen eine qualifizierte ambulante Hilfe zu leisten.*

Eine leicht erreichbare, jederzeit zugängliche, schnelle und kostenlose Hilfe für Menschen in psychische Krisen ist aus den genannten Gründen absolut notwendig. Diesem Argument können sich die auf allen Ebenen politisch Verantwortlichen nicht entziehen und sie sind zum Handeln aufgefordert.

Dem werden wenige Menschen widersprechen können.

Trotzdem müssen wir feststellen, dass nur in wenigen Regionen Deutschlands rund um die Uhr qualifizierte Hilfen bei psychischen Krisen geleistet werden.

Regionale Krisendienste sind die Ausnahme. In den letzten zwei Jahrzehnten sind in Deutschland in verschiedenen Regionen unterschiedliche Ansätze und Modelle für Krisenhilfe und Krisenintervention entstanden. Derzeit gibt es in der gesamten Bundesrepublik nur etwa 20 ausgewiesene

psychiatrische oder psychosoziale Krisendienste. Sie haben sehr unterschiedliche Angebote und Schwerpunkte.

In allen übrigen Regionen gibt es nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten der Hilfeleistung bei psychischen Krisen.

Die niedergelassenen Nervenärzte können auf Grund bekannter struktureller und finanzieller Gegebenheiten kaum einen wesentlichen Beitrag zur Krisenversorgung leisten. Die Nothilfesysteme der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sind nicht auf psychiatrische Krisen- und Notfälle ausgerichtet.

Die niedergelassenen Psychotherapeuten wären fachlich geeignet, leisten aber de facto kaum einen Beitrag zur kurzfristigen Krisenhilfe. Psychotherapie muss beantragt werden. Es muss ein Gutachten geschrieben werden und es gibt eine Überprüfung des Bedarfs durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). All das nimmt Zeit in Anspruch und hilft noch nicht in der akuten Krise.

Krisenhilfe leisten Sozialpsychiatrische Dienste, allerdings in der Regel nur an Werktagen zu verwaltungstypischen Dienstzeiten. Dringend erforderlich ist aber der Ausbau der Krisenhilfe auch am Wochenende.

Ansonsten stehen die psychiatrischen Kliniken bereit. Die Institutsambulanzen sind auch nachts und an Wochenenden besetzt. Die Mitarbeitenden der Psychiatrischen Instituts Ambulanzen (PIAs) verlassen die Klinik jedoch sehr selten. Es handelt sich also um ein reines ›Komm-Angebot‹. Die dringend erforderlichen Hausbesuche, die oft eine Einweisung in die Klinik verhindern könnten, sind vielerorts nicht vorgesehen. Zudem sind die Institutsambulanzen erkennbar Teil einer psychiatrischen Klinik. Ihre Patienten und Patientinnen müssen bereit sein, sich eigenständig in psychiatrische Behandlung zu begeben. Das bedeutet für viele Menschen in psychischen Krisen eine Schwelle.

Erfreulicherweise gibt es ehrenamtliche Hilfsangebote, zum Beispiel durch Selbsthilfeorganisationen.

Hier sind auch die Telefonseelsorge oder andere telefonische Krisenberatungen zu nennen. Diese Angebote sind verdienstvoll und wichtig. Doch sie reichen wegen ihrer jeweiligen Begrenztheit nicht aus.

Wir brauchen dringend in jeder Region einen psychiatrischen Krisendienst, der rund-um-die-Uhr Hilfen bei psychischen Krisen leistet.

Doch an wen richten wir diese Forderung? Wer soll die Finanzierung übernehmen?

Die besondere Schwierigkeit besteht darin, dass kein möglicher Leis-

tungsträger allein zuständig ist und das erschwert die Zusammenarbeit, die dringend erforderlich ist.

Das Thema ›Hilfen in psychischen Krisen‹ berührt diverse Bereiche mit unterschiedlichen sozialrechtlichen Zuständigkeiten:

- Prävention
- Allgemeine Daseinsfürsorge
- Medizinische Behandlung
- Krisenhilfe im Rahmen laufender Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

An der Finanzierung sind daher Krankenkassen, Kommunen und die Länder zu beteiligen. Wichtig ist, dass es einen einzigen regionalen Krisendienst gibt – nicht mehrere mit jeweils spezifischer Zuständigkeit.

Vordringliche Aufgabe der Bundespolitik muss es sein, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Krisendienste von verschiedenen Leistungsträgern gemeinsam finanziert werden können. Im Moment sind Mischfinanzierungen kaum möglich.

Wir brauchen eine Mischfinanzierung unter Beteiligung von GKV (Behandlung, Prävention), Kommune (Allgemeine Daseinsvorsorge) und Träger der Hilfe zur Teilhabe (vor allem: Träger der Eingliederungshilfe).

Im Folgenden möchte ich einige Anforderungen an Krisendienste beschreiben:

- Krisenhilfe muss niedrigschwellig = leicht zugänglich sein: keine Zuständigkeitsklärung, keine Überweisung, kein Antrag, keine Versicherungskarte, auch ohne Klärung persönlicher Daten ...
Dazu gehört auch: keine psychiatrische Etikettierung, neutraler Zugang (nicht in psychiatrischer Klinik).
- Psychische Krise ist etwas anderes als psychische Erkrankung. Der Krisendienst muss sowohl bei krankheitsbedingten wie bei sonstigen psychischen Krisen tätig werden können.
- Da nicht wenige psychische Krisen im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung auftreten: Im Krisenhilfeteam muss sozialpsychiatrische Kompetenz vorhanden sein.
- Krisenhilfe muss mobil an jedem Krisenort eingesetzt werden können und fester Bestandteil des Regelangebotes sein.
- Qualitativ hochwertige Krisenhilfe erfordert Zeit. Das heißt: nicht *nur* Erstdiagnostik und dann weiterleiten, sondern selbst deeskalieren, beruhigen, ermutigen, begleiten ... solange bis eine notwendige Überleitung gelingt.

- Aber: Krisendienste sollen so schnell wie möglich weiterleiten. Dazu sind Zugriffsrechte erforderlich:
 - kurzfristige Termine bei niedergelassenen Psychiatern, Psychotherapeuten oder der PIA. Es kann nicht sein, dass Patienten und Klienten sehr lange auf einen Termin warten müssen und sich dadurch eine sehr schnelle Verschlimmerung des Krankheitsverlaufes ergibt.
 - wenn der Krisendienst eine stationäre Aufnahme empfiehlt und der Mensch in der Krise diese wünscht, darf es keine erneute Aufnahmeprüfung in der Klinik geben;
 - kurzfristige Termine bei Beratungsstellen
- Zur regionalen Krisenhilfe müssen die verfügbaren Ressourcen gebündelt werden. Pro Region ist *ein* verlässliches Krisenhilfeangebot erforderlich. Mehrere Parallelsysteme mit jeweils eingeschränkter Erreichbarkeit und Zuständigkeit sind dysfunktional und ineffizient.
- An der Finanzierung eines solchen gebündelten Krisenhilfedienstes sollten sich die Kommune, die Krankenkassen und der Träger der Hilfe zur Teilhabe beteiligen. Viel zu oft wird das Argument vorgebracht, es ist kein Geld für diese dringenden Hilfsmaßnahmen vorhanden.
- Leider haben viele der Verantwortlichen noch nicht ernsthaft darüber nachgedacht, dass durch einen gezielten Einsatz einer regionalen Krisenhilfe eine Stationäre Behandlung oft verhindert werden kann, und dass eine ambulante Behandlung preiswerter und vor allem menschenwürdiger ist
- Beider Planung und Durchführung der Krisenhilfe sollen Psychiatric-erfahrene und Angehörige von psychisch Kranken einbezogen werden.

Zugang:

- Ständige Erreichbarkeit, vor allem außerhalb der Öffnungszeiten der Beratungsstellen und der Arztpraxen und vor allem am Wochenende.
- Niedrigschwelliger Zugang: keine psychiatrische Etikettierung, keine Kostenklärung (Versichertenkarte...) Inklusion für Menschen mit psychischen Erkrankungen darf kein Fremdwort mehr sein.
- Keine Klassifizierung der Hilfesuchenden (›krank‹, ›behindert‹).
- Keine Selektion beim Zugang: Umfassende Zuständigkeit für psychische Krisen (psychische Erkrankung, psychosoziale Krise, Lebenskrise, Trauma ...).
- Möglichst viele Zugangswege: persönliches Erscheinen, Telefonkontakt, Mail / Internet, Möglichkeit eines Hausbesuchs.

Für diese konzeptionelle Grundausrichtung der Krisendienste müssen wir uns auf allen politischen Ebenen einsetzen: Bund, Land, Kommune. Es wird Zeit, dass sich die politisch Verantwortlichen – auch für diesen Bereich – Ihrer Verantwortung stellen.

Suizid und Suizidprävention

Manfred Wolfersdorf

Begriffsbestimmung

Suizidalität lässt sich als Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen definieren, die in Gedanken, durch aktives Handeln, durch Handeln lassen anderer Beteiligter oder auch durch passives Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang ihrer Handlungsweise in Kauf nehmen (WOLFERSDORF 2000, 2006, 2013, DGPPN et al. 2010, WOLFERSDORF und ETZERSDORFER 2011). HAENEL und PÖLDINGER (1986) hatten in umfassender Weise Suizidalität als Potential aller seelischen Kräfte definiert, das auf Selbstvernichtung ziele.

Suizidalität ist nach heutigem Verständnis ein zutiefst menschliches Denken, Verhalten und Erleben, das in seiner Komplexität wohl nie vollständig verstehbar sein wird. Alle Erklärungsmodelle psychopathologischer, psychodynamischer, biologischer und/oder sozialer oder spiritueller Art scheinen immer von begrenzter Art zu sein, einhergehend mit Respekt vor dem nicht vollständig aufdeckbaren Geheimnis des Suizides. Suizidalität ist menschliches Verhalten, eine Krankheit »Suizidalität« im Sinne einer medizinisch definierbaren Entität gibt es nicht. Das bedeutet nun nicht, man könne sowieso nichts tun, im Gegenteil, es erfordert die best mögliche und ernsthafteste Annäherung an Verstehen und Verhüten suizidalen Handelns.

Dass dies bereits vor Jahrhunderten so gesehen wurde, im Übrigen auch während eines sog. religiösen Paradigmas von Suizidalität im Mittelalter, zeigen z. B. die Äußerungen von Robert BURTON (1621) in seinem Buch »Anatomie der Melancholie«, wo er schreibt »selten endet die Melancholie tödlich, außer in den Fällen – und das ist das größte und schmerzlichste Unglück, das äußerste Unheil –, in denen ihre Opfer Selbstmord begehen ... So begehen einige aus Raserei, die meisten aber aus Verzweiflung, Sorge, Angst und Seelenpein Selbstmord, ...«. Der Arzt Friedrich Benjamin Osiander schrieb 1813 in seinem Buch »von den Ursachen des Selbstmordes«: »Der vollkommen gesunde und vollkommen vernünftige Mensch hat eine heftige Liebe zum Leben, und lässet, ... , Haut für Haut, und alles, was ein Mensch hat, für sein Leben ... Diese Liebe zum Leben aber dauert so lange, als wir an Geist und Körper gesund sind« (zitiert nach WILLEMSEN 2001). Erwin

RINGEL, einer der europäischen Altväter der Suizidologie, sprach 1953 beim Suizid vom »Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung« und wies mit der Einführung des Begriffes »präsuizidales Syndrom« auf den Zeitraum vor einer suizidalen Handlung und auf deren Bedeutung im suizidpräventiven Sinne hin. Und FREUD (1917) benannte in »Trauer und Melancholie« den Beziehungskonflikt und die Aggression gegen einen verlassenden anderen: »Wir wussten zwar längst, dass kein Neurotiker Selbstmordabsichten verspürt, der solche nicht von einem Mordimpuls gegenüber anderen auf sich zurückwendet (...)]. Nun lehrt uns die Analyse der Melancholie, dass das Ich sich nur dann töten kann, wenn es durch die Rückkehr der Objektbesetzung sich selbst wie ein Objekt behandeln kann, wenn es die Feindseligkeit gegen sich richten darf, die einem Objekt gilt«. Damit ist der Kontext, in dem Suizidprävention aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht geschieht, seit Jahrhunderten abgesteckt.

Dabei ist Suizidalität grundsätzlich allen Menschen möglich, per se keine Erkrankung. Psychosoziale Krisen und psychische Erkrankung, häufig mit Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Gefühl existentieller Bedrohtheit einhergehend, führen jedoch häufig näher an die Möglichkeit suizidalen Handelns heran (»medizinisch-psychosoziales Paradigma« von Suizidalität). Suizidalität ist meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftliche, kulturelle oder auch ideologische Rahmenbedingungen. So ist die Bezeichnung »Freitod« welches eine Entscheidung für die Selbsttötung in Abwesenheit von körperlicher, psychischer und sozialer Not meint, für den Großteil suizidaler Menschen und Suizidenten falsch, führt leicht zur Unterstellung von Willensfreiheit in suizidalen Krisen und psychischer Erkrankung und stellt damit die Verpflichtung zur Hilfe in Frage.

Wir müssen dabei allerdings auch zur Kenntnis nehmen, dass es eine Suizidalität auch außerhalb von Medizin bzw. außerhalb eines medizinischen Konzeptes gibt, z. B. den Opfertod von Märtyrern oder auch Terroristensuizide als Methode der Kriegsführung. Wir sprechen heute von Suizid bzw. Suizidversuch, von Selbsttötung oder Selbsttötungsversuch, nicht von Selbstmord oder Selbstmordversuch, denn suizidale Menschen sind Menschen in psychischer Not und keine »Mörder« im Sinne des BGB (WOLFERSDORF und ETZERSDORFER 2011).

Vor dem Hintergrund eines Kontinuitätsmodells suizidalen Verhaltens mit zunehmenden Handlungsrisiko und -druck hat sich die in Abb. 1

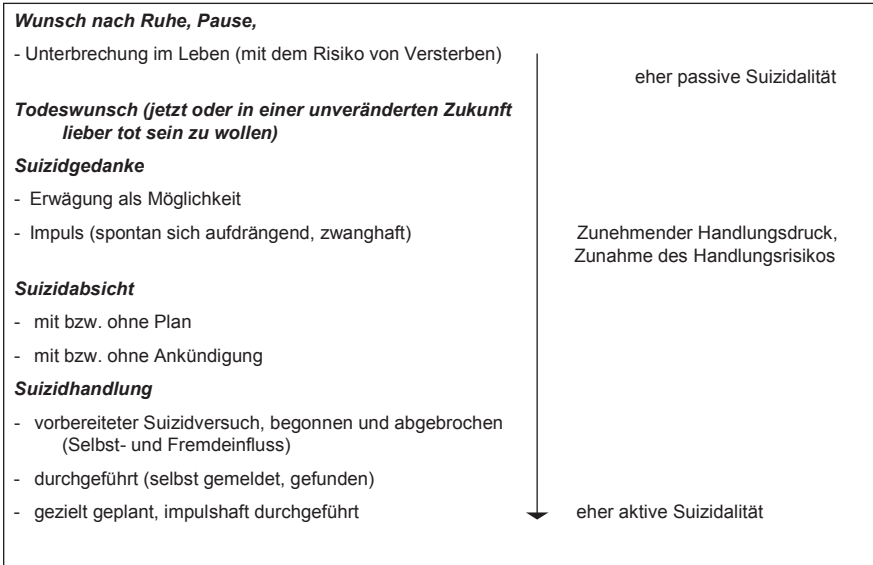


Abb 1: Beschreibung von Suizidalität

dargestellte klinische Benennung von Suizidalität bewährt, zumal sie mit Handlungskonsequenzen im Sinne zunehmender »sichernder Fürsorge« einhergeht. Der Suizid ist dabei eine selbst herbeigeführte bzw. veranlasste schädigende Handlung, mit dem Ziel, tot sein zu wollen, also mit einem hohen Todeswunsch, und in dem Wissen, mit der Erwartung und auch in dem Glauben, mit der angewandten Methode dieses Ziel zu erreichen. Ausgang der Handlung ist der Tod des Handelnden. Beim Suizidversuch dagegen überlebt der Handelnde, aus welchen Gründen auch immer, wobei die Motivstruktur neben dem Todeswunsch und dem Versterbensrisiko auch eine intentionale und kommunikative Bedeutung aufweist, nämlich unter Einsatz des eigenen Lebens etwas verändern, etwas erreichen zu wollen, um weiterleben zu können. So finden sich in Suizidversuchen immer manipulative Elemente, die beim Helfer auch Gefühle, unter Druck gesetzt zu werden, auslösen können, und appellative Elemente, bei denen es um Hilferuf und Bitte um Unterstützung geht. Von einem »erhöhten Suizidrisiko« soll dann gesprochen werden, wenn die Wahrscheinlichkeit einer suizidalen Handlung bei einer definierten »Risikogruppe« deutlich höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung. Auf Benennungen wie »latente« Suizidalität oder »chronische« Suizidalität sollte wegen der hohen Unschärfe

und der Gefahr des Missverständnisses verzichtet werden. (WOLFERSDORF 2006).

Zur Epidemiologie

Seit etwa Mitte der 1980er Jahre nimmt die Zahl der Suizide (Tab. 1) in Deutschland bis einschließlich des Jahres 2007 systematisch ab. 2006 werden erstmals Zahlen unter 10 000 erreicht, die im Jahre 2010 mit 10 021 Suiziden und im Jahre 2011 mit 10 144 Suiziden überschritten werden.

Tab. 1 Suizidzahlen und –raten 1990–2009 in Deutschland

Jahr	Anzahl			Raten auf 100 000 EW		
	gesamt	m	w	gesamt	m	w
1990	13 924	9 534	4 390	17,5	24,9	10,7
1991	14 011	9 656	4 355	17,5	25,0	10,5
1992	13 458	9 326	4 132	16,7	23,9	9,9
1993	12 690	8 960	3 730	15,6	22,7	8,9
1994	12 718	9 130	3 588	15,6	23,1	8,6
1995	12 888	9 222	3 666	15,7	23,0	8,7
1996	12 225	8 782	3 497	15,0	21,9	8,3
1997	12 265	8 841	3 424	14,9	22,1	8,1
1998	11 644	8 575	3 069	14,2	21,4	7,3
1999	11 157	8 080	3 077	13,6	20,2	7,3
2000	11 065	8 131	2 934	13,5	20,3	7,0
2001	11 156	8 188	2 968	13,5	20,4	7,0
2002	11 163	8 106	3 057	13,5	20,1	7,2
2003	11 150	8 179	2 971	13,5	20,3	7,0
2004	10 733	7 939	2 794	13,0	19,7	6,6
2005	10 260	7 523	2 737	12,4	18,6	6,5
2006	9 765	7 225	2 540	11,9	17,9	6,0
2007	9 402	7 009	2 393	11,4	17,4	5,7
2008	9 451	7 039	2 412	11,5	17,5	5,8
2009	9 616	7 228	2 388	11,7	18,0	5,7
2010	10 021	7 465	2 556	12,3	18,6	6,1
2011	10 144	7 646	2 498	12,4	19,0	6,0

[bis einschließlich 1997 nach ICD-9 (E 950 – 959), ab 1998 nach ICD-10 (X60 – X84)]

Die kontinuierliche Abnahme über die Jahre hinweg wird im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Depressionsbehandlung, einer Zunahme von Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen, einer Zunahme von Kriseninterventionseinrichtungen von der Telefonseelsorge bis hin zu spezifischen suizidpräventiven Einrichtungen, mit Entstigmatisierungsbemühungen vor allem im Depressionsbereich (z. B. »Bündnisse gegen Depression«) u. a. gesehen. Betrachtet man nun den Anstieg, fällt auf, dass dieser bei Suizidzahlen und –raten nahezu vollständig zulasten der Männer geht. Als Erklärung hierfür

gelten die Ergebnisse der Gruppe um den englischen Ökonomen Stuckler (STUCKLER et al. 2009), der in der Bedrohung in der wirtschaftlichen Existenzbasis und den damit verbundenen Verlust des gesellschaftlichen Ansehens der Person und der Familie einen wichtigen aktuellen ökonomischen Risikofaktor für Suizid sieht und auf der Basis von Daten aus 26 EU-Staaten über 37 Jahre 1970 bis 2007 postuliert, dass mit jedem Prozent mehr an Arbeitslosigkeit die Suizidzahlen der unter 65-jährigen um 0,8 % ansteige; diese würde im EU-Raum ca. 500 Suizide mehr pro Jahr bedeuten. 2011 haben STUCKLER und Mitarbeiter dann zeigen können, dass nach der Bankenkrise 2009 in Europa in allen EU-Staaten, außer Österreich, die Suizidzahl um bis zu 5 % anstieg.

Auf zwei Probleme der Suizidprävention in Deutschland sei noch kurz hingewiesen. Zum einen nimmt die Suizidrate in beiden Geschlechtern mit ansteigendem Alter zu, insbesondere bei den Männern, wodurch Suizidprävention zum Problem der alten Männer wird. Männerdepression und Männersuizid werden neuerdings vermehrt Themen der öffentlichen und fachlichen Diskussion (MÖLLER-LEIMKÜHLER und KASPER 2010, WOLFERSDORF 2010). Geschlechtsspezifische suizidpräventive Maßnahmen sind derzeit (noch) nicht in Sicht. Ein weiteres Problem der Suizidprävention ist die in Deutschland häufige Suizidmethode das sich Erhängen, sich Strangulieren oder sich Ersticken (ICD-10: X70) welches 2007 bei 48 % der Suizidenten und davon bei über $\frac{3}{4}$ von Männern gewählt wurde. Das Problem ist, dass Stricke, Krawatten, Schuhbänder, Gürtel u. a. überall zur Verfügung stehen, anders als dies bei Schusswaffen als Suizidmethode wäre, was man durch Verschärfung von Schusswaffengesetzen regulieren könnte.

Epidemiologie dient auch der Definition von sog. Risikogruppen, also Gruppen von Menschen, die aufgrund besonderer Konstellationen, z. B. psychische Erkrankung und entsprechende Psychopathologie, besondere Lebenssituationen, kultureller Druck u. ä., ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Risiko durch Suizid zu versterben aufweisen. In Abb. 2 sind die drei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht wichtigen Risikogruppen zusammengefasst, nämlich psychisch Kranke, dann Menschen, die in ihrer Vorgeschichte bereits näher an Suizidalität herangerückt sind, sowie Menschen jeglichen Alters und Geschlechtes in schwierigen, in belastenden, in ihnen nicht erträglich erscheinenden Lebenssituationen.

- Psychisch Kranke, vor allem depressiv Kranke, junge schizophrene Männer, Suchtkranke (Drogen, Alkohol)
- Menschen mit Suizidalität in der Vorgeschichte
- Menschen jeglichen Alters und Geschlechts in schwierigen, belastenden, nicht erträglichen Lebenssituationen

Abb. 2: Risikogruppen

In der ergänzenden Abb. 3 sind einige dieser Gruppen mit erhöhtem suizidalem Risiko ausführlicher benannt. HAWTON et al. (2013) haben am Beispiel der Depression (ICD-10: F3) in einem systematischen Review eine signifikante Erhöhung des Suizidrisikos gefunden beim männlichen Geschlecht, beim Vorliegen psychischer Erkrankungen in der Familie, bei früheren persönlichen Suizidversuchen, beim Vorliegen schwerer depressiver Erkrankungen, bei ausgeprägter Hoffnungslosigkeit, bei Komorbiditäten, einschließlich Angsterkrankungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch.

Risiko erhöht bei

- Ankündigung suizidalen Verhaltens (direkte oder indirekte Hinweise)
- Unterbrochenem Suizidversuch
- Suizidversuch, insbesondere wenn ohne Katharsis
- Affektiver, kognitiver und situativer Einengung
- Menschen im Stadium der Ambivalenz
- Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, besonders wenn im Rahmen von psychischer Krankheit, »Pseudo«-Altruismus, ein Opfer zu bringen
- Paranoid-halluzinatorischem Erleben (imperative Stimmen zum Suizid; Angst und Bedrohtheitsgefühl, Vernichtungsgefühl, z.B. Verfolgungswahn, Ich-Desintegration)
- Depressiver Herabgestimmtheit, besonders wenn ohne Besserung und als »seelischer Schmerz« empfunden
- Depression, Suchtkrankheiten, Schizophrenie
- Patienten in stationär-psychiatrischer Behandlung (Aufnahmesituation, Entlassung, Rehabilitation)
- Psychisch Kranken nach stationärer Entlassung
- Patienten mit depressivem Wahn, besonders wenn mit Schuld und Straferwartung, Untergangsgewissheit
- Patienten mit chronischen, entstellenden, lebensverkürzenden bzw. -belastenden körperlichen Erkrankungen (neurologisch, internistisch, onkologisch usw.)
- Erhöhtem Alter mit Vereinsamung und Verlust, körperlicher Eingeschränktheit, drohender Heimaufnahme
- Menschen in Entwicklungs- und traumatischen Krisen
- Menschen in schwierigen sozialen Situationen (Isolation, Kriminalität, Asylanten, Aussiedler, Flüchtlinge, Lagerinsassen, chronische Arbeitslosigkeit, Studenten)
- Menschen nach selbst verschuldeten Unfällen, besonders wenn mit Todesfolge

Abb. 3: Gruppen mit erhöhtem suizidalem Risiko

Dass die Definition von High-Risk-Groups für Suizidalität hilfreich ist, haben z. B. Initiativen wie das »Regensburger Bündnis gegen Depression« (SPIESSL et al. 2007) oder das »Nürnberger Bündnis gegen Depression« (HEGERL et al. 2006) zeigen können. Das dichte Programm von Aufklärungsarbeit, Einbeziehung von Multiplikatoren, von Angeboten für betroffene Angehörige sowie die Kooperation mit den Hausärzten führte in beiden Beispielen zu einer signifikanten Abnahme suizidaler Handlungen, wobei beim »Regensburger Bündnis gegen Depression« auch die Suizidrate der Männer von 2006 gegenüber Baseline 2002 um 57 % abnahm; ob hier spezifische Faktoren, z. B. der hohe Anteil von männlichen Referenten und die Einbeziehung der Männerdepression als klinisches Bild verantwortlich zu machen sind, muss offen bleiben. Ein anderes Beispiel für erfolgreichen Umgang mit Hochrisikogruppen ist die nun über 30 Jahre anhaltende Arbeit der Arbeitsgemeinschaft »Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus«. Hier konnte gezeigt werden, dass nach einem Anstieg der Suizidraten in den 70er bis hin zu den 80er Jahren, nach einem Plateau in den 90er Jahren bei Werten der Suizidrate von über 200 auf 100 000 Aufnahmen und der Definition einer neuen Risikogruppe, nämlich junger schizophrener Männer, die Suizidmortalität dann bis 2009 hochsignifikant abfiel auf Werte um 50, die damit nur noch etwa 3-fach über der Allgemeinbevölkerung liegen. Hier wird das hohe Ausmaß an Fort- und Weiterbildung multiprofessionell sowie die systematische Beschäftigung in den beteiligten Krankenhäusern über die Jahre hinweg verantwortlich gemacht (WOLFERSDORF et al. 2010).

Entwicklungs-, Krisen- und Krankheitsmodelle von Suizidalität – eine Anmerkung

Grundsätzlich unterscheidet man bei ätiopathogenetischen Modellen von Suizidalität zwischen Entwicklungsmodellen, die irgendwann einmal beginnen und an deren Endpunkt die suizidale Handlung steht. Die beiden bekanntesten sind hier das von RINGEL 1953 beschriebene »Präsuizidales Syndrom« sowie die »Präsuizidale Entwicklung«, die PÖLDINGER 1968 aufgestellt hat. Ohne auf diese beiden, weil umfänglich bekannten Modelle vertieft eingehen zu wollen, sei darauf hingewiesen, dass beide Modelle einen Entwicklungsaspekt, also einen Zeitaspekt beinhalten, der präventiv genutzt werden kann. Die zeitlichen Abläufe beim präsuizidalen Syndrom sind nicht definiert und können von Stunden bis zu Jahren reichen, weisen

aber darauf hin, dass Menschen mit dem Charakteristikum »Einengung« zunehmend innere und äußere Ressourcen und damit ihre Verankerung in der realen Welt, in der Wertwelt, mit Zukunftsperspektiven und Veränderungsmöglichkeiten verlieren und verloren haben, so dass am Ende die suizidale Handlung als innere Konsequenz steht. Die »präsuizidale Entwicklung« nach PÖLDINGER (1968) zielt auf die kurzfristigeren, Tage bis Wochen benennenden Zeiten, in denen sich der spätere Suizident innerlich mit sich selber ambivalent auseinandersetzt, Leben oder Sterben, weil man so nicht leben kann, aber auch die Möglichkeiten zum Leben nicht hat, verbunden mit Appellen und dann eine Entscheidung, die Pöldinger treffend als »Ruhe von dem Sturm« beschrieben hat, also einen Zustand, der meist mit Entspannung, mit »Pseudo-Symptombesserung« einhergeht und häufig beim psychotherapeutisch-pflegerischen Personal und auch bei Angehörigen und Freunden für tragische Täuschung sorgt.

In der Abb. 4 sind das Krisen- und das Krankheitsmodell von Suizidalität zusammengefasst. Das *Krisenmodell* geht von einer bisher psychisch unauffälligen Persönlichkeit aus, die frühere Lebensereignisse und Belastungen meistern konnte, auch wenn man in der Lebensgeschichte selbstdestruktive und depressive Attributionsstile und Konfliktbewältigungsstrategien sowie im Umfeld immer wieder auch Modelle für suizidales Verhalten z. B. in der Familie finden kann. Psychodynamisch handelt es sich bei solchen suizidalen Krisen häufig um Suizidalität als Ausdruck einer tiefen Selbstwertkränkung einer Person oder eines Kollektivs (individuelle oder kollektive narzisstische Krise nach HENSELER 1974), um Suizidalität als Ausdruck einer existentiell vernichtenden Krise, bei der Scham und Schuldgefühle eine große Rolle spielen (WOLFERSDORF und ETZERSDORFER 2011, WOLFERSDORF 2010), oder auch um die klassische Konstellation, wie von FREUD (1917) beschrieben, wo Suizidalität Ausdruck einer eigentlich gegen einen anderen gerichteten und nun gegen die eigene Person gewendeten Aggression geschieht; auf weitere Modelle kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Bei narzisstischen Krisen geht es in der Therapie um die Wiederherstellung des Selbstwertgefühles bei meist Beziehungskonstellationen, bei existentiell vernichtenden Krisen geht es um den Verlust des Fremdbildes und des Selbstbildes, welche nicht mehr wiederhergestellt werden können, zur Überzeugung, es führe kein Weg zurück, führt und in der in tiefer Hoffnungslosigkeit und schwerer Depression die eigene Existenz nicht mehr gelebt werden kann.

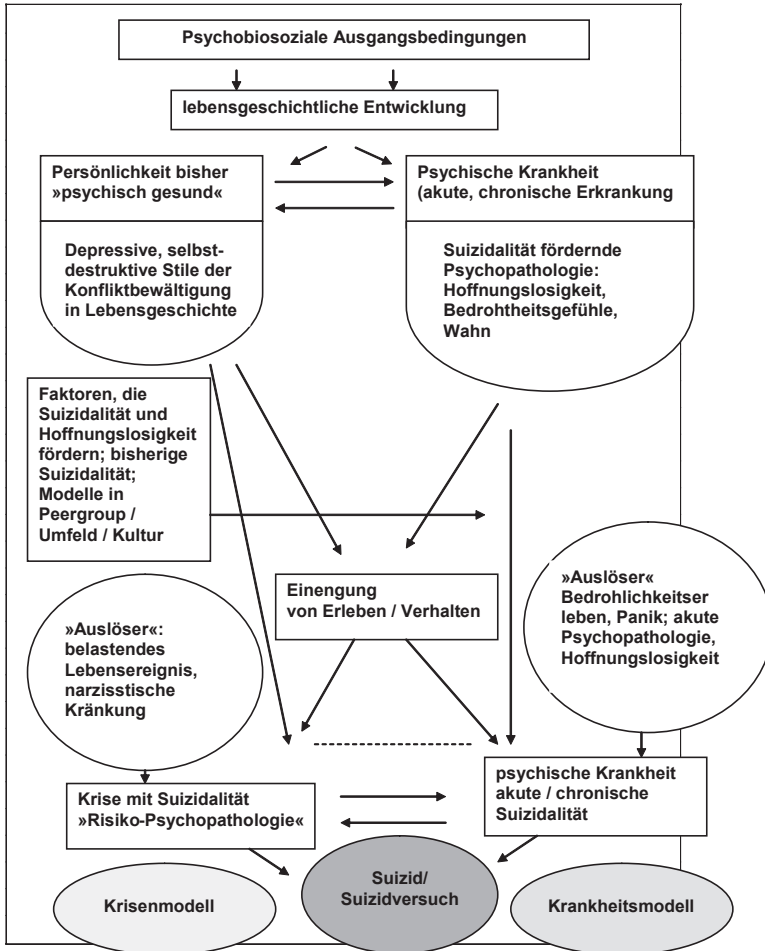


Abb. 4: Krisen- und Krankheitsmodell von Suizidalität (WOLFERSDORF UND ETZERSDORFER 2011)

Hier wird die Aufgabe von Krisenintervention/notfallpsychiatrischer Suizidprävention und -intervention gesehen, wobei die Zuständigkeit über den engeren psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich hinaus geht und interdisziplinär die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich, den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, den Beratungsstellen, Suizidentenbetreuungseinrichtungen, Institutsambulanzen einer psychiatrischen Klinik fordern.

Zum Krankheitsmodell haben MANN et al. (2005) im Rahmen eines systematischen Reviews Suizidpräventionsstrategien untersucht. Ausgangspunkt ist, dass belastende Lebensereignisse oder auch affektive (depressive) und andere psychische Erkrankungen Suizidideen generieren bzw. näher an solche heranführen, wobei für den Weg von der Idee zur Handlung eine Reihe von Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen: Impulsivität, Hoffnungslosigkeit, Zugang zu tödlichen Methoden sowie Imitation. Während die ersten beiden Faktoren wie Impulsivität/Aggression sowie Hoffnungslosigkeit in den Verantwortungsbereich von »Mental Health«-Ansätzen der Suizidprävention fallen, gehören die beiden letzteren wie Zugang zu tödlichen Methoden und Imitation/Nachahmung von Suizidalität in den »Public Health«-Ansatz von Suizidprävention. Dabei ist offensichtlich, dass es neben möglicherweise änderbaren Risikofaktoren wie psychische Erkrankung, körperliche Krankheit und Schmerzen, Angstzustände, Hoffnungslosigkeit auch feststehende Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit oder auch frühere Suizidversuche gibt, die therapeutisch und präventiv nicht angegangen werden können (BERTOLOTE 2004). MANN et al. (2005) fassen zusammen, was als suizidpräventiv wirksam gesichert sei: Fortbildung von Ärzten, Beschränkung des Zuganges zu tödlichen Methoden, Öffentlichkeitsarbeit, Identifikation von Hochrisikogruppen, Zusammenarbeit mit den Medien.

Unter *Suizidprävention* verstehen wir die Verhütung der Umsetzung von Suizidideen in suizidale Absichten und aktuelle suizidale Handlungen. Suizidprävention ist damit alles, was den Weg von der allgemein menschlich möglichen Suizididee in eine Selbsttötungsabsicht verdichtet, unterbricht und damit die Distanz zwischen Suizidabsicht und -handlung und Suizididee auf eine der möglichen Erwägungen in Krisen- und Krankheitssituationen zurückführt. Suizidprävention ist dabei Zeitgewinn für eine optimale Therapie mit dem Ziel Minderung von Handlungsdruck und von Hoffnungslosigkeit und ist Zeitgewinn für Fürsorge, die auch sichernde Aspekte z. B. via Beziehung beinhaltet (Abb. 5).

Die WHO (Abb. 6) hat in ihrem Ansatz für Suizidprävention einen *Mental-Health-* und einen *Public-Health-Ansatz* unterschieden. Ersterer zielt auf die Behandlung psychisch kranker Menschen und ist damit personenbezogen, von der Identifikation von Risikogruppen bis hin zur Verbesserung von Langzeitbehandlung, Nachsorge und Fürsorge für chronisch Kranke (Abb. 7).

- Suizidprävention ist **Verhütung** der Umsetzung von Suizidideen in Suizidabsicht und aktuelle Suizidhandlung
- Suizidprävention ist **Zeitgewinn** für optimale Therapie und Fürsorge
- Suizidprävention ist **Minderung von aktuellem Leidensdruck** von Handlungsdruck und von Hoffnungslosigkeit.
- Ziel ist, der Suizident verzichtet (vorerst) auf suizidale Handlung

(Wolfersdorf 2000, Wolfersdorf und Etzersdorfer 2011)

Abb. 5: Suizidprävention

Six basic steps for the prevention of suicide

Treatment of psychiatric patients

Guns possession control

Detoxification of domestic gas

Detoxification of car emission

Control of toxic substances availability

Toning down reports in the press

[World Health Organization. Guidelines for the Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders 4. Suicide. (Doc. WHO/MNH/EVA/88.1). Editor J. M. Bertolote. Geneva, Switzerland, WHO]

Abb. 6: World-Health Organisation

- Identifikation erhöht suizidgefährdeter Personen und Gruppen (z. B. depressiv Kranke, alte Männer, Menschen nach Suizidversuch)
- Definition allgemeiner Risikogruppen (z. B. psychisch Kranke, Menschen in Krisen, Menschen nach Suizidversuch, Menschen in besonderen Lebenssituationen: Migration, Arbeitslose, Homophile, u. a.)
- Awareness-Programme zum Erkennen und Behandeln von Risikogruppen
- Verbesserung des Erkennens von Suizidalität in der hausärztlichen, fachärztlichen, psychologischen und sozialpädagogischen sowie theologischen Versorgung Weiterbildung von sog. Krisenteam (z. B. BRK, Notfallseelsorge)
- Erarbeitung von Empfehlungen der Diagnostik, des Managements von Suizidalität
- Erarbeitung der Prinzipien von Suizidprävention/Krisenintervention (z. B. Psychotherapie, Psychopharmakotherapie, fürsorgliche Sicherung und Kontrolle, ambulante und stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung)
- Verbesserung der Langzeitbehandlung (Psychotherapie, Prophylaxe) bei Suizidalität bzw. psychischer Krankheit und Suizidalität

Abb. 7: Ebenen der Suizidprävention

Die vier Säulen jeder personenbezogenen Suizidprävention: Beziehung/Diagnostik/Management »sichernde Fürsorge«/akute Therapie: Krisenintervention und Therapie der Grunderkrankung sind in Abb. 8 zusammengefasst.

Beziehung

- * **Suizidalität als Notsignal: Mensch in Not, braucht Hilfe**

Diagnostik

- * **Suizidalität: Ausprägung und Handlungsdruck**
- * **psychische Störung/Krankheit, Risiko-Psychopathologie und**
- * **Psychodynamik, -genese, Risikofaktoren**

denkt man an Selbsttötung!
Erkennen/Fragen/
Ansprechen

Management

- * **»sichernde Fürsorge«/Kommunikation und Kontrolle: Betreuungsdichte, schützender Rahmen (amb./stat.)**
- * **rechtliche Aspekte (Einweisung gegen Willen), mechanische Sicherung**

schützende Rahmenbedingungen

Akute Therapie

- * **Krisenintervention (Gespräch, Entlastung, Psychopharmaka, Schutz)**
- * **Therapieplan und -beginn**

Hilfe, Therapie, fachkompetente Begleitung

Abb. 8: Die »4 Säulen« jeder personenbezogenen Suizidprävention

Zur Einschätzung aktueller Suizidalität gehört dabei das Fragen nach Suizidalität (konkret nach Todeswünschen, Suizidideen, Suizidabsichten, Handlungsdruck und einschließenden Suizidimpulsen, Vorgeschichte von Suizidalität etc.), das Fragen nach Handlungsdruck (kann dieser kontrolliert werden, steht eine Handlung kurzfristig bevor, hat der spätere Suizident Angst vor Kontrollverlust), das Fragen ob Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit vorhanden sind, ob der Suizident Hilfe möchte oder der Meinung ist, man könne ihm sowieso nicht helfen, letztendlich ob der Patient auf die Umsetzung aktueller Suizidideen für das Therapie- und Hilfe-Angebot (vorerst) verzichten kann, wobei natürlich Ziel ist, die Suizidalität insgesamt aufzulösen und nicht nur zu verschieben. Dazu gehören auch Fragen nach der Psychopathologie, da sowohl in der Depression wie auch bei schizophrenen kranken Menschen oder in Suchterkrankungen bestimmte Risikopsychopathologie auf eine erhöhte suizidale Gefährdung hinweisen.

Die gesundheitspolitischen Aufgaben der Suizidprävention sowie die suizidpräventiven Aktivitäten im Bereich Mental Health sind abschließend in den Abb. 9 und 10 aufgelistet.

- Antistigma-Bewegung fördern: Psychische Krankheit/Krise gehört zum Menschen!
- Griffnähe zu Suizidmethoden verändern
- Institutionen der Krisenintervention und Suizidprävention fördern
- Suizidalität als verbindliches Thema in die Aus-, Weiter- und Fortbildung in allen Fächern, die mit Menschen zu tun haben
- Arbeit mit Medienberichterstattung zur Vermeidung von Nachahmern
- Waffengesetze verschärfen

Abb. 9: Public health/politische Aufgaben

- 1) Erkennen und adäquates Behandeln psychischer Krankheiten, insbes. Depressivität
- 2) Hilfen in psychosozialen Krisen (z.B. Arbeitslosigkeit)
- 3) Beziehung/Bindung Familie (cave altruistisch), Kinder, Liebesbeziehungen
- 4) Spiritualität, religiöser Glaube
- 5) Therapie körperlicher Erkrankung
- 6) Therapeutische Begleitung

Abb. 10: Mental-Health-Aktivitäten

Geht man davon aus, »Keiner bringt sich gerne um« (WOLFERSDORF und ETZERSDORFER 2011) so ist Suizidprävention heute psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Aufgabe, aber auch Auftrag an Gesundheitspolitik und Öffentlichkeit. Abgeschlossen werden soll mit dem Wort von Paul FEDERN (1929): »Kaum jemals bringt jemand sich um, solange eine Person, die für den Gefährdeten maßgebend ist, mit dem sich sein Über-Ich identifiziert ... oder eine Person, die er liebt, ihn, so wie er ist, am Leben erhalten will, ...«.

Literatur

- BERTOLOTE, J. M. (2004): Suicide prevention: at what level does it work? *World Psychiatry* 3: 147–151.
- ESQUIROL, J. E. D. (1968): Von den Geisteskrankheiten. (1838, deutsche Übersetzung). Huber, Bern, Stuttgart.
- FIEDLER, G. (2011): Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Suizide in Deutschland. TZI Universität Hamburg-Eppendorf 2011. www.suizidpraevention-deutschland.de.
- FREUD, S. (1917): Trauer und Melancholie. *G. W. X*, 427 ff. S. Fischer, Frankfurt.
- GRIESINGER, W. (1845): Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheit, für Aerzte und Studierende. Adolph Krabbe, Stuttgart 1845. 191–193.
- HEGERL, U./ ALTHAUS, D./ SCHMIDTKE, A./ NIKLEWSKI, G. (2006): The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine* 2006: 1–9.

- HENSELER, H. (1974): Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Rowolt, Reinbek bei Hamburg.
- HENSELER, H. (1974): Narzisstische Krisen. Rowolt, Reinbek.
- MANN, J.J./ ADAPTER, A./ BERTOLOTE, J. et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA; 294 (16): 2064–2074.
- MINOIS, G. (1996): Geschichte des Selbstmords. Artemis & Winkler, Düsseldorf Zürich.
- MÖLLER-LEINKÜHLER, A.M./KASPER, S. (2010): Psychische und Verhaltensstörungen. In: BARDEHLE D, STIEHLER M (Hrsg.). Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. Zuckschwerdt Verlag München, S. 135–159.
- NEUNER, T./HÜBNER-LIEBERMANN, B./HAUSNER, H./SPIESSL, H. (2010): Reduktion der Suizidraten der Männer durch das Bündnis gegen Depression. J. Neurol Neurochir Psychiatr 2010; 11 (3): 42–45.
- OSIANDER, F.B. (1803): Von den Ursachen des Selbstmordes. Über den Selbstmord, seine Ursachen, Arten, medizinisch-gerichtliche Untersuchungen, die Mittel gegen dem Selben. Hannover (zitiert nach WILLEMSSEN 2002).
- PÖLDINGER, W. (1986): Die Abschätzung der Suizidalität. Huber, Bern.
- SCHNEIDER, B (2003): Risikofaktoren für Suizid. Roderer, Regensburg.
- SPIESSL, H./NEUNER, T./MEHLSTEIBL, D./SCHMID, R./HÜBER-LIEBERMANN, B. (2007). Welchen Beitrag leisten psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkliniken zur Suizidprävention? Suizidprophylaxe; 34: 207–212.
- WILLEMSSEN, R. (2002): Der Selbstmord. Kiepenheuer & Witsch, Köln.
- WOLFERSDORF, M. (2000 c): Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.
- WOLFERSDORF, M., ETZERSDORFER, E. (2011): Suizid und Suizidprävention. Kohlhammer, Stuttgart.
- WOLFERSDORF, M. (2009): Männersuizid: Warum sich »erfolgreiche« Männer umbringen – Gedanken zur Psychodynamik. Blickpunkt Der Mann; 7: 38–41.
- WOLFERSDORF, M. (2013 im Druck): Prävention psychischer Störungen: Suizid. In: RÖSSLER W, AJDACIC-GROSS V (Hrsg.). Prävention psychischer Störungen. Kohlhammer, Stuttgart.
- WOLFERSDORF, M. (2013): Suizidalität. Suizid und Suizidprävention: Ein klinischer psychosozialer Auftrag. InFo Neurologie & Psychiatrie 2013, im Druck.
- WOLFERSDORF, M. (2006): Therapie der Suizidalität. In: MÖLLER H-J (Hrsg.). Therapie psychischer Erkrankungen. 3. Auflage. Thieme, Stuttgart, 1144–1163.
- WOLFERSDORF, M. (1999): Suizidalität. In: BERGER M (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Auflage. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 896.
- WOLFERSDORF, M. (2010): Männersuizid: Anmerkungen zur Psychodynamik bei öffentlich bekannten Männern. J Neurol Neurochir Psychiatr 2010; 11 (3): 36–41.

Rechtliche Zuständigkeit im gegliederten System

Otto Ernst Krasney

Rechtliche Zuständigkeiten sind im gegliederten Sozialleistungssystem grundsätzlich nicht beschränkt auf psychische Erkrankungen geregelt oder (weitgehend) offen. Sie können aber auch beschränkt auf psychische Krisen in der hier notwendigerweise begrenzten Zeit nicht umfassend und erst recht nicht erschöpfend dargestellt werden. Es werden deshalb vornehmlich Fragenbereiche behandelt, die sich aus den vorangegangenen Referaten ergaben und dem Referenten freundlicherweise vorab mitgeteilt wurden. Dies schließt einen durchgehend systematischen Aufbau des Referates aus.

Geht man von der Notwendigkeit der ambulanten Hilfen bei psychischen Krisen und dem Defizit hinsichtlich einer ausreichenden rechtlichen Zuordnung in unserem gegliederten Sozialleistungssystem aus, so hat sich seit den von der AKTION PSYCHISCH KRANKE in den Jahren 1997/1999 vergebenen Forschungsvorhaben und darauf beruhenden Seminaren zwar viel bewegt, aber wenig Wesentliches zur Klarstellung geändert. Für Hilfen bei psychischen Krisen ist im Rahmen ihres Leistungskatalogs schwerpunktmäßig die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zuständig. Fallen erforderliche Krisenhilfen weder aufgrund von speziellen Vorschriften noch in Auslegung sogenannter offener Leistungsnormen nicht in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen oder eines anderen Sozialversicherungsträgers, können die erforderlichen Leistungen grundsätzlich im Rahmen des SGB XII (Sozialhilfe), und zwar insbesondere als Hilfen zur Gesundheit (§§ 47, 48 SGB XII), zur Eingliederung von behinderten Menschen (§§ 53 ff. SGB XII), zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 ff. SGB XII) und in anderen Lebenslagen (§§ 70 ff. SGB XII) erbracht werden. Auch bei fehlender Leistungszuständigkeit der GKV und der gesetzlichen Rentenversicherung kommen andere Sozialleistungsträger in Betracht. Bei psychischen Krisen von Opfern von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten besteht ausschließlich die Zuständigkeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die »mit allen geeigneten Mitteln« – also mit einem voll offenen Leistungsrahmen – zu helfen hat.

Vorangeschickt sei: Soweit noch gravierende Lücken unmittelbar oder mittelbar in den Zuständigkeitsregelungen bestehen (und das ist der Fall), sollte, worauf auch ihre stellvertretende Vorsitzende eindringlich hingewiesen hat, möglichst versucht werden, diese politisch vorbereitet durch den Gesetz-

geber schließen zu lassen. Die Rechtsprechung kann nur in sehr begrenzten Umfang Abhilfe versuchen.

I Hilfen während einer Krise psychisch kranker Menschen

1 Ärztliche Behandlung während einer psychischen Krise

Weiterhin sind in Krisen die notwendigen Hilfen im Rahmen der ärztlichen psychiatrischen Behandlung grundsätzlich weitgehend gesichert. Das gilt sowohl für die Krisen innerhalb einer schon laufenden ärztlichen Behandlung, als auch bei erstmals auftretenden psychischen Krisen, die einer ärztlichen Notbehandlung bedürfen. Sie sind in den ambulanten Notdiensten sowie den psychiatrischen Institutsambulanzen oder psychiatrischen Kliniken organisiert. Der Zuständigkeitsbereich der GKV ist insoweit unumstritten.

Aber nicht nur Zuständigkeitsfragen können die psychisch kranken Menschen in Krisen belasten.

So ist doch – wie gestern mehrfach bestätigt – auch hinsichtlich erforderlicher unverzüglicher ärztlicher Hilfen für psychisch kranke Menschen ein Fragezeichen erlaubt, soweit es räumlich die Gegenden erfasst, in denen nicht ausreichend schnell eine Institutsambulanz oder eine psychiatrische Klinik zur ambulanten Hilfe erreichbar ist. Ob auch in diesen Fällen ein ambulanter ärztlicher Notdienst stets auch einen Psychiater oder einen psychologischen Psychotherapeuten bereithält, wird wohl kaum durchgehend zu bejahen sein.

Aber auch insoweit haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Sicherstellungsauftrag, der die jeweils erforderliche ärztliche und psychologische Fachrichtung umfasst. In einer vorangegangenen Diskussion könnte der Eindruck entstanden sein, dass der Sicherstellungsauftrag sich allein auf die Kassenärztlichen Vereinigungen bezieht. Dies trifft nicht zu. Nach § 72 Abs. 2 SGB V ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch »schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist«. Als Vertragspartner obliegt es den Krankenkassen somit, in ihren Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung zu vereinbaren.

Und ebenso sollte man für die tägliche Praxis nicht verschweigen, dass – was ebenfalls gestern bereits angesprochen wurde – bei einer psychischen

Krise, die nicht eine unverzügliche Notbehandlung erfordert, ein erforderlicher rechtzeitiger ambulanter Behandlungstermin oft sehr schwer erreichbar ist. Der Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst jedoch nicht nur die Behandlung als solche, sondern erstreckt sich auch auf eine ausreichende Zahl von Vertragsärzten, die eine Behandlung allgemein in angemessener Zeit und sogleich auch die Notbehandlung in der hierfür entsprechenden Zeit erfasst.

2 Nichtärztliche Hilfen bei psychischen Krisen

Wie ist es jedoch bei schon bestehenden Erkrankungen mit den durch eine Krise erforderlichen Hilfen außerhalb der Behandlung durch Ärzte oder psychologische Psychotherapeuten?

Das führt zurück zu dem insbesondere von der AKTION PSYCHISCH KRANKE wiederholt behandeltem Thema der Komplexleistungen zur Behandlung von Krisen psychisch kranker Menschen. Ihre Zuordnung im gegliederten Leistungssystem und dabei insbesondere zur Behandlung von Krankheiten schwerpunktmäßig zuständigen GKV ist immer noch nicht abschließend, ja nicht einmal ausreichend gesetzlich geregelt oder innerhalb bestehender Regelungen entschieden. Allerdings gibt es schon seit langem Komplexleistungen, die nicht von Ärzten oder ihren Helfern erbracht werden. Aber es handelt sich dann fast ausschließlich um nicht psychiatrische oder nicht psychologische ärztlich verordnete und einer Gruppe von gesetzlich festgelegter Leistungen der GKV zuordnungsbaaren Maßnahmen.

Zum Inhalt der nichtärztlichen Behandlung zurechenbaren Teilen der Komplexleistungen wird auf den Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung« in der Schriftenreihe Band 116 des Bundesministeriums für Gesundheit Band I sowie auf Band II »Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«, verwiesen.

Es ist allerdings insbesondere für nichtärztliche und nichtpsychotherapeutische Nothilfen in psychischen Krisen noch stärker als bei der ärztlichen Behandlung darauf hinzuweisen, dass auch bei einer Zuordnung einer Komplexleistung zum Zuständigkeitsbereich der GKV das Problem verbleibt, ob und ggf. wie innerhalb eines Notdienstes bei Krisen psychisch kranker Menschen die Hilfen der nichtärztlichen Leistungserbringer gesichert werden können. Wer organisiert diesen Dienst? Wer verpflichtet die

Leistungserbringer zur Teilnahme an dem Notdienst? M. E. ist dies in den Verträgen der Leistungsträger mit den Leistungserbringern zu regeln. An einem Leistungsträger übergreifenden Krisennotdienst können sich m. E. verschiedenen Leistungsträger entsprechend den von ihrer Zuständigkeit erfassten Leistungen beteiligen. Das entspricht der Pflicht der Leistungsträger nach § 86 SGB X, bei »Erfüllung ihrer Aufgaben zusammenzuarbeiten«. Die finanziellen Aufwendungen für gemeinsam organisierte Dienste sind ebenfalls entsprechend der jeweils erfassten Leistungen und dabei am besten pauschaliert auszugleichen.

Bei psychisch kranken Menschen sollte man m. E. auch in Zukunft davon ausgehen, dass nichtärztliche Leistungen zumindest vorwiegend aufgrund ärztlicher Verordnung als Teil der Gesamtbehandlung in das bestehende Leistungssystem der GKV einbezogen werden können. Entscheidend ist insoweit auch für nichtärztliche Hilfen, dass sie zur Behandlung der Erkrankung, zur Bewältigung der psychischen Krise erforderlich sind. Eine Eheberatung, eine Erziehungsberatung oder eine Schuldnerberatung mag zwar im Rahmen einer Krise oder auch zur Unterstützung der Behandlung dienlich sein, sie bilden aber allein deshalb noch keine selbständige Maßnahme als Teil einer Behandlung psychisch Kranker. Insofern wird man vielleicht verstärkt sich der Auslegung des geltenden Rechts bedienen können, um erforderliche Komplexleistungen zu gewähren und abzugrenzen. Um nicht missverstanden zu werden: Familiäre oder finanzielle Probleme müssen auch im Rahmen einer Behandlung angesprochen und somit auch wesentlich beachtet werden können. Aber getrennte selbständige Maßnahmen wie sie vorstehend erwähnt sind, bilden keinen Teil der Behandlung, mögen sie dem Behandlungserfolg noch so nützen.

Natürlich gibt es auch insoweit Überschneidungen. So ist z. B. der Patient, der eine längere stationäre Behandlung erdulden musste, bereits in dieser Behandlung so zu sichern, dass er nunmehr auch in den vielfältigen Einflüssen des täglichen Lebens außerhalb der Einrichtung bestehen kann. Sind jedoch für bestimmte Verrichtungen des täglichen Lebens noch Hilfen erforderlich (z. B. Gänge zu Behörden, Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Kontaktaufnahme in dem bisherigen privaten Umfeld), so bilden sie keinen Teil mehr der ärztlichen oder der psychologischen Behandlung.

Die Bindung an eine Behandlung als Voraussetzung der Leistungspflicht der GKV betont das BSG z. B. im Rahmen der Erstattung von Fahrkosten. Eine Erstattung erfolgt nur, wenn die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse erforderlich war (BSG Urteil vom

2.11.2007 – B 1 KR 4/07 – SozR 4-2500 § 60 Nr. 2). Eine eng begrenzte Ausnahme lässt das Gesetz zu, soweit sich nach zunächst begründbarer Annahme, eine Behandlung sei erforderlich, ergibt, dass dies doch nicht der Fall war.

Ferner muss der Versicherte das Transportmittel für die Fahrt zur Behandlung benutzt haben. Das ist eben z. B. nicht der Fall, wenn die Feuerwehr einen Menschen auf einem Gebäude vor einem drohenden Suizid rettet, ihn aber dann nicht zu einer Behandlung beim Arzt oder einen psychologischen Psychotherapeuten, sondern nach Hause fährt.

Sofern zur Begründung oder wenigstens zur Klarstellung von Leistungen der GKV besondere gesetzliche Vorschriften geschaffen werden, sollte man auch für den Gesetzesanwender auf nicht unbedingt erforderliche und neue Abgrenzungsschwierigkeiten begründende Kriterien verzichten. Als Beispiel sei hier die Soziotherapie nach § 37a SGB V genannt. Bei allem Verständnis für die Grenzen einer finanziellen Belastbarkeit der GKV erscheint es doch fraglich, eine Soziotherapie nur für Versicherte vorzusehen, »die wegen schwerer psychischer Erkrankungen« nicht in der Lage sind, ärztlich oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Warum soll das nicht für psychische Erkrankungen gelten, die unter dem Gesichtspunkt der psychiatrischen Beurteilung noch nicht schwer sind, aber es dann doch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit würden, wenn die kranken Menschen die notwendigen ärztlichen oder ärztlich verordneten Leistungen nicht in Anspruch nehmen. Es erscheint jedenfalls für den Laien nicht überzeugend, dass diese Gefahren – die krankheitsbedingte Unfähigkeit, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen ohne Hilfen in Anspruch zu nehmen mit der Gefahr einer Verschlimmerung der Erkrankung – bei allen nicht schweren psychischen Erkrankungen von vornherein nicht bestehen soll. Entfielen die Begrenzung auf schwere psychische Erkrankungen, so könnte insoweit die Regelung verstärkt sowohl der Behandlung als auch der Prävention oder der sekundären Prävention dienen. Das erscheint auch deshalb wesentlich, weil die Soziotherapie anders als andere, noch unter II zu behandelnden Vorsorgemaßnahmen nicht allgemeiner Art, sondern auf den einzelnen betroffenen Versicherten ausgerichtet ist. Es ist nicht überzeugend, die Übernahme von Fahrkosten zur Behandlung nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu Recht nicht von der Schwere der Erkrankung abhängig zu machen, wohl aber notwendige Begleitung als Teil der Soziotherapie.

II Psychische Krisen bei nicht oder noch nicht kranken Menschen

Zusätzliche Schwierigkeiten bestehen hinsichtlich der Zuständigkeit der Sozialleistungsträger bei psychischen Krisen, die Menschen erfassen, die nicht oder noch nicht krank sind oder (noch) keiner Krankenbehandlung bedürfen, aber ohne erforderliche Hilfen bei ihnen die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklung zur Krankheit besteht.

Vorsorglich sei jedoch noch einmal in Erinnerung gerufen: Im Vorfeld wurde dem Referenten mehrfach vorgehalten, diese Menschen dürften nicht bereits als krank »abgestempelt« werden. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass das Vorhandensein einer Krankheit einen Menschen nicht bereits negativ einstuft. Dies gilt auch für psychische Erkrankungen. Wobei im letzteren Fall wohl nicht zu übersehen ist, dass dies im täglichen Leben immer noch sehr häufig geschieht. Man sollte es jedoch in Fachkreisen soweit wie möglich vermeiden, insoweit dieser Fehlbeurteilung Vorschub zu leisten.

Soweit psychische Krisen Menschen erfassen, die noch nicht krank sind oder keine oder noch keiner Krankenbehandlung – in welcher Form auch immer – bedürfen, kommen Präventionsmaßnahmen in Verbindung mit Selbsthilfe in Betracht. Nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB V besteht für die Versicherten Anspruch auf Leistungen »zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung ... (§§ 20 bis 24b)«. An sich ist insoweit grundsätzlich eine Zuständigkeitsregelung gegeben. Jedoch besteht weiterhin noch Klärungsbedürftigkeit, inwieweit erforderliche Maßnahmen den Präventionsmaßnahmen iS des § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zuzurechnen sind. Die noch offenen Fragen wirken sich dann wiederum auf die Frage nach dem zuständigen Sozialleistungsträger aus.

Zur Vorbereitung des Referates wurde erwähnt, nicht jeder erstmalig psychisch kranke Mensch erkennt und akzeptiert seinen Krankheitszustand. Dies gilt auch bei Krisen psychisch kranker Menschen. Es ist jedoch bereits Teil einer ärztlichen Behandlung oder ärztlich verordneten Komplexleistung, den kranken Menschen zum Erkennen und Akzeptieren seiner Krankheit zu führen. Der primären Prävention sind diese Behandlungen einer bereits bestehenden Erkrankung nicht mehr zuzuordnen. Die Zuständigkeit der GKV zu den gesetzlich vorgegebenen Behandlungen ist gegeben.

Primäre gesundheitliche Prävention »zielt auf die Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten bei einem Individuum oder einer (Teil-) Population« (SCHÜTZE in SCHLEGEL/ENGELMANN, juris-Praxiskommentar SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 2. Aufl. 2012, § 20 RdNr. 14).

Demgegenüber richtet sich die sekundäre Prävention auf die »Entdeckung eines eindeutigen, eventuell symptomlosen Frühstadiums einer Krankheit und auf eine frühzeitig einsetzende Therapie« (SCHÜTZE aaO). Von dem erwähnten Fall des nicht Erkennens und Akzeptieren der Erkrankung einer ärztlich schon festgestellten Krankheit durch den psychisch kranken Menschen unterscheidet sich diese Fallgestaltung der sekundären Prävention, dass auch aus der Sicht der Ärzte ein möglicher Krankheitszustand erst erkannt werden und einer Therapie zugeführt werden soll.

Was aber grundsätzlich und vor allem im Einzelfall zur primären Prävention gehört, ist noch nicht abschließend geklärt. Und es wird jedenfalls in absehbarer Zeit nicht klärbar sein. Dies gilt insbesondere bei Krisen, die sich durch ein akutes Auftreten und eine ebenso gegebenenfalls erforderliche Präventionsmaßnahme auszeichnet. Hier bleibt kein zeitlicher Raum für eine verwaltungsmäßige oder gar gerichtliche Klärung. Außerdem erscheint es häufig hinsichtlich der Wirkung von Präventionsmaßnahmen nicht angezeigt, den betroffenen Menschen parallel dazu ein Verwaltungs- oder gar Gerichtsverfahren aufzubürden.

Die grundsätzliche Auslegungsfrage zu § 20 SGB V ist schon nicht abschließend geklärt. Erfasst z. B. § 20 SGB V speziell auf den Einzelfall ausgerichtete Maßnahmen? Nach § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V sollen Leistungen zur Primärprävention »den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen«. Dies spricht eher dafür, nur allgemeine oder gruppenspezifische Maßnahmen zur Erhaltung des Gesundheitszustandes als Leistungen der primären Prävention anzusehen. Gleiches gilt für Absatz 1 Satz 3 dieser Vorschrift, wonach der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien der primären Prävention hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik beschließt. In den Vorschriften der §§ 21 ff. SGB V, ist dagegen bei Präventionsmaßnahmen, die sich stärker auf Einzelmaßnahmen beziehen, die in § 20 SGB V nicht verwendete Formulierung gebraucht, »Versicherte können...«, »Versicherte haben Anspruch«. Derartige und ähnliche Rechtsfragen sind für die Auslegung des § 20 SGB V von Bedeutung. Der Referent verkennt jedoch nicht, dass für die jeweiligen Erbringer von Präventionsleistungen viel stärker die »jetzt, im Augenblick« zu erbringenden Leistungen für den Versicherten in Forderung stehen und sich dann eine gewisse Verzweiflung ausbreitet, dass objektiv und auf den

einzelnen Betroffenen subjektiv erforderlichen Leistungen nicht in der an sich erforderlichen Zeit erbracht werden, weil lediglich Streit darüber besteht, welcher Leistungsträger zuständig ist.

Allerdings wird in der sozialpolitischen und sozialrechtlichen Diskussion immer stärker Sinn und Zweck der Prävention im Einzelfall betont. Zu beachten ist auch die Regelung in der Pflegeversicherung, wonach die Pflegekasse durch Einwirken auf des zuständigen Leistungsträger und durch Pflegeberatung (§§ 5 und 7a SGB XI) sicherzustellen hat, dass »frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden«. Dies sind aber zumindest auch auf den Einzelfall ausgerichtete Leistungen.

Ebenso wird man Schütze (in SCHLEGEL/ENGELMANN, juris-Praxiskommentar SGB V, 2. Aufl. 2012, § 20 RdNr. 9) zustimmen können, dass die Prävention iS des § 20 SGB V die »Zuständigkeit der Krankenkasse auf Lebensbereiche« erweitert, »die grundsätzlich der Eigenverantwortlichkeit der Versicherten im Rahmen einer gesundheitsfördernden Lebensführung obliegen«. Aber noch stärker sind die Ausführungen von Schütze (aaO RdNr. 10) zu betonen: »Diese prinzipielle Trennung zwischen Eigenverantwortlichkeit vor dem Versicherungsfall und Einstandspflicht der Solidargemeinschaft nach dem Eintritt des Versicherungsfalles bricht § 20 SGB V partiell auf«. Schließlich darf noch einmal auf die Ausführungen von Schütze (hier § 20 RdNr. 30) verwiesen werden, dass die Leistungen der Prävention nach § 20 SGB V »außerhalb des Arztvorbehaltes stehen«. »Nach dem systematischen Verhältnis bezieht sich vielmehr der Präventionsauftrag des § 20 SGB V ausschließlich auf solche Leistungen, die von Ärzten nicht erbracht oder verordnet werden müssen«. Das ist hinsichtlich der Prävention eine sehr weitgehende Vergrößerung der Zuständigkeit in der GKV. Allerdings wird man hier entsprechend den Ausführungen zur Behandlung davon ausgehen müssen, dass die nichtärztlichen Leistungen wesentlich dazu bestimmt sein müssen, eine Verstärkung der psychischen Krise in eine psychische Erkrankung möglichst zu vermeiden. Es müssen gesundheitliche Ziele sein, die durch die nichtärztlichen Leistungen angestrebt werden. Allein z. B. die Rettung eines Familienbundes rechtfertigt m. E. die Notwendigkeit der GKV nicht, selbst wenn allgemein in einem heilen Familienverbund psychische Krisen gegebenenfalls leichter zu beherrschen sind.

Die für das geltende Recht wesentliche Einschränkung der Leistungen nach § 20 SGB V besteht jedoch darin, dass nur solche Leistungen in Betracht kommen, die in der Satzung der Krankenkasse als Leistungen zur

primären Prävention vorgesehen sind. Nach dem Gesetz »soll« die Satzung diese Leistungen aufführen. Das Gesetz selbst gibt somit dem Versicherten noch keinen Rechtsanspruch auf bestimmte Präventionsleistungen. Nach der Gesetzesbegründung soll die Regelung jedoch »stark verpflichtende Wirkung« zur Aufnahme entsprechender Leistungen in der Satzung enthalten. Allerdings hat der einzelne Versicherte keinen Anspruch auf Aufnahme bestimmter Präventivleistungen in die Satzung.

Schließlich darf auch die Einschränkung in § 20 Abs. 2 SGB V nicht übersehen werden, dass die Krankenkassen insgesamt nur einen bestimmten Betrag für jeden ihrer Versicherten und Jahr für Präventionsleistungen nach § 20 SGB V ausgeben dürften. Im Jahre 2011 waren es 2,80 Euro je Versicherter. Hochgerechnet erscheint der Gesamtbetrag bei den einzelnen Krankenkassen doch nicht unerheblich. Die erforderliche Planungssicherheit führt aber nicht nur zu finanziell vorsichtigen Satzungsregelungen, sondern insbesondere im ersten Halbjahr wiederum finanziell zu »angepassten« Ausgabeverhalten. Bei der ständig steigenden Zahl psychischer Erkrankungen erscheint es auch aus finanzieller Sicht zur Verringerung späterer wesentlich höherer Sach- und Geldleistungen nach Erkrankungen geboten, die Mittel für Präventionsleistungen auch in der GKV angemessen zu erhöhen.

Abschließend möchte der Referent gegenüber den hier anwesenden Seminarteilnehmern betonen, dass er nicht verkennt, welche Belastungen im Rahmen ihrer an sich schon so schweren Aufgabenbewältigung die vielfach ungeklärten Zuständigkeitsfragen im Rahmen unseres sozialen gegliederten Systems für sie bewirken. Andererseits möchte er sie daran erinnern, wie trotz allem letztlich nicht nur befriedigend, sondern schön ihr berufliches Wirken ist, Menschen zu helfen, die an einer Krankheit leiden oder sich in einer noch nicht zur Krankheit ausgebildeten Krise befinden und dafür Hilfen von Menschen benötigen, die sie in so vielfältiger Weise zu erbringen vermögen und auch trotz aller Schwierigkeiten erbringen. Das wird ihnen Kraft und Trost in besonders schwierigen Situationen geben und ihnen insgesamt die Freude an ihrem Beruf sichern. Dies wünsche ich ihnen auch für die Zukunft.

Podiumsgespräch »Verantwortung für Hilfen in Krisensituationen«

*Kirsten Kappert-Gonther, Norbert Mönter, Andra Mrazek,
Thomas Uhlemann
Moderation: Ulrich Krüger*

Krüger: Herr Krasney, zunächst meinen herzlichen Dank für den aufmunternden Abschluss Ihres Vortrags. Das ist eine schöne Überleitung zu unserem Gespräch.

Frau Kappert-Gonther, Sie sind in Bremen gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und insofern eine Idealbesetzung für unser Gespräch, weil Bremen als Stadtstaat sowohl kommunale wie Landesinteressen vertritt, Sie also kompetent sind für den gesamten Bereich der staatlichen Hilfen für Menschen in psychischen Krisen.

Frau Mrazek, Sie kommen von der Bundespsychotherapeutenkammer. Die Beteiligung der Psychotherapeuten war uns sehr wichtig, denn psychotherapeutische Kompetenz spielt bei Hilfen in psychischen Krisen zweifellos eine große Rolle.

Herr Dr. Uhlmann, Sie vertreten den GKV-Spitzenverband. Sie sind zuständig für den Bereich Psychotherapie im GKV-Spitzenverband, und insofern thematisch nah an unserem Tagungsthema. Herr Dr. Mönter, Sie vertreten hier die KBV und sind in dieser Aufgabe auch in verschiedenen anderen Bereichen unterwegs, z. B. im G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss), wo wir uns beim Thema Ambulante Soziotherapie begegnet sind. Sie sind Psychiater und seit vielen Jahren fachärztlich tätig und auch in dieser Funktion vielfältig mit Krisensituationen von psychisch kranken Menschen oder solchen, die es nicht werden sollen, befasst.

Frau Kappert-Gonther, ich möchte das Gespräch mit Ihnen beginnen. Soeben hat Herr Krasney die Bereiche Behandlung und Prävention angesprochen. In der Tat denkt man bei Hilfen in psychischen Krisen zunächst an Psychiater und psychiatrische Einrichtungen und alles, was mit Behandlung zu tun hat. Ansonsten vielleicht an die Prävention. Aber es gibt diverse staatliche Unterstützungsleistungen. Ich wäre ihnen dankbar, wenn sie zunächst darauf eingehen würden.

Kappert-Gonther: Das mache ich sehr gerne. Guten Tag und wenn sie erlauben ergänze ich noch, dass ich auch Psychiaterin bin und Psychotherapeutin und auch psychotherapeutisch immer noch tätig bin. Daher fühle ich mich hier verknüpft und vernetzt und das ist auch schon das Thema des

Tages und dieser Tagung. Wenn wir überlegen, wie beginnt ein Leben, wo treten Krisen auf, dann wissen wir alle und vergessen es trotzdem häufig, dass schon in den Kitas und Schulen Menschen mit Menschen beschäftigt sind, die in Krisen geraten, mit Schülerinnen, Schülern und deren Eltern. Das sind komplett oder überwiegend staatlich finanzierte Systeme.

In schweren psychiatrischen Krisen sind die Feuerwehr und die Notdienste der Feuerwehr häufig beteiligt, auch die Polizei. Sie wissen wahrscheinlich auch, dass es Zahlen gibt, dass Notarzteinsätze und Notdienst-einsätze zu 70 % aufgrund von psychischen Krisen entstehen. Dabei denken wir an die ganzen Suchtproblematiken, an Suizidversuche, Suizide und auch an Panikattacken. Und, was wir häufig vergessen, was ich zumindest häufig vergesse, aber an dieser Stelle erwähnen möchte: Auch in den Job-Centern und in anderen Sozialbehörden haben Menschen ständig mit Menschen zu tun, die psychisch in Schwierigkeiten sind, die in einer Krise sind. Die Fachleute sind häufig überfordert zu sagen, wie es denn jetzt weiter geht.

Und dann der ganze Bereich im SGB XII: Betreutes Wohnen, unterstützte Arbeit. Auch das ist ein Bereich, der überwiegend steuerfinanziert ist, und nicht zu vergessen, der ganze Selbsthilfebereich und die Initiativen, die sich regional gründen.

Das wird in anderen Regionen nicht anders sein als in Bremen. Wir haben einige hervorragende Gesundheitstreffpunkte, auch Frauengesundheitszentren, die steuerfinanziert sind und die eine sehr wertvolle Arbeit leisten. Was ich betonen möchte: Es gibt eine Fülle von staatlich finanzierten Diensten, die mit Krisenintervention zu tun haben und dann gibt es daneben noch den großen Bereich des Krankenkassengesundheitssystems SGB V, sie haben es eben erwähnt, da ist auch viel Geld im System. Trotzdem müssen wir uns fragen: Warum kommt manchmal im entscheidenden Fall für den Einzelnen so wenig an.

Krüger: Ganz herzlichen Dank. Es ist deutlich geworden, was für ein breites Spektrum an Hilfeleistungen besteht, die steuerfinanziert und irgendwie staatlich beeinflusst sind. Und Sie haben meines Erachtens zu Recht betont, wie bedeutsam dieser Beitrag ist. Trotzdem frage ich jetzt noch einmal nach: Sind, wenn es nötig ist, im Rahmen der genannten Kriseninterventionen auch intensivere Begleitungen in psychischen Krisen möglich? In vielen Fällen wird es doch wohl eher auf eine Weiterleitung hinauslaufen, wenn ich z. B. an die Feuerwehr oder an die Polizei denke?

Kappert-Gonther: Es ist völlig richtig, was sie sagen. Das wissen auch alle hier im Raum. Dass es ganz oft nur um eine Weiterleitung geht. Das

gilt selbst für die psychiatrischen Krisendienste. Der Münchener und Hamburger Krisendienst war hier gestern schon Thema und in Bremen haben wir auch ein sehr guten und rührigen Krisendienst. Selbst dieser leitet oft an das bekannte und auch überwiegend bewährte System der stationären Hilfen weiter. Dabei sind zwei Faktoren entscheidend:

1. Wir haben tatsächlich immer noch zu wenige passgenaue ambulante Hilfen, die intensiver begleiten können über eine längere Zeit als einen Moment. Ich denke da zum Beispiel an mobile Kriseninterventionsteams. Das ist etwas, was in Deutschland noch nicht sehr verbreitet ist, in England dagegen durchaus. Wer die wunderbare Arbeit von Matthias Heißler in Geesthacht kennt, weiß, wie dort erfolgreich mit mobilen Kriseninterventionsteams gearbeitet wird. Dort können Fachleute in die Familien kommen und dort auch für längere Zeit, für einige Tage begleiten. Das sind Systeme, die haben wir in Bremen noch nicht. Das ist das eine. Uns fehlen mobile ambulante passgenaue Hilfen.

2. fehlt bei den verschiedenen eben von mir erwähnten Fachleuten, die bei Krisen beteiligt sind, manchmal die Information. Die Behandlungszentren in Bremen sind den ganzen Tag über auch ohne Überweisung und ohne Termin zugänglich. Da sitzen psychiatrische Fachleute, sozialpädagogische Fachleute. Da kann man einfach hingehen, aber dieses Wissen ist in der Bevölkerung und eben auch bei weiterleitenden Diensten häufig nicht vorhanden. Da fehlt noch Verknüpfung und Kooperation.

Krüger: Vielen Dank. Diesen Problempunkt merken wir uns schon mal, dass das Risiko relativ groß ist, dass das bewährte stationäre System allein schon wegen der Verfügbarkeit gewählt wird. Das muss im Einzelfall nicht unbedingt immer die Ideallösung sein und wird auch von manchen Menschen in psychischen Krisen nicht oder nur widerstrebend akzeptiert.

Sie haben dafür auch Änderungsvorschläge gemacht und auf die intensiven ambulanten Hilfen z. B. in England und in Geesthacht hingewiesen. Dieser Teil berührt die psychiatrische Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen. Medizinische Behandlung setzt eine Diagnose, also das Vorhandensein einer Erkrankung voraus. Darüber hinaus gibt es jedoch auch Menschen, die noch nicht psychisch krank sind und es vielleicht auch nicht werden, die aber gleichwohl subjektiv und objektiv in einer schweren Krise stecken, darunter leiden und Hilfen brauchen. Dann bewegen wir uns eigentlich im Bereich der allgemeinen Daseinsvorsorge. Kann man sagen, dass dieser erste Teil der Krisenhilfe eigentlich eine kommunale Aufgabe ist, weil das allgemeine Daseinsvorsorge ist?

Kappert-Gonther: So würde ich das nicht sagen. Es ist *auch* eine kommunale Aufgabe. Es ist auch eine gesellschaftliche Aufgabe und es ist auch eine Aufgabe im krankenkassenfinanzierten System. Was mir besonders wichtig ist, ist zu sagen, dass wir ganz viele Angebote haben in allen Bereichen, auch was Nachbarschaftshilfe anbelangt. In Bezug auf gesellschaftliche Aufgaben gibt es Bereitschaft zur Hilfe. Wir haben ein hochdifferenziertes Krankenversorgungssystem und wir haben ein sehr gutes, staatlich finanziertes System im öffentlichen Gesundheitsbereich. In der Verknüpfung, in der Zusammenarbeit muss Krisenintervention, aber auch Prävention, stattfinden. Ich bin der ganz klaren Auffassung, dass wir auch in den Kitas und in den Schulen noch sehr viel mehr tun müssen für die Förderung der seelischen Gesundheit und auch da für den Blick aufeinander. Wir dürfen uns nicht einbilden, dass es keine Stigmatisierung mehr gebe. Wir versuchen nur unseren Beitrag zu leisten, dass Stigmatisierung nicht noch zunimmt. Die Wahrheit ist aber auch: Selbst mit unseren Systemen – öffentliches Gesundheitssystem und krankenkassenfinanziertes System – leisten wir nach wie vor einen Beitrag und auch da muss man natürlich noch sehr viel mehr tun, als wir jetzt tun können. Die Antwort auf ihre Frage lautet: Ja es ist auch eine Aufgabe der Daseinsvorsorge, aber nicht nur.

Krüger: Ganz herzlichen Dank. Herr Dr. Uhlmann, damit sind sie angesprochen. »Auch allgemeine Daseinsvorsorge, aber nicht nur.« Der Rest ist dann ja wohl Behandlung und Prävention. Die Bereiche für die die GKV in der Verantwortung steht.

Uhlmann: Ja, ganz richtig. Das sind die Bereiche, in denen die gesetzliche Krankenversicherung tätig wird. Ich glaube, es ist wenig sinnvoll, wenn ich jetzt aufführe, was die gesetzliche Krankenversicherung alles leistet. Wie viele Millionen Euro hier und dort eingesetzt werden. Das ist an dieser Stelle nicht entscheidend, denn wichtiger ist, wie man das einschätzt, wie man das beurteilt, was in diesem Bereich getan wird. Und dafür gibt es eben keinen objektiven Maßstab. Es gibt keinen Hinweis aus der Medizin. Was wir als Bedarf definieren, muss gesellschaftlich ausgehandelt werden. Insofern kann ich auch nicht sagen, im finanziellen Bereich wird genügend getan oder im Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung wird schon genügend investiert. Das kann man so nicht unbedingt sagen, es sei denn, man vergleicht das international und sagt dann: »Okay, im Vergleich zu den anderen europäischen Ländern ist es gar nicht so schlecht.« Darauf kommt es mir aber nicht an. Ich wollte Sie an dieser Stelle eigentlich nur ermuntern, Ihre Interessen wahr zu nehmen gegenüber der Krankenversicherung und gegenüber staatlichen

Institutionen, genau an dieser Definition zu arbeiten. Wenn klar ist, was aus ihrer Sicht sinnvoll und notwendig ist, dann muss man sehen, ob sich das so durchsetzen lässt. Im Bereich der Krisenintervention wird zumindest im ambulanten Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung eigentlich nicht so viel gemacht, aber es ist auch so, dass anders als das vielleicht aus rechtlicher Perspektive gesehen werden kann, der Sicherstellungsauftrag nicht bei den Krankenkassen liegt, sondern bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Und die Krankenversicherungen, die Krankenkassen sind nur die Kostenträger in diesem Fall. Sie verantworten also nicht die Sicherstellung, sondern übernehmen die Finanzierung der Leistungen, zu denen sie in erster Linie verpflichtet sind. Also, wo es darum geht, die Leistungen abzudecken und zu erbringen, die Satzungsleistungen sind. Der ganze Bereich, der im Gesetz mit Bestimmungen wie »soll« oder »sollte« belegt ist, ist etwas weicher. Hier ist es etwas schwieriger, da kommt es darauf an, was jeweils ausgehandelt wird. Wenn es eine Vorgabe gibt, die heißt: »das ist eine Satzungsleistung«, dann werden die Krankenkassen selbstverständlich diese Leistungen zu erbringen versuchen, soweit das möglich ist. Aber wie gesagt, was ansonsten darüber hinaus angemessen ist, ist eher etwas, was sich im gesellschaftlichen Diskurs entwickelt. Der letzte Punkt dazu: Es ist nicht unbedingt hilfreich, eine reine Mitteldiskussion zu führen. Denn die Krankenkassen wollen auch ihren Versicherten ein gutes Angebot machen und nicht primär Geld sparen oder sich eng an gesetzliche Vorgaben halten. Das fällt häufig so ein bisschen unter den Tisch. Dieses Engagement der Krankenkassen erkennt man zum Beispiel daran, dass es für viele Bereiche eine erhebliche Zahl von Selektivverträgen gibt. Die zeigen an, dass da ein besonderes Interesse besteht. Insofern sollte man sich eher drauf hin orientieren, das Ziel anzupeilen, eine bessere Qualität in der Versorgung zu erreichen. Das ist hilfreicher als zu sagen: »Okay, in dem Fall könnte man Chronifizierung vermeiden und dadurch sparen. Sparen ist nicht unbedingt vorrangig, zumal es auch so ist, dass aus allen Bereichen, mit denen wir zu tun haben, dieses Argument immer kommt. Gebt uns jetzt ein bisschen Geld, dann könnt ihr in Zukunft ganz viel sparen. Das ist meistens im individuellen Fall ganz plausibel. Das können wir sofort nachvollziehen. Es kann aber insgesamt nicht hinkommen. Insofern würde ich davor warnen, so einen Weg zu gehen. Ich habe sie auch bisher nicht so verstanden, dass es ihr zentraler Weg ist. Ihnen geht es um eine Verbesserung der Versorgung und das ist aus unserer Sicht sehr gut.

Krüger: Prima! Die Einladung, dass wir da unsere Interessen vertreten sollen, greife ich gerne auf und frage gleich konkret nach. Aus unserer Sicht

geht es allerdings nicht primär darum, von allen möglichen Seiten zusätzliche Gelder zu akquirieren. Das ist immer wünschenswert, aber nicht der Kern. Wichtiger wäre es vielleicht, die vorhandenen Ressourcen stärker zusammen zu führen. Insofern vielleicht mal ganz konkret: Ist es im Bereich der Behandlung z. B. vorstellbar, dass sich Institutsambulanzen oder auch kassenärztliche Vereinigungen finanziell oder auch personell beteiligen, wenn sich ein regionaler psychiatrischer Krisendienst bildet?

Uhlemann: Ja sicher ist das möglich! Das wird auch schon gemacht. Wenn Sie sich die Versorgungslandschaft im Bereich der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ansehen, dann finden Sie eine sehr heterogene Situation vor. Sie haben in einigen Ländern z. B. praktisch keine niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater. Zum Beispiel in Sachsen-Anhalt und in Rheinland-Pfalz. Da muss Krisenintervention in den PIAs gemacht werden und das erfolgt dort auf Grundlage der Vorgaben, die wir auf Bundesebene ausgehandelt und landesbezogen modifiziert haben. Das ist ansonsten prinzipiell natürlich auch für die Bundesebene denkbar. Wenn das gewünscht wird, kann man das diskutieren und man wird sehen, wie die verschiedenen Beteiligten dazu stehen. Das sind in der Regel dreiseitige vertragliche Konstruktionen. GKV-Spitzenverband, KBV und die DKG verhandeln dann dort die entsprechenden Verträge. Repräsentieren sozusagen unterschiedliche Bereiche, den stationären Bereich, den vertragsärztlichen Bereich und den Kostenträgerbereich. Und warum soll man dann nicht zu solchen Lösungen kommen. Was wichtig ist, ist doch klar. Die Betroffenen müssen einen niedrigschwelligen Zugang haben. Da muss eine Tür sein an die man klopfen kann, in die man nachher gehen kann. Das ist ganz wichtig. Ob das dann nachher von den PIAs gemacht wird oder von anderen Institutionen ist im Grunde genommen »schnuppe« sage ich mal ganz salopp. Es kommt nur darauf an, dass dieser Zugang da ist und dass dort qualifizierte Arbeit geleistet wird.

Krüger: Okay. Vielleicht noch ein anderes konkretes Thema: Die ambulante Psychotherapie. Die ambulante Psychotherapie ist eigentlich eine Leistung, die dafür da ist, psychisch kranken Menschen, die dazu selbst nicht in der Lage sind, den Weg zu erforderlicher Behandlung zu eröffnen und sie dabei zu begleiten. Nach unserem Eindruck ist jedoch die Psychotherapie selbst enorm hochschwellig. Ambulante Psychotherapie ist eine Antragsleistung. Sie ist zuzahlungspflichtig. Sie ist also schon aus diesen Gründen kaum in Krisensituationen einzusetzen. Könnte man daran mal was ändern?

Uhlemann: Wenn jemand mit einer schweren Depression gar nicht aus dem Haus kommt und gar nicht in der Lage ist, eine solche Leistung in Anspruch zu nehmen, dann wäre das natürlich genau etwas für die Soziotherapie. Ich habe auch mitbekommen, dass diese Antrags- und Genehmigungspflichten eine relativ große Hürde sind, um diese Leistungen in Anspruch zu nehmen. Aber es gibt meines Wissens noch einige andere Probleme mit der Soziotherapie. Das ist zum Beispiel die mangelnde Evidenz in dem Bereich. Wir sind ja gehalten, alle Leistungen auf Evidenz zu überprüfen und das erfolgt nach Kriterien, die relativ stark formalisiert sind, über den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Genau das Gleiche passiert in der Psychotherapie. Auch dort haben wir zurzeit eine Evidenzprüfung und es ist nicht ausgemacht, dass wir für das Leistungsangebot – sagen wir mal über 100 Stunden – bei einer Analyse überhaupt Evidenz in der Literatur finden und wir gucken uns alles an. Zurückkommend auf die Soziotherapie, da wäre es natürlich hilfreich, wenn die Evidenz dort stärker nachgewiesen würde. Ob man dort von dieser Regelung antrags- und genehmigungspflichtiges Verfahren abrückt und sagt, okay, wir bieten das einfach auf Versichertenkarte an, also sagen wir mal eine Anzeigepflicht. Die Krankenkassen bekommen eine Mitteilung, dass da eine Soziotherapie beginnt und können dann über den MDK oder wie auch immer prüfen. Vielleicht wäre das ein Weg, aber ich kann, wie gesagt zur Soziotherapie an der Stelle nicht so viel sagen. Wir überlegen solche Sachen bei der Psychotherapie. Soll man das da machen? Ist da im Grunde genommen die gleiche Konstruktion? Es gibt eine Antrags- und Genehmigungspflicht und es stellt sich die Frage, ob die Hürde zu hoch ist für viele, ob viele Versicherte einfach Schwierigkeiten haben, darüber zu kommen und ob man dann eine andere Konstruktion finden sollte.

Krüger: Vielen Dank. Das ist interessant. Sehr gut möglich, dass wir gleich noch mal darauf zurückkommen. Frau Mrazek, die Psychotherapie war auch angesprochen, insbesondere ein leichter Zugang. Das war eine Einladung, die Sie bestimmt interessiert. Ich wollte trotzdem zunächst einmal auf Sie zugehen, Herr Dr. Mönter. Eben wurde erwähnt, dass die Sicherstellung für den ambulanten Bereich von den Krankenkassen weitergeleitet worden ist an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Liegt also die Zuständigkeit bei Ihnen, für psychische Krisen ein Versorgungssystem zu schaffen.

Mönter: Zunächst einmal persönlich: Nein, ich bin nicht bei der KBV. Ich bin seit dreißig Jahren niedergelassen und spreche jetzt in diesen Fragen für die KBV. Dass ich in dieser Thematik für die KBV spreche ist ein Indiz dafür, dass es auf der KBV-Ebene für diese Fragen der Krisenintervention,

organisationsstrukturell keinen richtigen Ansprechpartner gibt. Es ist auch so, dass z. B. Bereitschaftsdienstesätze nicht differenziert dokumentiert und statistisch erfasst werden. Wie oft handelt es sich ausschließlich oder zumindest begleitend auch um psychische Krisen und was ist da erforderlich? Darüber gibt es keine Dokumentation, keine Evaluation. Deswegen ist es insgesamt – Sie haben ja schon viel dazu gesagt Herr Uhlmann – hilfreich, Aufmerksamkeit auf diesen Bereich zu lenken und dann – da würde ich mich auch Herrn Professor Krasney anschließen – gibt es viele Möglichkeiten und eigentlich sind die rechtlichen Vorgaben bereits geregelt. Man muss es dann wirklich nur kraftvoll durchsetzen und es gibt auch Beispiele, dass man das gut kann. Das heißt, für die Selbstverwaltung: Wenn man es jetzt klarer vor Augen hat, dass Krisenintervention eine Aufgabe ist, die unbedingt zur Sicherstellung der Krankheitsversorgung dazu gehört, dann ist es auszuhandeln, dass dafür auch Mittel bereitgestellt werden. Zum Beispiel gibt es in einigen KV-Regionen im ärztlichen Bereitschaftsdienst einen Spezialbereitschaftsdienst für Augenärzte oder es gibt kinderärztliche Notdienste. Da könnte man aufsetzen und fragen: »Warum gibt es das nicht für psychiatrische Fälle und psychiatrische Krisensituationen?« Natürlich in Vernetzung mit anderen Strukturen, die es kommunal schon gibt.

Krüger: Gibt es denn dafür Sondervergütungen, wenn ich mal nachfragen darf?

Mönter: Nein bislang nicht. Bislang ist das ein völlig unbearbeitetes Feld, aber die Krankenkassen haben erkannt, dass die ungesteuerten Klinikaufnahmen und die wachsende Anzahl von psychisch Kranken auch ein ökonomisches Problem darstellen. Das ist der Hintergrund, dass sie Selektivverträge abschließen. Z. B. haben wir in Berlin und Brandenburg einen Selektivverträge mit der DAK Gesundheit, auch mit der AOK Nordost und anderen Krankenkassen, die darauf abzielen Klinikaufenthalte zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang komme ich auch zur Soziotherapie, die eben schon angesprochen worden ist. Im Kontext der Selektivverträge ist die Soziotherapie sehr stark eingebunden wie auch die ambulante psychiatrische Pflege im Sinne einer ambulanten Komplexbehandlung. Das hat viel mit Krisenintervention zu tun und die Folge ist, dass wir kaum noch ungesteuerte Klinikaufnahmen haben. Das Krisentelefon und die Krisenintervention, die in diesem Vertrag angeboten werden, werden kaum in Anspruch genommen. Interessant ist, dass schwerer erkrankte Patienten mit einer bezugstherapeutischen Begleitung in der Regel gut versorgt sind und sie dann

gar nicht mehr nachts oder am Wochenende ungesteuert irgendwo Hilfe suchen müssen. Sie haben ihre koordinierende Bezugsperson und damit ist viel geholfen. Da hilft die Soziotherapie immens. Das läuft im Rahmen der Selektivverträge auf einem ganz anderen bürokratischen Level und mit einer ausgeweiteten Indikation. Ich glaube, es würde jetzt den Rahmen sprengen, die Diskussion im G-BA zu den Soziotherapie-Richtlinien näher auszuführen. Aber der Hinweis ist schon interessant, dass sich im Rahmen der Selektivverträge bereits bewährt, was nach Richtlinie noch nicht möglich ist. Die GKV gibt jetzt Zeichen, dass sie auch bereit ist, den Indikationskatalog für die Soziotherapie zu öffnen – z. B. für die schwere Depression. Das ist bislang vom Indikationskatalog her nicht möglich. Die GKV macht jetzt, so scheint es, das Fenster auf und darüber sind wir sehr froh. Wir haben in der integrierten Versorgung gezeigt, dass die Mittel Soziotherapie und auch ambulante psychiatrische Pflege außerordentlich wirksam sind. Ich will noch kurz sagen, dass in diesem Behandlungsmodell für das Jahr 2011 die DAK jetzt einen Bonus ausschüttet. Das ist sehr beachtenswert. Die in der integrierten Versorgung versorgten Patienten haben im Vergleich zur internen Vergleichsgruppe der DAK weniger als 1/3 der Krankenhaustage in Anspruch nehmen müssen. Ich will sagen, das ist schon mal eine valide Dimension und zeigt, dass so ein ambulantes Komplexbehandlungsmodell sehr wirksam ist.

Krüger: Vielen Dank für die Klarstellung. Aus Ihrer Sicht ist also die Soziotherapie ein sehr wichtiger Baustein und offensichtlich auch effektiv im Hinblick auf die Verhinderung von stationärer Behandlung. Ich würde gerne, bevor ich zu Frau Mrazek weiter gehe, bei Ihnen bezüglich des anderen Bausteins nachfragen, nämlich der ambulanten Psychotherapie. Wie schätzen sie das ein? Sind die Psychotherapeuten im Moment in guter und ausreichender Weise einbezogen in Krisenhilfen/Krisenintervention?

Mönter: Leider nicht. Das muss man einfach sagen. Es gibt keine schnelle Zuweisung in Psychotherapien. Man könnte ja zwei Dinge überlegen: Das eine wäre die konkrete Unterstützung in der akuten Krisenbehandlung, da wären Psychotherapeuten auch gefragt, im Rahmen des Krisendienstes. In Berlin passiert das auch. Da sind Psychologen in das Kontakt- und Beratungsangebot einbezogen, aber das ist an anderer Stelle berichtet worden. Jetzt mal aus unserer Sicht und aus Sicht niedergelassener Psychiater und aus der Sicht der integrierten Versorgung: Psychotherapeuten, die bereit stehen Krisenpatienten ad hoc zu übernehmen, gibt es eigentlich nicht. Wir versuchen mit Krankenkassen vertragliche Regelungen zu vereinbaren,

dass Psychotherapeuten, die heute ja häufig als Einzelkämpfer arbeiten, in einer Netzversorgung gehen, sich bereit erklären bestimmte Terminslots pro Woche anzubieten, und auch bereit sind, in der Netzbesprechung dabei zu sein und dort Patienten zugewiesen bekommen können. Das alles natürlich mit ein bisschen mehr Honorierung. Das wäre, wenn das jetzt kontrahiert wird, natürlich ein Schritt in die richtige Richtung der raschen Versorgung auch mit Psychotherapie.

Krüger: Vielen Dank. Frau Mrazek, nun bin ich gespannt auf Ihre Stellungnahme. War das eine Kritik an Ihnen oder eine Vorlage für sie?

Mrazek: Ich schöpfe ja jetzt aus dem Vollen, nachdem schon so viel dazu gesagt wurde. Ich darf mal ergänzen: Ich bin seit 1994 als niedergelassene Psychotherapeutin in der Nähe von Dresden tätig. Probleme in der Versorgung sehe ich eher in der ungleichen Versorgung in der Fläche. Im Gegensatz zu Bremen. Wenn ich Bremen mit der Niederlausitz vergleiche oder mit Sachsen-Anhalt. Ich komme von der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, da muss ich sagen, gibt es regional auch einfach Flächenprobleme. Und die Flächenprobleme bedingen, dass die Zugänge zu den Diensten für die Patienten sehr schwierig sind. Dazu kommt jetzt speziell in meinem Bereich, dass der niederschwellige Zugang nicht vorgesehen ist. Also ich kann nur sagen, lassen sie doch mal die psychologischen Psychotherapeuten das tun, was sie können, nämlich mit Menschen in akuten Notfällen unbürokratisch sprechen, und beschränken sich nicht GKV-seitig auf Leistungen, die umständlich beantragt werden müssen. Wenn wir es ganz lege artis machen, was ich nie mache in der Praxis, müssten die Patienten wochenlang warten, bis der Antrag bewilligt ist. Und dazwischen passiert nix. Das ist doch eine Leistung und eine Leistungsstruktur, von der ich meine, dass sie nicht mehr »State of the Art«. Das ist nicht das, was Patientinnen und Patienten brauchen und wollen. Insofern würde ich meine Nachbarn voll unterstützen, aber es liegt nicht nur an der Bereitschaft der niedergelassenen Psychotherapeuten, sondern es liegt einfach an der Struktur, die vorgegeben ist. Wir haben in der Psychotherapie keine niederschweligen Leistungen. Wir können die nicht erbringen. Wenn sie vorgesehen werden, dann denke ich, haben wir genug Leute, die sie erbringen. Also im Gegensatz zum gesamten ärztlichen Bereich haben wir kein Nachwuchsproblem. Insofern ist es ein Verteilungsproblem und es ist ein Strukturproblem. Aber was für mich als niedergelassene Psychotherapeutin – sie sprachen die Einzelkämpferin an – was hier wirklich wichtig ist, ist die Vernetzung mit den komplementären Diensten. Es wäre mir in meiner Praxis und meinen Patienten außerordentlich viel geholfen,

wenn wir hier regional oder überregional, wäre mir ganz egal, die bessere Vernetzung hätten und zwar nicht immer nur in unserer Freizeit. So quasi zufällig erfahre ich, dass die Kollegen in der Beratungsstelle am Donnerstagabend da sind und jemanden auch mal übernehmen könnten, das erfahre ich zufällig, weil ich die irgendwo bei einer Veranstaltung getroffen habe. Aber das kann doch eigentlich nicht die Versorgungsstruktur sein, die wir heute für Menschen mit psychischen Erkrankungen wollen. Wie gesagt in der Region, aus der ich komme, ist es auch ein Problem der Fläche und insofern bin ich sehr für eine Flexibilisierung der Leistungen, und es muss möglich sein, als Psychotherapeutin das Know How auch in kürzeren Therapien zeitnah zur Verfügung zu stellen.

Krüger: Na großartig. Frau Kappert-Gonther, Sie wollten das noch ergänzen oder sich dazu äußern.

Kappert-Gonther: Ich will das unterstützen, aber auch tatsächlich an einem Punkt ergänzen. Sie sagten eben so schön, Fläche und Stadt ist natürlich ein Unterschied, was die Versorgung angeht. Das stimmt numerisch, aber unsere Erfahrungen aus Bremen zeigen uns – und das sage ich durchaus selbstkritisch, weil ich auch noch in diesem System arbeite – dass es selbst bei einem KV-Bezirk, der angeblich mit Psychotherapie überversorgt ist, ganz wenig Akutkriseninterventionen gibt. Es liegt nicht nur daran, wie viele Psychotherapeuten wir haben, sondern wie die Zugänge sind. Da unterstütze ich Sie: Sie sind sehr geregelt. Wir müssen uns hier auch im System selbstkritisch fragen, wie ist es mit der Aufteilung von schwerer chronisch psychotisch Erkrankten und auch von Menschen im neurotischen Bereich, die teilweise auch leichter erkrankt sind. Wer braucht wie viel Psychotherapie über wie viel Zeit? Meine Erfahrung im Kollegenkreis zeigt, dass gerade psychosekranke Menschen es ganz schwer haben, Psychotherapie zu finden, was ja inhaltlich totaler Unsinn ist, weil wir inzwischen fachlich wissen, dass Psychotherapie auch bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen und Durchbrüchen ausgesprochen gut wirkt. Auch da muss man noch einmal nachdenken und ganz praktisch nachdenken. Ich frage mich das wirklich häufig und es würde mich auch interessieren, was Sie beide dazu sagen. Wie kann man das organisieren? Wie kriegt man es hin, Kriseninterventionsplätze vorzuhalten? Und die nicht gleich wieder volllaufen zu lassen mit den Leuten, die da noch kommen. Aus meiner eigenen Tätigkeit kann ich klar sagen, ich habe damit angefangen ganz engagiert, als ich mich niedergelassen habe vor acht Jahren. Ich mache zwei Kriseninterventionsplätze. Dann macht man drei, vier Stunden, die Patienten sind bedürftig. Die wachsen einem

ans Herz und man sagt gleich, ich nehme sie in eine Langzeittherapie. Ja peng! Ist es schon wieder voll. Also wie kriegt man das wirklich hin? Das Bielefelder-Modell finde ich an dieser Stelle gut.

Krüger: Noch mal das Thema Kooperation, aber besonders auch im Hinblick auf die Frage, wie bekommen wir da schwer psychisch gestörte Menschen mit hinein. Sie haben die Psychosekranken genannt. Vorhin haben wir viel von Ihnen, Herr Wolfersdorf, zum Thema Suizid gehört. Auch Menschen in suizidalen Krisensind sehr schwer in Psychotherapie zu bringen. Bitte schön, sie können sich gerne noch mal ergänzen und äußern.

Mrazek: Wir sehen es hier vielleicht anders. Ich habe so meine Schwierigkeiten mit der Einteilung in schwer und weniger schwer psychisch Kranke. Natürlich kann jemand einen schweren Diabetes und einen weniger schweren Diabetes haben. Die, die insulinpflichtig sind und die nicht, aber ich würde eher denken das Problem ist doch, wenn sie als Patientin irgendwo in dem verzweigten System aufschlagen, wie kriegen sie denn die Behandlung und die Dosis an Medikamenten oder Psychotherapie, die für sie jetzt hilfreich wäre oder auch Soziotherapie. Und dann müsste es doch eigentlich hinzukriegen sein. Hier sitzen ja die Vertreter der Körperschaften, die ja eigentlich das Wohl für die Patienten – die zukünftigen – also für uns alle da sind. Wie könnte man es hinkriegen, dass wir von der hierarchischen Struktur weg kommen, dass überall dort, wo Menschen die Hilfe suchen, die Vernetzung so ist, dass die Pfade zumindest regional bekannt sind, sodass überall, wo jemand hinget, sofort klar ist: Was kann jetzt weiter empfohlen werden? Welcher Weg kann gegangen werden und wo ist die nächste Anlaufstelle? Das könnten wir doch vielleicht noch hinkriegen. Nur die Kriseninterventionsplätze, die die Kollegin anspricht, die helfen alleine natürlich ambulant nicht weiter, sondern es braucht gestufte Behandlungsansätze. Gestuft nicht in dem Sinne wie dieses Step-Care-Modell, wo sie niederschwellig so lange behandelt werden, bis es nicht mehr geht, sondern ich denke Step-Care in dem Sinne, dass von einem Fachmann oder einer Fachfrau beurteilt wird: Was können wir ihnen denn raten? Welchen Schritt sollten sie denn jetzt gehen? Wäre eine Klinik das richtige? Wer macht die Soziotherapie? Wo ist die Beratungsstelle? Wo ist die Selbsthilfegruppe, die wir ihnen empfehlen können? Ich glaube so etwas wäre hilfreicher, und wir haben so viele Expertinnen aus den verschiedenen Bereichen, die sich sicherlich hier einigen können. Ich glaube, wenn wir noch eine Stunde Zeit hätten, könnten wir das. Könnten uns einigen über Stichpunkte, wo weiter verwiesen wird. Wenn wir das nicht haben, nützen Ihnen tausend zusätzliche Psychotherapeuten

nichts und es nützt Ihnen auch nicht, wenn die zwei Krisenplätze vorhalten. Wenn hinterher keine gestufte Behandlung stattfindet. Wir haben Vorstellungen von Psychotherapie, wonach Psychotherapie das ist, was jahrelang in irgendeinem abgeschiedenen Kämmerchen stattfindet. Es dauert lange. Keiner weiß es, keiner kennt es und keiner weiß, was raus kommt. Ich unterstelle das nicht der GKV, dass Sie solche Vorstellungen aus dem vorigen Jahrhundert haben. Darüber sind wir doch hinaus. Ich glaube, wir bräuchten wirklich gezielte Kurzzeittherapien. Gezielte Interventionen, so gestuft, dass wirklich die Chance besteht, zu behandeln wie im gesamten medizinischen Bereich. Sie kriegen doch beim Hausarzt auch nicht mehr Behandlung und Physiotherapie als sie brauchen.

Mönter: Frau Mrazek, ich bin Ihnen außerordentlich dankbar. Ich finde das ein ganz wichtiges Statement. Also die Dosis macht es. »*Sola dosis facit*«, sagten die alten Lateiner und man kann nicht bei jeder Krisenintervention davon ausgehen, dass der Betroffene nun 80 oder 150 Stunden Therapie braucht. Das ist nicht der Fall. Die Psychotherapie ist doch ein sehr starker anbieterorientierter Markt. Man muss es bedarfsorientiert organisieren und nach klaren Kriterien vorgehen. Und alleine bei der nationalen Versorgungsleitlinie unipolarer Depression ist es nicht gelungen. Deswegen wäre ich skeptisch, dass wir das in einer Stunde hier regeln würden, aber vielleicht geht es ja unter uns dann doch. Bei dieser nationalen Versorgungsleitlinie ist es nicht gelungen differenzialtherapeutische Empfehlungen für die Behandlung der Depressionen zu formulieren. Es gibt eine Pauschalempfehlung für Psychotherapie bei leichten, bei mittelschweren, bei schweren, bei kombinierten, bei resistenten Depressionen und grundsätzlich, aber es steht nicht ein Satz darin: Wann sollte eine Gruppentherapie sein? Wie lange sollte eine Therapie sein? Welche Methode sollte angewandt werden? Und Tatsache, mit bundesdeutschem Blick weiß man, da wo Verhaltenstherapeutische Institute sind, wird viel Verhaltenstherapie gemacht. Wo analytische Institute sind, wird viel Analyse gemacht. Das ist alles nicht rational und bedarfsorientiert, sondern das ist anbieterorientiert. Man muss zu ganz anderen Prozessen kommen und mit Auflösung des Antragsverfahrens eine flexiblere Dynamik hineinbringen. Wir machen es in einem integrierten Versorgungsvertrag auch so, dass wir eine Direktzuweisung in die Psychotherapie haben, aber erst mal nur für fünf Einzelsitzungen und eine Kurzgruppentherapie bei arbeitsunfähig erkrankten Patienten im psychischen Kontext. Und das läuft recht gut, muss man sagen. Das ist sehr wenig, da bleiben natürlich Patienten übrig, die wirklich länger Therapie brauchen, aber vielen ist auch mit diesem

Ansatz schon ganz effektiv geholfen, zumal noch andere Therapie-Elemente dazu kommen.

Krüger: Wir sind thematisch ein bisschen bei der Psychotherapie hängen geblieben und das ist bestimmt auch gut, weil es auch ein exemplarisches Thema ist. Thema ist nicht die gesamte Psychotherapie oder die gesamte psychiatrische Klinik oder andere institutionelle Angebote in Gesamtheit, sondern Thema ist die Frage: Wie kann jeder Bereich einen verstärkten Beitrag leisten zu kurzfristigen niederschweligen Hilfen für Menschen in akuten psychischen Krisen? Und dazu haben Sie vorhin in einer Randbemerkung erwähnt, dass es Überlegungen gibt, ob man das Zugangsverfahren zu Psychotherapie zumindest in bestimmten Bereichen beschleunigen könnte. Ich fände es schön, wenn sie es noch ein wenig konkretisieren könnten.

Zwischenruf aus dem Publikum: ... die Notfallversorgung auf der Straße!

Uhlmann: Ich muss an einer Stelle widersprechen. Psychotherapie ist keine Krisenintervention, ist nichts für Personen in akuten Krisen, sondern hat eine andere Funktion. Deshalb muss man das an dieser Stelle trennen. Also, was wir nicht wollen, ist ein niedrigschwelliger Zugang zu langfristiger Psychotherapie. Das ist nicht intendiert. Was wir jetzt haben ist eine Verbindung von Antrags- und Genehmigungsverfahren mit dem sogenannten Gutachterverfahren, was eine Art Qualitätssicherung und vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung ist. Dafür gibt es gesetzliche Vorgaben. Das müssen wir auch so einhalten. Da können wir nicht einfach als Krankenkasse sagen, das wollen wir so nicht. Und das ist auch nicht so, dass wir das nicht wollen. Worüber wir nachdenken, ist ein niedrigschwelliger Zugang für einen ganzen Bereich unterhalb der traditionellen Richtlinie Psychotherapie. Und das, was wir als Richtlinie in Psychotherapie haben, ist schon etwas Gewachsenes. Etwas, was sich im Lauf der Jahrzehnte herausgebildet hat. Man muss natürlich gucken, ob das anachronistisch ist, ob das noch zu der heutigen Bedarfslage passt oder ob man, was auch verschiedentlich erwähnt wurde, sehen muss, dass man eher niedrigschwellig kurzzeitige Angebote adressiert. So etwas in der Art vielleicht. Ob das ein Bereich ist, den man stärker entwickeln muss und nicht der Punkt, dass man eine langfristig gegebenenfalls erfolgreiche Psychotherapie allen interessierten oder allen Kranken anbietet. Das kann die Sache nicht sein. Auch dazu eine Bemerkung: Die Dauer von Psychotherapien wird in der Menge überschätzt. Die Zahl der Fälle, die tatsächlich in Analyse bis 300 Stunden gehen, ist nicht sehr groß. Wenn wir unsere Abrechnungsdaten analysieren, haben wir krankenkassenseits eher den Eindruck, es handelt sich um einen Bereich bis zu 20 Stunden, so etwas

in der Art. Vielleicht auch bis 25 Stunden. Eher in diesem Segment, aber nicht eine langfristige Psychotherapie von über 100 Stunden.

Kröger: Es ist mir bewusst, dass dies jetzt ein brusker Abbruch der Diskussion ist, aber ich möchte ihn trotzdem vornehmen, damit wir im Zeitplan bleiben. Ich glaube, dass eine ganze Reihe von Ansätzen in den Beiträgen war, die noch zu weiteren Diskussionen und Gesprächen führen werden. zum Beispiel das Thema Kooperation und dabei insbesondere die Einbeziehung der Psychotherapeuten. Ich denke, das ist hier auch von Vertretern der gemeindepsychiatrischen Verbände gehört worden. Aber ich habe rundherum viel Bereitschaft zur weiteren Diskussion gehört.

Die Empfehlung von Herrn Krasney war zunächst im bestehenden Recht zu beginnen und dort weiter aufzubauen. Ob dies auf Dauer ausreicht, halte ich für fraglich. Wir sehen, dass die Hilfe-Systeme rechtlich und organisatorisch sehr unterschiedlich geregelt sind. Insofern ist die Frage berechtigt, ob wir hier nicht eine explizite rechtliche Regelung benötigen, die akute Krisenhilfe ermöglicht. Wenn das geschieht, so viel habe ich hier aus den Beiträgen gehört, haben wir viele Bereitschaften, sich daran zu beteiligen, aber möglicherweise ist es doch nötig, es rechtlich zu regeln.

Ich möchte zum Schluss nur noch eins erwähnen: Die Selbsthilfe war in dieser Runde nicht vertreten, aber im Rahmen einer akuten Krisenhilfe kommt ihr eine große Bedeutung zu. Insofern ist es mir zumindest ein Bedürfnis, hier zu betonen, dass man Menschen mit entsprechender Krankheitserfahrung oder mit entsprechender Krisenerfahrung einbezieht, wenn man Strukturen schafft, die Ihnen helfen sollen. So, wie es übrigens ja auch in vielen Bereichen der Somatik geschieht. Das kann große Unterstützung bringen.

Krisenhilfe als Prävention

Helga Kühn-Mengel

Zum heutigen Thema »Krisenhilfe als Prävention« spreche ich zu Ihnen als Präsidentin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG). Seit Jahren sind wir mit dem Thema »psychische Gesundheit/psychische Erkrankungen« beschäftigt. Leider erfährt das Thema nach wie vor in der Gesundheitspolitik viel zu wenig Beachtung. Deshalb schätze ich auch die Arbeit der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) so sehr. Dieser Verband hat Einfluss, bildet gute Netzwerke und liefert vor allem ganz wesentliche Beiträge zum Thema meines Vortrags.

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung wurde 1954 gegründet. Damals hieß sie noch antiquiert »Verein für gesundheitliche Volksaufklärung«. Seit ihrer Gründung befasst sie sich mit dem Thema »Gesundheitsförderung und Prävention« und richtet auch in fast jedem Jahr gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium den Weltgesundheitsstag aus, der immer bestimmte Schwerpunkte setzt. Psychische Gesundheit und psychische Krankheit spielten von Anfang an eine wesentliche Rolle, auch und gerade im Alter.

Die BVPG, deren ehrenamtliche Präsidentin ich bin, ist ein gemeinnütziger und politisch unabhängiger Verband mit derzeit 128 Mitgliedsorganisationen. Zu ihm gehören ganz unterschiedliche Einzelorganisationen aus dem Bereich der Selbsthilfe, der Krankenkassen, der Ärzteschaft und unterschiedlicher Fachverbände: von den Ergotherapeuten bis hin zu den Medizinern und Medizinerinnen, ganz kleine Verbände und auch ganz große starke. Alle haben mit Gesundheitsförderung und Prävention zu tun. Das gemeinsame Ziel ist, die fachliche Kompetenz zusammen zu führen und gemeinsame Aktivitäten zu initiieren. Wir treten ein für Qualität und Wirksamkeit präventiver Maßnahmen und fordern vor allem immer wieder deren strukturelle Verfestigungen. Wir wollen wegkommen von bloßen Projekten, die zeitlich begrenzt und in der Regel in dieser Zeit nicht wirklich in die Gesundheitsversorgung integriert werden können.

Bedeutsam ist, dass ca. 80 % der BVPG-Mitglieder Vertreter und Vertreterinnen der Zivilgesellschaft sind. Das ist ein ganz entscheidender Punkt. In der letzten Legislatur haben wir versucht, unsere Positionen zum Präventionsgesetz einzubringen. Es ist uns in einigen Punkten gelungen. Wir haben lange auf eine solche Initiative gewartet. Denn wir brauchen dringend ein

solches Gesetz, das Prävention als Gemeinschaftsaufgabe und als ressort-übergreifenden Ansatz sieht. Prävention sollte nämlich nicht nur Anliegen des Gesundheitsministeriums sein, sondern Prävention beinhaltet eigentlich die Aufforderung, »gesunde Politik« ressortübergreifend und dauerhaft zu gestalten.

Wenn wir uns nun die häufigsten Diagnosen im Jahr 2010 – die aktuellsten Daten, die wir vom Statistischen Bundesamt haben – ansehen, dann stehen die Kreislauferkrankungen an erster Stelle, gefolgt von den Krankheiten des Verdauungssystems. Danach kommen die muskuloskelettalen Erkrankungen, die Neubildungen, also Krebs, dann die psychischen und Verhaltensstörungen in relativ geringem Umfang von 6 % und schließlich Krankheiten des Atmungssystems sowie sonstige Diagnosen.

Bzgl. der 6 % psychischen und Verhaltensstörungen muss man allerdings bedenken, dass in allen anderen Krankheitsgruppen, z. B. beim Verdauungssystem oder bei Muskel-/Skeletterkrankungen, Bandscheiben, Rücken usw. die psychischen Anteile sehr groß sind.

Leider haben wir bisher nur genaue Daten (»Entlassungsdiagnosen«) von Patienten und Patientinnen, die zuvor vollstationär behandelt wurden. In den Datenbanken der Hausärzte und -ärztinnen ist eigentlich ganz viel Wissen vorhanden, aber das wird nicht geordnet, nicht systematisch erfasst. Dies einmal gezielt anzugehen, wäre aus vielen Gründen von großem Nutzen.

Eine verhältnismäßig neue, ganz wichtige Datenquelle ist die KIGGS-Studie, die zur Zeit umfangreichste Erhebung zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen zwischen 0–17 Jahren in Deutschland und auch die europaweit größte Studie mit Nachfolge-Erhebungen. Dieses Vorhaben, in dessen Rahmen Kinder und Jugendliche aus ganz Deutschland systematisch befragt und untersucht wurden, wurde 2002 auf Initiative der (damaligen) Gesundheitsministerin Ulla Schmidt und der (damaligen) Forschungsministerin Edelgard Bulmahn auf den Weg gebracht.

In dieser Studie wurde nicht nur deutlich, dass 42 % der Kinder zwischen 3 und 17 Jahren die Rumpfbeuge – mit den Fingerspitzen die Füße berühren – nicht korrekt durchführen konnten, 15 % übergewichtig und davon ein Drittel adipös waren, sondern dass dort auch ein hoher Anteil an Essstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Nikotin- und Alkoholmissbrauch vorlag.

In den verschiedenen Erhebungs-Positionen sind auch hier wieder psychische Beeinträchtigungen enthalten, das sollte man wirklich im Blick haben. Interessant ist auch, dass alle Auffälligkeiten bei den »bildungsfernen und

einkommensschwachen Familien« gehäuft vorkommen. Es gibt nur eine Erkrankungsart, die bei den aus gebildeteren und wohlhabenden Haushalten stammenden Kindern überrepräsentiert ist, das sind die Allergien. Alles andere fanden wir in ohnehin bereits belasteten Gruppen. Das ist ein ganz wichtiges Thema, das auch für die Gesundheitspolitik eine hohe Relevanz hat und haben sollte und das bei vielen noch gar nicht so deutlich angekommen ist.

Wenn wir des Weiteren auf den jüngsten Gesundheitsreport der Betriebskrankenkassen zurückgreifen, dann sehen wir, dass 10 % aller Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Erkrankungen entfallen – im Durchschnitt 32,6 Tage. Das ist die Gruppe, die eine besonders lange Krankheitsdauer aufweist. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat darauf hingewiesen, dass psychische Erkrankungen auch bei den Arbeitslosen, vor allem bei den Langzeitarbeitslosen, besonders dramatisch erhöht sind. Hier sind wir wieder beim Thema »Armut und Gesundheit«. Frau Schmidt-Zadel hat sich früher dieses Themas immer wieder angenommen, in der Folge dann auch ich – man muss ständig daran arbeiten, weil sozioökonomischer Status und Gesundheit, und damit auch psychische Gesundheit, stark korrelieren.

Die bedeutendsten Faktoren für psychische Fehlbelastungen am Arbeitsplatz sind laut IGA-Report 5 die Faktoren »Arbeitsinhalt«, »Arbeitsorganisation«, »soziale Beziehungen«, »Arbeitsumgebung« und »sonstige Rahmenbedingungen«. Heute erleben viele einen geringen Handlungsspielraum und hohe Arbeitsverdichtung. Arbeit hat sich stark verändert. Das ist u. a. an steigendem Zeitdruck und der ständigen Erreichbarkeit, die von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mehr und mehr erwartet wird, abzulesen.

Weitere negative Faktoren wie schlechtes Führungsverhalten, ungünstige Arbeitsumgebungen voller Lärm und schlechtem Raumklima, zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit und – mit Blick auf die Frauen – die Verdichtung in der Rollenvielfalt verschärfen die Situation zusätzlich.

Das sind Themen, die uns die Krankenkassen und die Unfallversicherungen aufgrund der von ihnen aufgearbeiteten Daten immer wieder nennen.

Deshalb gilt es – im Rahmen des § 20 des V. Sozialgesetzbuches – vor allem durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die Ressourcen der Beschäftigten zu stärken: durch die Reduktion der körperlichen Belastungen, durch Stressmanagement, gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung, aber auch durch gesunde Ernährung am Arbeitsplatz (Stichwort »Curry-Wurst«...) sowie suchtpreventive Angebote.

Deswegen machen wir – auch bzgl. potenzieller Krisenhilfe – immer wieder deutlich, dass die betriebliche Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert haben sollte. Bei den größeren Unternehmen hat sie das inzwischen auch, schwierig ist es in den kleinen Betrieben. Hier bedarf es zukünftig neuer, kreativer Angebote, um auch kleinste, kleine und mittlere Unternehmen zur Förderung der Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu motivieren.

Ich möchte in diesem Zusammenhang aber neben dem Betrieb auch die anderen »Settings« erwähnen. Wo erreichen wir letztlich alle Menschen? Im Setting »Kommune«, »Quartier« bzw. »Stadtteil«, also da, wo ich lebe, im Kindergarten, in der Schule und da, wo ich meinen Alltag gestalte. Der Ansatz der »gesundheitsfördernden Settings« wird ebenfalls durch die derzeitigen Regelungen des § 20 SGB V ermöglicht, bedarf zukünftig aber einer erheblichen Ausweitung.

Lassen Sie mich auf den Aspekt der psychischen Gesundheit zurückkommen. Als Risikofaktoren psychischer Gesundheit gelten nach dem derzeitigen Stand von Wissenschaft und Forschung: die genetische Prädisposition, also eine angeborene Anfälligkeit für psychische Erkrankungen, eine mangelhafte emotionale Unterstützung in der Kindheit, belastende Lebensereignisse, ein geringes Selbstwertgefühl und pessimistische Grunderwartungen. Auch verminderte funktionale Kapazitäten, sowie soziale Isolierung können z. B. Depressionen fördern.

Als Schutzfaktoren gelten: eine verlässlich erlebte soziale Unterstützung, gute soziale und kommunikative Kompetenzen, Optimismus und Humor sowie die Fähigkeit, Krisensituationen aktiv bewältigen und seinen Lebensentwurf mit Sinnerleben verbinden zu können.

Beachtet werden muss aber auch, dass nicht alle psychischen Krisen Ausdruck einer psychischen Erkrankung sind – ein wenig banal ausgedrückt bedeutet das, dass auch psychische Krisen zum Leben dazugehören. Gerade deswegen ist eine niedrigschwellige Hilfe und Beratung ein ganz wichtiger Präventionsanteil in der Kette möglicher und notwendiger Interventionen.

Umgekehrt gilt aber auch: Jede Suizidprävention braucht fachliche Beratung! Bei anderen psychischen Erkrankungen oder Krisen kann sicherlich das soziale Umfeld mit Hilfe und Rat einspringen – und auf diese Weise »präventiv« wirken. Bei Suizidgefährdung oder einem Suizidversuch bedarf es dagegen der professionellen Hilfe und Unterstützung.

Krisenhilfe muss dann schnell erfolgen, sie muss niedrigschwellig und leicht zugänglich sein und sie muss auch mit genügend Zeit verbunden sein.

Natürlich können erfahrene Angehörige und Freunde Krisenhilfe leisten. Auch Selbsthilfegruppen sind hier qualifizierte Anlaufstellen – und dann natürlich die Fachleute in den Praxen, in den Kliniken und in den sozial-psychiatrischen Diensten.

Meine Erfahrung mit der Krisenhilfe in den Regionen bzw. innerhalb der regionalen Strukturen ist, dass manches nicht gut genug miteinander verbunden ist, und dass es manchmal Doppelstrukturen gibt. Manchmal ist es auch fehlendes Wissen, das verhindert, dass Menschen eine angemessene Beratung erfahren. Das Miteinander der Akteure und Synergien zwischen den Angeboten sind ein ganz wichtiger Punkt.

Sowohl für Betroffene wie für die Fachkräfte muss in diesem Gefüge vor allem klar sein, dass es fließende Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit gibt. Oft gibt es überdies eine Gleichzeitigkeit von eher gesunden und eher kranken Anteilen des Wohlbefindens und viele Zwischenstadien hierzu – ein Gedanke, der im Gesundheitsförderungskonzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das »Gesundheits-Krankheits-Kontinuum« genannt wird. Auch hierin ist also der ressourcenorientierte, salutogenetische Ansatz gesundheitlicher Problemlagen bewahrt bzw. zum Ausdruck gebracht.

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung hat bereits vor vielen Jahren eine Studie in Auftrag gegeben, in der es um die gesundheitlichen Ressourcen bei alten und sehr alten Menschen ging. Ein Ergebnis dieser Studie war, dass es selbst innerhalb der unterschiedlichen Pflegestufen noch ganz viel ungenutztes Mobilisierungspotenzial für »Gesundheit« gibt. Diese Erkenntnis muss man immer wieder ganz stark in den Vordergrund bringen, um die Potentiale, und nicht die Defizite in Krisensituationen erkennen und fördern zu können.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Staatlich finanzierte Hilfen für Menschen in seelischen Krisen

Kirsten Kappert-Gonther

Sehr geehrte Frau Schmidt-Zadel, sehr geehrter Herr Krüger, sehr geehrte Damen und Herren,

Wie sollen gute, am individuellen Bedarf des Einzelnen und dessen Lebenswelt orientierte Hilfen in seelischen Krisen und bei psychischer Erkrankung aussehen und wie sind diese zu organisieren? Ich meine, es kommt neben der Qualität auf die verbindliche Kooperation und Vernetzung an.

Damit Sie einordnen können, aus welchem Blickwinkel ich heute zu Ihnen spreche, ein paar Informationen zu meinem beruflichen Hintergrund.

Ich bin Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und wurde während meiner Facharztausbildung bei Klaus Dörner in Gütersloh sozialpsychiatrisch sozialisiert. Dort habe ich, unter anderem durch meine Arbeit auf einer Soteria-Station und in einer RPK sowohl den Ansatz der Begleitung in akuten seelischen Krisen im Krankenhaus, als auch die Bedeutung von Wohnen, Arbeit und Freizeit für akut und chronisch psychisch Kranke verinnerlicht.

Seit acht Jahren bin ich in eigener Praxis für Psychotherapie niedergelassen und bin seit gut zwei Jahren gesundheitspolitische Sprecherin meiner Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen im Landtag des – zugegebener Weise sehr kleinen, aber sehr schönen – Bundeslandes Bremen. Dort beschäftige ich mich nun auch politisch mit Themen der psychiatrischen Versorgung.

Ich bin davon überzeugt, dass das psychiatrische Versorgungsangebot in Bremen und im gesamten Bundesgebiet hin zu mehr passgenauen, individuellen Hilfen weiterentwickelt werden muss. Das neue pauschalierte Entgeltsystem PEPP wird uns dabei eher Steine in den Weg werfen als nutzen. Allerdings setzte ich in den § 64b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Hoffnung, in dem es heißt, dass neue Versorgungs- und Finanzierungsmodelle erprobt werden sollen.

Zur Einstimmung in das Thema, das mir heute gestellt wurde, möchte ich Ihnen beispielhaft zwei fiktive Menschen vorstellen.

Eine Frau um die 30, hat noch nie das psychotherapeutisch-psychiatrische Hilfesystem benötigt, außer als Studentin in einer Trennungssituation, da hat sie den Psychologischen Dienst der Universität für eine 10-stündige Krisenintervention in Anspruch genommen. Diese hat ihr geholfen und anschließend kam sie ganz gut zurecht. Diese Frau hat eben erfahren, dass sie

ihre Arbeitsstelle nach der Probezeit verliert, da sie nicht »kreativ und flink genug« sei. Sie ist gekränkt, verzweifelt, will sich ihrem Freund anvertrauen, der ihr mitteilt, dass er heute – wie so oft in den letzten Wochen – spät nach Hause kommt, weil er kurzfristig Mehrarbeit habe, sie denkt, dass er eine Andere hat, sagt am Telefon nichts, fährt nach Hause – trinkt eine Flasche Wein, sieht keinen Ausweg mehr, schluckt alle Schmerztabletten, die sie noch im Hause findet und hofft nie wieder aufzuwachen. Der Partner kommt doch früher, findet die Wohnungstür doppelt verriegelt, klingelt, keiner macht auf, am Telefon die Mailbox, er bekommt Angst und ruft die Polizei, diese verständigt den Notarzt und kommt zeitgleich mit diesem an – die Tür wird aufgebrochen, die Frau notärztlich versorgt und ins Krankenhaus gebracht. Dort kommt sie für eine Nacht auf die Intensivstation, am nächsten morgen erscheint die Psychiaterin zum Konsil, stellt fest dass die Frau nicht mehr suizidal ist, rät ihr sich an eine niedergelassene Kollegin zu wenden und vielleicht auch eine Psychotherapie zu machen und entlässt sie in Begleitung des Partners nach Hause. Und dann? Dann sitzt die Frau am nächsten Tag und an den folgenden Tagen allein in ihrer Wohnung, hat bei verschiedenen Fachärzten angerufen und in einer psychiatrischen Praxis einen Termin für in zwei Wochen bekommen. Eine Psychotherapeutin hat ihr gesagt, sie könne gern in vier Wochen noch mal anrufen, vielleicht könne sie sie dann dazwischen schieben – reguläre Plätze gäbe es erst wieder in drei Monaten. Nach einigen Tagen macht sie einen erneuten Suizidversuch, wird wieder gefunden und nun auf die psychiatrische Station eingewiesen. Dort lässt sie sich nach zwei Tagen entlassen, geht nach Hause, macht nach zehn Tagen einen erneuten Suizidversuch und stirbt.

Zweites Beispiel: ein Mann um die 50, seit Jahren als »chronisch schizophran« diagnostiziert, lebt in einer Wohnung eines Anbieters des Betreuten Wohnens, wird ein Mal in der Woche zum Einzelgespräch besucht, sonst hat er eine Notfallnummer und geht täglich in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung zur Arbeit. Er wird seit Tagen unruhiger, dem Betreuer in der Werkstatt fällt das auf, er spricht den Mann an, der sagt es sei nichts, er wolle ja auch nicht wieder in die Klinik, alles sei gut, der Betreuer fragt ob er den Wohnbetreuer anrufen dürfe, der Mann sagt nein, er werde das besprechen, tut er aber nicht, er wird zunehmend paranoid und wird nach einigen Tagen nachts von der Polizei aufgegriffen, weil er laut rufend auf einer Kreuzung steht und die Autos nicht vorbeifahren lässt. Die Polizei bringt ihn in die nächste Psychiatrie, dort ist er langjährig bekannt, er will nicht bleiben, verlangt, dass sein Wohnbetreuer angerufen wird, nachts will der

Stationspfleger dort nicht stören und vertröstet den Mann auf den nächsten Tag. In der Nacht wird der Mann unruhig, verlangt entlassen zu werden, es kommt zu einer körperlichen Auseinandersetzung, der Mann wird fixiert und eine Unterbringung nach Psych-KG beantragt. Am folgenden Tag wird die Unterbringung durch den Richter bestätigt. Als der Wohnbetreuer kommt, ist der Mann abweisend und verweigert das Gespräch. Er bleibt über einige Wochen mit einer schweren psychotischen Episode in der Klinik.

Warum ich Ihnen das erzähle, haben Sie natürlich sofort erkannt. In beiden fiktiven Fällen haben sich alle Fachleute eher gut und nachvollziehbar verhalten. Es waren auch viele, zum Teil staatlich finanzierte, Stellen im Einsatz und dennoch sind beide Situationen für die Betroffenen schlecht verlaufen.

Was fehlte, welche Angebote hätten beiden Menschen möglicherweise besser geholfen? Sicher fehlten passgenaue, auf die individuelle Situation zugeschnittene Hilfen. Vielleicht hätte jeweils ein mobiles Kriseninterventionsteam, welches auch Hausbesuche macht oder eine akut-psychotherapeutische Krisenintervention geholfen. Ganz sicher hätte es jeweils eine bessere Vernetzung der bestehenden Angebote gebraucht.

Machen wir uns einmal bewusst, wer alles involviert war.

Die Frau hatte früher den psychologischen Dienst der Universität konsultiert. Es hätte auch beispielsweise der Schulpsychologische Dienst sein können – jeweils steuerfinanzierte Stellen. Dann kamen im Beispiel der Rettungsdienst der Feuerwehr und die Polizei zum Einsatz – beide steuerfinanziert.

Der Mann erhielt Leistungen der Wiedereingliederungshilfe, das Betreute Wohnen und die Arbeit in der Werksatt, beides im Rahmen des SGB XII steuerfinanziert.

In beiden Fällen erfolgte anschließend der Übertritt in den SGB V Bereich der Krankenkassenleistungen.

Der Kontakt zum Richter wird im Übrigen auch über die öffentliche Hand bezahlt.

Wenn der Mann in unserem Beispiel in Bremen oder in einem anderen Ort mit einem Krisendienst leben würde, hätte die Polizei wahrscheinlich genau diesen informiert. Möglicherweise wäre der Mann allerdings dennoch in die psychiatrische Klinik gebracht worden.

Es gibt übrigens Hinweise, dass bis zu 70 % der Einsätze des Rettungsdienstes aufgrund von seelischen Krisen erfolgen – wegen Sucht, Suizidalität oder Panikattacken.

Fort- und Weiterbildungen für die Kollegen der Feuerwehr und der Polizei werden in einigen Regionen bereits gemeinsam mit psychiatrischen Fachleuten durchgeführt – das sollte Standard werden.

Dazu eine kleine Anekdote: Als junge Assistenzärztin vor fast 20 Jahren in Gütersloh hatte ich während eines Nachtdienstes die Erfahrung gemacht, dass ein psychotischer Mann in Hand- und Fußfesseln auf die Station gebracht wurde und wild tobte – nachdem die Fesseln entfernt worden waren, wurde er ganz ruhig und zugänglich. Diese Erfahrung teilte ich mit meiner Oberärztin und sie ermunterte mich eine gemeinsame Fortbildung mit Polizisten zum Thema »Psychosen« zu planen. Das Ergebnis war sehr ermutigend: alle Beteiligten erweiterten gegenseitig ihren Blickwinkel mit positiven Folgen für unsere Patientinnen und Patienten und die weitere Zusammenarbeit zwischen Polizei und Klinik.

Zurück zu den Hilfsangeboten:

In jeder Region gibt es, so ist es gesetzlich verankert, einen steuerfinanzierten Sozialpsychiatrischen Dienst (SPsD), der meistens am Gesundheitsamt angesiedelt ist.

Im Bremen gibt es dabei folgende Besonderheit: die Stadt Bremen (Bremerhaven hat ein gesondertes System) ist aufgeteilt in fünf Sektoren – Nord, Süd, West, Ost und Mitte. Jeder Sektor hat ein eigenes so genanntes Behandlungszentrum: dort sind die Institutsambulanzen und meistens eine Tagesklinik und in einem Sektor auch stationäre Betten angesiedelt. Der SPsD ist dezentral auf die fünf Behandlungszentren verteilt. Die dortigen Ambulanzen sind also mischfinanziert aus Krankenkassenmitteln (Psychiatrischen Instituts Ambulanzen (PIA)) und öffentlichen Geldern (SPsD). Nachts und am Wochenende wird das Angebot der Behandlungszentren zentralisiert als Krisendienst angeboten, der für die ganze Stadt zuständig ist.

Wir dürfen ja nicht vergessen; die üblichen Tagesdienstzeiten von 8.00h bis 17.00h an fünf Tagen in der Woche decken nur etwa 1/3 der Gesamtzeit ab, in der Menschen in Krisen geraten können – am Wochenende und nachts sind Krisen sogar häufiger, als zu den üblichen Sprechzeiten.

Darüber hinaus begegnen auch die Kolleginnen und Kollegen in den Job-Centern und in anderen Ämtern häufig Menschen mit schweren seelischen Krisen – in Bremen gibt es eine ebenfalls steuerfinanzierte Kooperation zwischen Job-Center und Behandlungszentren im Rahmen derer auch spezielle Fortbildungen angeboten werden.

Wir sehen: Es gibt viele psychosoziale Hilfsangebote zur Krisenintervention, in denen öffentliches Geld steckt. Wenn wir die Leistungen der

Eingliederungshilfe, den Bereich des Betreuten Wohnens, die Angebote für unterstützte Arbeit und die krankenkassenfinanzierten Leistungen in der Klinik und im niedergelassenen Bereich zusammen rechnen, kommen wir auf enorme Summen. Es ist sehr viel Geld im System.

Dem gegenüber steht die Erkenntnis, dass trotz bester Absichten der Fachleute, Menschen in seelischen Krisen oder mit psychischer Krankheit häufig nicht gut genug in akuten Krisen versorgt sind.

Es fehlen mobile Kriseninterventions-Teams, es fehlt Home-Treatment – beides beispielsweise in Großbritannien seit Langem etabliert. Es fehlt eine bessere und verbindliche Kooperation und Vernetzung der bestehenden Angebote.

Daran müssen und wollen wir etwas ändern!

Die Auffassung, dass das System der Krisenintervention und das psychiatrische Versorgungssystem reformiert und weiterentwickelt werden müssen, macht zum Glück nicht an parteipolitischen Grenzen halt.

In Bremen machen wir die Erfahrung, dass Anträge an die Bürgerschaft, die von Grünen und SPD gemeinsam eingebracht wurden und sich auf die Weiterentwicklung der Psychiatrie, auf den Reformbedarf des PsychKG und auf die Förderung der seelischen Gesundheit in Schulen und am Arbeitsplatz bezogen (Links zu den Anträgen siehe unten) jeweils einstimmig von allen – also auch mit den Stimmen der CDU und der LINKEN – beschlossen worden sind. Auch der Landespsychiatrieplan wird umfassend unter Mitarbeit der DGSP, von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Profis aus dem SGB V und SGB XII-Bereich ausführlich diskutiert und in wenigen Wochen werden die Diskussionsergebnisse der Fachöffentlichkeit und der Politik vorgestellt werden.

Wir haben derzeit in Bremen und soweit ich informiert bin, auch bundesweit günstige Voraussetzungen zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform.

In allen im jetzigen Bundestag vertretenen Parteien gibt es Kolleginnen und Kollegen die wissen, dass wir eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung benötigen. Die APK ist ja seit Jahrzehnten das beste Beispiel für einen parteiübergreifenden Zusammenschluss.

Dazu kommt der Rückenwind der UN-Behindertenrechtskonvention. Inklusion hakt überall immer wieder im Detail, das wissen wir alle, aber dass es eine gesellschaftliche Aufgabe ist, Menschen in ihrer Vielfältigkeit teilhaben zu lassen, lassen zu müssen und lassen zu wollen – das hat sich inzwischen glücklicherweise schon weit herumgesprochen.

Es hat sich auch schon vielerorts herumgesprochen, dass es sich hier nicht etwa um eine Gnade angeblich Nicht-Behinderter handelt, sondern um ein Weltgesetz, welches uns auffordert in allen Lebensbereichen allen Menschen Teilhabe zu ermöglichen und um einen Paradigmenwandel im Blick aufeinander. Inklusion tut allen gut.

Es gibt noch einen dritten günstigen Moment, der die Psychiatriereform voran bringen kann: Das sind die Urteile des Bundesverfassungsgerichtes zu den Psych-KGs der Länder.

Die Länder müssen sich dran machen, ihre PsychKGs verfassungskonform zu gestalten. Im Zuge dessen wird es allen vernunftbegabten Menschen einleuchten, dass es natürlich gute Gesetze geben muss, die die Menschenrechte schützen, aber dass nur dann Zwangsmaßnahmen im größeren Stil vermieden werden können, wenn passgenaue, am individuellen Bedarf orientierte, den Sozialraum des und der Einzelnen berücksichtigende, aufsuchende und niederschwellige Hilfen vorhanden sind.

Was also sind die politischen Aufgaben?

Wir brauchen Anreize, die eine verbindliche Kooperation und Vernetzung der vielfältigen Angebote in den einzelnen Regionen fördern. Insbesondere braucht es eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Anbietern und der Selbsthilfe, zwischen SGB V- und SGB XII-Bereich, zwischen Kliniken und dem durch die Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Angebot – ärztlich und psychologisch.

Man muss politisch auch den Mut haben zu sagen, dass wir nicht immer von allem noch mehr brauchen – manchmal gibt es Doppelstrukturen die sich etabliert haben, aber häufig nichts nutzen, manchmal sogar schaden – diese müssen abgebaut und das freiwerdende Geld für sinnvollere Hilfsangebote eingesetzt werden.

Überindividuelle Finanzierungsmodelle, wie beispielsweise Regionalbudgets, können ein sehr gutes Modell sein. In Rostock haben die Kollegen mit einem SGBXII-Budget und in Geesthacht mit einem SGBV-Budget jeweils hervorragende Erfahrungen gemacht. Beide Regionen berichten über eine deutlich verbesserte Kooperation und Kommunikation zwischen den verschiedenen Anbietern und Sektoren und beide betonen die positiven Auswirkungen für PatientInnen und KlientInnen – denn innerhalb eines Budgets gibt es nicht mehr den finanziellen Anreiz, Menschen möglichst lange im System zu halten, sondern im Gegenteil – es gibt einen deutlichen wirtschaftlichen Anreiz dafür, Menschen in Selbstständigkeit und Gesundheit zu begleiten.

Mein Traum sind Regionalbudgets für den gemeinsamen Bereich von SGBV und SGBXII-Leistungen. Um das in einer Region gut vorzubereiten und zu verankern, braucht es starke Gemeindepsychiatrische Verbände, die es leider noch nicht flächendeckend in Deutschland gibt. Dort wo sie fehlen, müssen sie etabliert werden.

Was aber meiner Meinung nach das Allerwichtigste bei allen Reformbewegungen im psychiatrischen Bereich bleibt, ist die dialogische Zusammenarbeit aus Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Profis.

Vielen Dank!

Anhang

Anträge Bremische Bürgerschaft Landtag 18. Wahlperiode

Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auch für psychisch Kranke
(Reform Psych-KG)

<http://www.bremische-buergerschaft.de/fileadmin/volltext.php?area=&np=&navi=informationsdienste5&buergerschaftart=1&dn=D18L0268.DAT&lp=18&format=pdf&edatum=2012-02-22>

Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept

http://www.gruene-fraktion-bremen.de/fileadmin/media/LTF/fraktionbremen_de/homepage/buergerschaftsarchiv/Antr_Weiterentwicklung_der_Psychiatriereform.pdf

Strategien zur Förderung der seelischen Gesundheit in Bremen entwickeln

http://www.gruene-fraktion-bremen.de/fileadmin/media/LTF/fraktionbremen_de/homepage/buergerschaftsarchiv/antrag_strategien_zur_foerderung_der_see.pdf

Angehörige fordern und leisten Hilfe bei Krisen

Gudrun Schliebener

Guten Tag meine Damen und Herren. Vielen Dank Frau Schmidt-Zadel. Ich bedanke mich ganz herzlich für die Einladung hier zur APK Tagung und bin gerne gekommen. Ich muss natürlich gestehen, dass ich zuerst mal mit dem Titel so ein bisschen meine Probleme hatte, denn Angehörige fordern und leisten Hilfe bei Krisen. Wenn jemand psychisch erkrankt, dann ist die gesamte Familie mit betroffen und das ganz besonders im Falle einer akuten Krise. Also sind Krisen der/des Betroffenen immer auch Krisen der Familien. Krisenhilfe ist sowohl für den Betroffenen wichtig, aber Krisenhilfe ist genauso wichtig für die Familien und Krisenbewältigung wird auf unterschiedlichen Ebenen versucht.

Erstens: als Selbstmanagement. Manchmal mit mehr und manchmal mit weniger tauglichen Mitteln, mit Entspannungsübungen mit autogenem Training oder aber auch mit Suchtverhalten.

Zweitens: Krisenmanagement in der Familie oder im sozialen Umfeld. Familie, Freunde, Kollegen. Krisenmanagement in der Selbsthilfegruppe im Angehörigenverein. Was bietet so ein Angehörigenverein? Rückhalt, Unterstützung, aber auch Begleitung.

Drittens: Krisenmanagement über die unterschiedlichen Angebote des Hilfesystems, zum Beispiel: Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischer Dienst, teilstationäre und stationäre Angebote, Praxen und bestenfalls ein multiprofessioneller Krisendienst. Der Bundesverband der Angehörigen fordert seit Beginn seiner Arbeit flächendeckend Krisen- oder Notfalldienste für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen. Das letzte Mal bundesweit im vorigen Jahrhundert mit einer bundesweiten Fachtagung im November in Bad Hersfeld »Krisen und Notfalldienst in der Psychiatrie«, das 18. Bundestreffen des Angehörigenverbandes.

Bei somatischen Erkrankungen ist es eine Selbstverständlichkeit, dass innerhalb einer klar definierten Zeit, die sich im Minutenbereich bewegt, zu jeder Tages- und Nachtzeit zu jedem Wochentag qualifizierte Hilfe vor Ort erscheint. Wie ist das bei psychischen und psychiatrischen Krisen? Sie glauben gar nicht, welche abenteuerlichen Erfahrungen man dort schon mit dem ärztlichen Notdienst gemacht hat. Wenn Sie einmal in einer psychiatrischen Krise mit dem Gynäkologen eine Diskussion führen mussten über Medikation oder Nichtmedikation, dann hat das schon eine gewisse Qualität, um

das mal vorsichtig auszudrücken. Wir hören häufig, wenn wir die Forderung aufstellen, es gibt den Bedarf gar nicht. Gestern ist eindrücklich bewiesen worden, dass der Bedarf da ist. Existierende Krisendienste beweisen das Gegenteil. Und können Sie sich vorstellen, wie sich das anfühlt, wenn man weiß, es kommt keine Hilfe außerhalb der Dienstzeiten im Hilfesystem? Was sind denn unsere Anforderungen an einen multiprofessionellen Krisendienst? Jetzt werden sie einiges hören, was sie gestern schon von unterschiedlichen Seiten gehört haben:

- eine Niedrigschwelligkeit
- eine Möglichkeit zu behandeln
- eine enge Anbindung an das Hilfesystem, wenn schon nicht Teil davon
- unbürokratisch
- sofort handlungsfähig, handlungsfähig insofern, dass auch die Möglichkeit besteht, einmal gegen das Votum des auch vor Ort befindlichen Notarztes etwas anderes zu entscheiden
- aufsuchend, mit Blick auf das Umfeld.

Und der Mensch, der sich meldet, definiert die Krise. Das kann der Betroffene sein, das können aber auch die Angehörigen sein und die haben dann in dem Fall den gleichen wichtigen Hilfebedarf.

Klaus Dörner hat mal gesagt: »Manchmal ist der Kontext genauso wichtig, wenn nicht wichtiger als der Text.« Das Ziel der Krisenintervention ist es, Lösungen aus der Zuspitzung mit den Klientinnen und Klienten ihren Angehörigen und der Umgebung zu erarbeiten und umsetzbar zu machen. Dabei kooperiert er, sollte er kooperieren mit anderen Notdiensten und an geeignete begleitende oder betreuende Einrichtungen verweisen oder diese beteiligen.

Warum ist uns als Selbsthilfeorganisation dieses Hilfeangebot so wichtig? Wir haben die Erfahrung gemacht, was es heißt, an Wochenenden oder an Feiertagen keine Hilfe zu bekommen. Wir haben die Erfahrung gemacht, wie es sich anfühlt, in akuten Krisen trotz überdurchschnittlich guter ambulanter Versorgungsstruktur allein gelassen zu werden. Wir möchten sicherstellen, dass die betroffenen Familien insgesamt im Rahmen einer Krisenintervention im Fokus stehen. Wir legen Wert darauf, dass Kinder nicht übersehen werden und für diese auch die notwendigen Hilfen organisiert werden.

Welche Informationsmöglichkeiten gibt es im Vorfeld, um besser mit Krisen umgehen zu können? Nicht Krisen zu vermeiden, denn Krisen gehören zum Leben, aber der Umgang mit den Krisen ist das wichtige Ding, was dazu befähigt, besser mit Situationen klar kommen zu können.

Was tut hier die Angehörigenorganisation? Wir informieren. Wir stellen Informationsmaterialien bereit: »Mit psychisch Kranken leben« unsere Basisbroschüre mit vielen Informationen zu psychischen Erkrankungen, zu Hilfemöglichkeiten zum Umgang damit sowohl in deutsch als auch in russisch und in türkisch. Wir stellen Informationsmaterialien bereit über Krankheitsbilder, über Medikamente usw.

Wir haben Informationsmaterialien erarbeitet für Kinder und Jugendliche und für Betreuer und Profis, die mit diesen Kindern und Jugendlichen umgehen. Einiges werden Sie vielleicht kennen.

Wir bieten Seminare an für Führungskräfte in Firmen und Verwaltung mit dem Ziel, den Arbeitsplatz für Betroffene zu erhalten und einen angemessenen Umgang mit ihnen zu ermöglichen.

Wir haben gemeinsam mit anderen Selbsthilfverbänden die Agenda 2020 öffentlich gemacht: »Was zu tun ist«. Darin ist auch die Forderung nach einem flächendeckend erreichbaren Krisendienst rund um die Uhr enthalten. Dort ist aber auch die Forderung enthalten, dass die Familien unabhängig davon, ob der oder die Betroffene das Hilfesystem in Anspruch nimmt, Anspruch auf entsprechende Hilfen haben. Wir haben eine Telefon- und E-Mail Beratung »SeeleFon«, die gestern auch in einem Symposium vorgestellt wurde, installiert und kämpfen im Moment darum, dieses Angebot auch finanziell zu verstetigen.

Und erlauben Sie mir bitte noch ein oder zwei Sätze zu einem Beitrag von gestern. Ich fand den Einstieg aus Hamburg, der dialogisch hier stattfand, ausgesprochen eindrucksvoll. Auch wegen der hohen Emotionalität, die darin mitschwang. Aber zwischendurch habe ich mich dann gefragt – als Peer to Peer Beratung oder Peer Beratung vorgestellt wurde – was machen wir eigentlich seit 25 Jahren? Betroffene Angehörige informieren Angehörige. Ja, wir haben das immer Selbsthilfe genannt. Wir schulen unsere Angehörigen. In Bayern heißt es »Angehörige informieren Angehörige«. Das hat keinen schönen fremdsprachigen Namen. Es klingt auch ein bisschen langweilig. In Nordrhein-Westfalen waren es Schulungswochenenden für Angehörige. Aber das ist doch ursächlich originäre Arbeit von Selbsthilfe. Wenn das dazu geführt hat, dass über die 25 Jahre Selbsthilfearbeit jetzt der Punkt erreicht ist, dass über einen Namenswechsel oder einen innovativen englischen Begriff die Einsicht in die Köpfe von Profis und Politik gelangt ist, dass wir bis jetzt eine gute Arbeit geleistet haben und dass diese Arbeit auch im Hilfesystem unverzichtbar ist, dann will ich mich damit gerne anfreunden. Aber aus meiner Sicht ist es einfach gute Selbsthilfearbeit.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

B Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Psychiatrische Krisenhilfen – bewährte Beispiele

Einleitung

Simone Eiche, Matthias Rosemann

Ambulante Hilfen bei seelischen Krisen stehen in ganz unterschiedlicher Form zur Verfügung. Die Landschaft Deutschlands zeigt nur wenige Beispiele mit etablierten Krisendiensten, die von fachlichen Experten gestaltet werden und rund um die Uhr erreichbar sind (z. B. München, Berlin). In vielen Regionen Deutschlands müssen die vorhandenen Anbieter etablierter Leistungen versuchen, wenigstens mittelbar für Menschen in akuten Krisensituationen erreichbar zu sein. Wie das gelingen kann, zeigen einige der nachfolgenden Beiträge. Insbesondere die Sozialpsychiatrischen Dienste sind hier besonders hervor zu heben. Aber auch Leistungen der Krankenversicherung, wie Soziotherapie, Psychiatrische Häusliche Krankenpflege oder die Psychiatrischen Institutsambulanzen werden als eher leicht zugängliche Hilfen eingesetzt, wenngleich immer unter den restriktiven Bedingungen, unter denen diese Leistungen noch immer stehen – z. B. die Einschränkung des nutzungsberechtigten Personenkreises.

Die Rolle der neuen Medien, insbesondere des Internets, kann hier nur angedeutet werden, wird aber in der Zukunft sicher weiter an Bedeutung gewinnen. Die vorhandenen Beratungsangebote sind besonders leicht zugänglich, erfüllen aber nicht immer die Kriterien expliziter Krisenhilfe (Albers). Selbstorganisierte Chatforen, in denen sich »User« austauschen, nehmen zweifelsfrei wesentlich zu und es wird irgendwann zu bewerten sein, wie sie sich auf die Versorgung von Menschen in besonderen Notfällen auswirken.

Über alle Gemeinsamkeiten und Unterschiede der dargestellten ambulanten Krisenhilfen lassen sich klare fachliche Kriterien für gelungene Krisenhilfe identifizieren:

- Niederschwellige und unbürokratische Zugangsmöglichkeiten; diese kann auf verschiedenen Wegen erfolgen (Mailkontakt, Telefon, persönliche Beratung), aber für unterschiedliche Nutzerinnen und Nutzer, je nach deren Kontaktmöglichkeiten und –vorlieben, denselben Zweck erfüllen.
- Die Gewährung von Anonymität als einem weiteren Aspekt von Niederschwelligkeit; anonym bleiben zu können, kann für Nutzerinnen und Nutzer eine wichtige Schutzfunktion haben. Allerdings eröffnet sich

gerade dadurch für die professionell Mitarbeitenden der Krisendienste eine Herausforderung, wenn sie z. B. eine Gefährdungssituation vermuten und sich fragen müssen, welche Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung stünden oder tatsächlich in der akuten Situation stehen.

- Eine zunächst weit geöffnete »Eingangstür«, die von einer subjektiven Krisendefinition der ratsuchenden Menschen ausgeht und keine a-priori Ausschlusskriterien festlegt; eine übereinstimmende Erfahrung der Krisendienste ist in diesem Zusammenhang, dass Klientinnen und Klienten als erste und unmittelbare Entlastung erleben, dass ihre Krise überhaupt als solche gehört und ernstgenommen wird.
- Diese »Eingangstür« besteht nicht parallel zum (regionalen) Versorgungssystem, sondern ist idealerweise verknüpfender Bestandteil des Hilfesystems und bezieht daraus einen wesentlichen Teil seiner Kompetenz; Krisenintervention, ganz gleich wie sie organisiert ist, braucht, um wirksam zu sein, den Bezug zu / Rückgriff auf alle möglichen Formen und Angebote an Hilfen (klinisch, sozialpsychiatrisch, psychosozial, Selbsthilfe...).
- Unterschiedlichste Zielgruppen mit einem breiten Spektrum von Anliegen anzusprechen; insbesondere auch für Familienangehörige und andere »Dritteteiligte« aus dem sozialen Umfeld der von einer Krise betroffenen Menschen sind Krisendienste eine wesentliche Anlaufstelle, wenn die Betroffenen selbst keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen können oder wollen.
- die Erfüllung einer präventiven Funktion, neben der akuten Krisenhilfe: Beratung, Orientierung, Vermittlung, Erteilen einer fachlichen »Zweitmeinung« u. a.

Die vorgestellten Krisendienste / Krisenhilfeangebote sind in der Regel aus regionalen Versorgungsdiskussionen, dem Engagement regionaler Akteure / Träger / Selbsthilfeverbände heraus entstanden und haben teilweise eine »historisch gewachsene« Organisations- und Angebotsstruktur, die sich aus den Bedarfen und Finanzierungsgrundlagen ergeben hat. Das bedeutet, dass neben den gemeinsamen fachlichen Grundlagen der Krisendienste eine große Vielfalt hinsichtlich der strukturellen Merkmale besteht wie

- Öffnungs-/Präsenzzeiten,
- konkrete Angebote (telefonische, persönliche, aufsuchende Krisenintervention; muttersprachliche Beratung, Krisenhilfe für spezielle Zielgruppen etc.),

- Personalausstattung (Berufsgruppen etc.),
- Trägerorganisation (z. B. verschiedene regionale Trägerverbände mit unterschiedlichen Kooperationsbeziehungen),
- Finanzierungsgrundlagen,
- rechtlichen Grundlagen, die den Rahmen setzen für bestimmte Aufgaben.

Diese durchaus auch »kreative Vielfalt« in der Entwicklung von Krisenhilfeangeboten ist einerseits, d. h. vor allem auf der fachlichen Ebene, interessant und anregend, können so doch die Krisendienste viel voneinander lernen und von den unterschiedlichen professionellen Erfahrungen profitieren. Andererseits wird deutlich, dass durch diese Gegebenheiten eine Vergleichbarkeit der Krisendienste insbesondere bezüglich ihrer Wirksamkeit nur schwer möglich ist. Deutlich wird auch, dass es bis jetzt bundes- und oder auch nur landesweit (siehe die unterschiedlichen Krisendienste allein in Bayern) keine einheitlichen gesetzlichen und Finanzierungsgrundlagen gibt, die ambulante psychiatrische Krisenhilfe auf eine stabile Grundlage stellen. Vorhandene Angebote unterliegen im Gegenteil immer wieder der Anforderung, ihre Existenz legitimieren zu müssen, um wenigstens den Bestand zu sichern.

Speziell die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Finanzierungssäulen (SGB XII, SGB V, siehe z. B. die aktuellen Entwicklungen in München) für ambulante psychiatrische Krisenhilfe spielt hierbei eine zentrale Rolle. Zu den ungeklärten Fragen gehören die nach den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenkassen, der Länder und Kommunen und der Sozialhilfeträger. Die gesetzliche Krankenversicherung muss sich fragen lassen, warum sie sich in der ambulanten Versorgung einerseits gegen die Beteiligung an flächendeckenden Krisendiensten stellt, andererseits aber gerade dort, wo diese Krisenhilfe nicht zur Verfügung steht, weitgehend klaglos die Kosten für die Krisenintervention in den Krankenhäusern übernimmt. Sehen wir darin ein weiteres Indiz für die dysfunktionale interne Organisation der Krankenkassen mit ihrer systematischen Trennung der Bereiche »ambulante Versorgung« und »Krankenhausbehandlung«?

Vor diesem Hintergrund müssen auch die Entwicklungen im Bereich der Integrierten Versorgung und der dadurch in einigen Regionen entstehenden parallelen Versorgungsstrukturen zumindest für bestimmte Ziel- bzw. Nutzergruppen bedacht werden. Wenn die Erreichbarkeit einer Leitstelle oder eines Hintergrunddienstes zum Bestandteil einer Leistung im Rahmen der Integrierten Versorgung wird und folglich nur den Versicherten der Krankenkasse mit diesem Vertrag zur Verfügung steht, erhöht sich das Risiko

von vielfältigen Parallelstrukturen, die nicht unbedingt sinnvoll sind, aber Ressourcen bei Fachkräften binden. Wenn verschiedene Krankenkassen in einer Region zu einander konkurrierende Verträge entwickeln, erhöht sich das Potential für die Ressourcenbindung. Aus Sicht von Nutzerinnen und Nutzern wird die Transparenz im Hilfesystem noch mehr erschwert und es können sich die Barrieren auf dem Weg zu einer geeigneten Hilfe erhöhen – insbesondere für diejenigen, die nicht in einer der beteiligten Krankenkassen versichert sind. Mit Blick auf den stetigen Rückgang von Fachärzten in vielen Regionen ist diese Problematik nicht zu unterschätzen.

Umgekehrt ist zu fragen, ob sich aus den Verträgen zur Integrierten Versorgung die Grundstrukturen einer Krisenhilfe entwickeln lassen, die dann auch anderen Nutzerinnen und Nutzern zur Verfügung stehen könnten. Integrierte Versorgung kann, in den entsprechenden Netzwerken oder Verbundsystemen eingesetzt, auch zum Motor für eine wirkungsvolle Kooperation zwischen den Akteuren gerade auch an der Schnittstelle zum klinischen Hilfesystem werden. Hier stehen wir noch am Anfang einer Entwicklung, die aber von Beginn an sorgfältig durchdacht werden muss.

Vordringlich steht die Frage im Raum, wie in jeder Region die Notwendigkeit einer niedrigschwelligen Hilfe in Krisen den Verantwortlichen bei Kostenträgern und in Politik und Verwaltung deutlich gemacht werden kann. Neben den notwendigen politischen Weiterentwicklungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung sind sicher auch die anstehenden Erörterungen der Gesetze über die Hilfen für psychisch Kranke (PsychKG) in den Bundesländern geeignete Zeitpunkte, sich intensiv für die Notwendigkeit von ambulanter Krisenhilfe einzusetzen.

Krisendienst Psychiatrie München

Michael Welschehold

Die Entwicklung des Krisendienstes Psychiatrie München (KPM) fußt auf folgenden wesentlichen Prämissen:

- Bis 2004 besteht in der Landeshauptstadt München für in seelische Krisen geratene Menschen eine widersprüchliche Versorgungssituation: Einerseits ein überdurchschnittliches, breitgefächertes und reichhaltiges Angebot im psychiatrischen und psychosozialen Bereich; andererseits fehlen insbesondere für Menschen in akuten psychischen Notlagen *ambulante* Akuthilfen und die Zuständigkeiten für derartige Notfälle sind weitgehend ungeklärt. Die Folge: Betroffene wissen nicht, wohin sie sich wenden können, wer für welche Art von krisenhaften Zuspitzen zuständig und zu welcher Zeit erreichbar ist. Einrichtungen und Leistungsanbieter weisen Betroffene nach Gutdünken weiter. Menschen in Krisen bleiben häufig ohne Hilfe oder müssen umständliche Odysseen sowie lange Wartezeiten auf sich nehmen, bevor sie überhaupt spezifische Hilfestellung erhalten. Für Betroffene wie Angehörige stellt dies eine erhebliche zusätzliche Belastung dar.
- Vorhandene Nothilfeangebote wie der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung sind auf somatische Problemlagen ausgerichtet – dies spiegelt sich wieder in der extrem niedrigen Inanspruchnahmerate durch Menschen mit sogenannten »psychiatrischen Meldebildern«: nur 1,5 % der in 2012 die Vermittlungs- und Beratungszentrale der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns insgesamt kontaktierenden 1,4 Millionen Anrufer schilderten psychische Notlagen. Offensichtlich kann diese Art von Hilfeangeboten nicht das bereitstellen, was Betroffene in dieser Situation brauchen und erwarten. Menschen mit akuten seelischen Krisen, so unsere Überzeugung und Forderung, haben jedoch den gleichen Anspruch auf fachspezifische professionelle Hilfe rund um die Uhr wie akut körperlich erkrankte Menschen (Forderung nach »Gleichstellung«).
- Der Maßstab dafür, was eine Krise ist, liegt immer beim Betroffenen und seinem Umfeld. Ob und unter welchen Umständen sich eine belastende Situation krisenhaft zuspitzt, ist von den individuellen Gegebenheiten abhängig – Krise ist ein subjektives Geschehen. Dies muss der Ausgangspunkt des Krisenhelfers sein, so lautet unser Krisenverständnis!

- Diese Haltung stellt eine große Herausforderung für professionelle Krisenhilfe dar: Einordnen bzw. zuordnen zu können, in einer zugespitzten Situation den Überblick zu behalten, Gefahren zu erkennen, Lösungsansätze zu entwickeln, kurz: Professionell durch die Krise zu begleiten, erfordert spezifisches Wissen und Handlungskompetenz. Die gute Nachricht: Seit langem gibt es fundierte und praxisbewährte Konzepte von Krisenintervention, die gut vermittelbar und in der Alltagspraxis umsetzbar sind.
- Von besonderer Bedeutung bei der Hilfeerbringung ist die Bedarfsgerechtigkeit und Angemessenheit der Hilfeleistung: Sie muss passgenau gestaltet werden, genug, um sicher zu deeskalieren, aber nur soviel, wie individuell benötigt wird. Nicht jeder in eine Krise geratene Mensch braucht medizinisch-psychiatrische Behandlung!

Unsere Schlussfolgerungen daraus für die Entwicklung eines stadtweiten Krisenhilfeangebotes für München waren:

- *Lotsenfunktion:* Es braucht eine klar definierte Anlaufstelle, die psychische Notlagen sicher abklären, Betroffene entlasten und ggf. weiterverweisen kann.
- *Erreichbarkeit:* Diese »Krisenleitstelle« muss unbürokratisch (ohne Vorbedingungen), direkt, niederschwellig und rund um die Uhr erreichbar sein.
- *Verbindlichkeit:* Die hier erbrachte Krisenhilfe muss für den Betroffenen verbindlich, verlässlich und ohne a-priori Einschränkungen erfolgen.
- *Vernetzung:* Damit dies gelingt, braucht es in der Region bzw. dem Einzugsgebiet des Krisendienstes klare Absprachen aller Leistungsanbieter mit klar geregelten Zuständigkeiten im Sinne einer funktionierenden Arbeitsteilung.
- *Individualität:* Gemäß der Prämisse, dass Krisen ein subjektives Geschehen sind, muss professionelle Krisenhilfe die verschiedenen individuellen Gegebenheiten berücksichtigen und sich in Form und Inhalt der Hilfeerbringung der aktuellen Lebenssituation des Betroffenen anpassen.
- *Mobilität:* Eine besondere Herausforderung! Manche Krisensituationen erfordern die Kontaktaufnahme vor Ort, dies muss zu jeder Zeit gewährleistet werden können.
- *Spezifische Professionalität:* Krisenhilfe erfordert ein hohes Maß an spezifischer Kompetenz und Wissen. Wer solche Angebote bereitstellt, muss für entsprechende Professionalität der MitarbeiterInnen Sorge tragen.

- *Bekanntheit*: Die besten Hilfeangebote nützen nichts, wenn sie nicht bekannt sind. Gerade Krisenhilfeangebote müssen regional nachhaltig kommuniziert und durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit immer wieder in Erinnerung gebracht werden.

Das Vorgehen in München basiert auf einem schon im Jahr 2000 vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit herausgegebenen Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung, das 2012 vom Verband der bayerischen Bezirke noch einmal konkretisiert und präzisiert wurde. Es sieht für ein vollständiges regionales Krisenversorgungsnetz vier Formen der Krisenhilfe – telefonisch, ambulant, mobil bzw. aufsuchend und stationär – vor, die im Einzelnen folgende Funktionen bereitstellen müssen:

- Abklärung und Screening, Beratung, Empfehlung und Weitervermittlung
- (therapeutische) Sofort- bzw. Krisenintervention
- spezifische ambulante bzw. komplementäre Hilfeangebote (*Kommstruktur*)
- ärztlich- psychiatrische / psychotherapeutische Behandlung
- nichtpsychiatrische / psychosoziale Krisenhilfe
- Spezialangebote, bzw. themen-, problem- oder zielgruppenbezogene Hilfen
- fachspezifische Hilfe vor Ort (ärztlich/ nichtärztlich) (*Gehstruktur*)
- stationäre Behandlung.

Um die verschiedenen geforderten Funktionen vorhalten zu können, hatten sich auf der Grundlage des Rahmenkonzeptes bereits Ende der 90er Jahr verschiedene Akteure mit dem Ziel der Verbesserung der Krisenversorgung zusammengetan. Im Jahr 2007 gründeten sie gemeinsam den Krisendienst Psychiatrie München und brachten ihre Kompetenzen dabei in das neue gemeinsame Leistungsangebot ein: Sozialpsychiatrische Dienste, Vertreter aus dem klinischen Bereich sowie der sonstigen ambulanten- psychiatrischen Versorgung.

Die wichtigsten Merkmale des Angebotes des KPM wurden

- Eine Krisentelefonnummer stadtweit zuständig und täglich erreichbar, derzeit 9–21 Uhr
- Kein a-priori Ausschluss bestimmter Krisen und Notfälle
- Qualifizierte Soforthilfe wird verbindlich vermittelt
- Lotsenfunktion in der psychiatrischen/ psychosozialen Versorgungslandschaft
- aufsuchende Krisenhilfe

Und wichtig: Die konkreten Hilfen durch den KPM verstehen sich als ergänzend,

- wenn keine anderen geeigneten Hilfen aktivierbar sind
- bei hoher Dringlichkeit.

Die Leistungsangebote stehen grundsätzlich allen Anrufern zur Verfügung: Betroffenen, Angehörigen, Bezugspersonen im Umfeld, aber auch Fachstellen und Professionellen. Bei Kontaktaufnahme in der Leitstelle erfolgt Abklärung des Anliegens und dann – je nach Situation und Bedarf – Einleitung der jeweils am besten passenden spezifischen Hilfen, aus einer großen Bandbreite unterschiedlicher Möglichkeiten von bloßer telefonischer Beratung bis hin zu Veranlassung und Einleitung einer stationär psychiatrischen Aufnahme.

Der Krisendienst Psychiatrie München wird von einem Verbund aus fünf Trägern (zwei kirchliche, zwei freie und ein klinischer Träger) vorgehalten. Für aufsuchende fachärztliche Leistungen besteht ein Kooperationsvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, der über den nur für die Stadt München existierenden Psychiatrischen Bereitschaftsdienst der KVB umgesetzt wird.

Die Finanzierung erfolgt bisher vornehmlich von Seiten der Eingliederungshilfe (Bezirk Oberbayern), Förderungshöhe rund 450.000 Euro pro Jahr. Die Landeshauptstadt München steuert einen Sachkostenanteil bei, die fünf Träger bringen Eigenmittel ein. Zusätzlich stehen in geringem Umfang Stiftungsmittel, Fördergelder und Spenden zur Verfügung.

Auf insgesamt elf Planstellen arbeiten knapp 40 MitarbeiterInnen aus den Berufsgruppen Psychologie, Sozialpädagogik und (Fach)pflege Psychiatrie im KPM – verteilt auf die Leitstelle und aufsuchenden (»mobilen«) Teams.

Die fachliche Leitung liegt bei einem ebenfalls trägerübergreifend zusammengesetzten Leitungsteam (Diplompsychologin, Sozialpädagogin, Facharzt für Psychiatrie).

Mit der spezifischen Organisationsstruktur des KPM kann eine Reihe zusätzlich gewollter Effekte erreicht werden:

- Durch den Trägerverbund: Direkte Verbindung von klinisch-psychiatrischen Einrichtungen und ambulanter Sozialpsychiatrie, dadurch eine sehr gute Verankerung im Versorgungssystem.
- Durch die Mitarbeiterstruktur: Hohe Fachlichkeit und differenzierte Berufserfahrung sowie vielfältige Vernetzung mit anderen Einrichtungen.

- Durch die Einbindung von vier Sozialpsychiatrischen Diensten: Schaffung einer direkten Schnittstelle zum und damit regionale Verankerung im Regelversorgungssystem.

Trotz komplexer interner Organisation weist das Leistungsangebot des KPM nach Außen eine einheitliche Qualität auf.

Der KPM hat sich im sechsten Jahr seines Bestehens zu einer unverzichtbaren Größe mit hervorragender Vernetzung im sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem der Landeshauptstadt München entwickelt.

Einige ausgesuchte Leistungszahlen sollen dies verdeutlichen:

Zwischen 2008 und 2011 wurden über 25 000 Menschen in Krisensituationen telefonisch beraten, begleitet und betreut; es fanden 2862 mobile Einsätze und 1021 Krisenberatungen an den KPM Standorten statt.

Allein im Jahr 2012 wurden bei über 5000 Klienten mehr als 11 000 Telefonkontakte durchgeführt. Dass der KPM die gewünschten Zielgruppen erreicht, zeigen die Zahlen der Anrufergruppen in der Leitstelle: Dies waren zu 54 % Betroffene, zu 26 % Angehörige und zu 20 % »Dritte«, davon ca. die Hälfte Professionelle.

Liegt entsprechender Hilfebedarf vor, ermöglichte der hohe Vernetzungsgrad des KPM die tagesgleiche bzw. zeitnahe Vermittlung zur Soforthilfe an wesentliche Leistungsanbieter (Zahlen für 2012):

- Psychiatrische Institutsambulanzen: 761
- stationäre Weiterbehandlung: 243
- niedergelassene Psychiater/ Nervenärzte: 161
- niedergelassene Psychotherapeuten: 181
- SPD i und GPD i: 483
- andere psychosoziale Beratungsstellen: 418.

Im Vergleich zur Vermittlungs- und Beratungszentrale der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, von wo bayernweit die Einsätze des ärztlichen Bereitschaftsdienstes gesteuert werden, zeigt sich, dass der KPM mit seinem spezifischen Angebot für psychische Krisen und seelische Notlagen inzwischen weitaus häufiger von Betroffenen kontaktiert wird: Im Jahr 2012 riefen 3681 Münchner die Vermittlungs- und Beratungszentrale wegen eines akuten psychischen Problems an, dagegen 5090 den KPM.

Unser Fazit: Seelische Notlagen bedeuten für Betroffene und Angehörige Leid und Gefahr. Menschen in solchen Situationen haben Anspruch

auf sofortige fachkompetente Hilfe – genauso wie von akuten körperlichen Erkrankungen Betroffene.

Die Forderung lautet: Qualifizierte Soforthilfe muss bei seelischen Krisen aller Art zur Verfügung stehen – flächendeckend und rund um die Uhr. Krisendienste können genau diese Unterstützung qualifiziert anbieten. Modelle wie der Krisendienst Psychiatrie München können wegweisend sein für die konsequente Umsetzung derartiger Leistungsangebote.

Quellenhinweise:

Bayerisches Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung (2012)

<http://www.bay-bezirke.de/>

Fachkonzept für regionale psychiatrische Krisenversorgung (2012)

<http://www.krisendienst-psychiatrie.de/muenchen-dienst/aktuell/>

Krisendienst Psychiatrie München (2013)

<http://www.krisendienst-psychiatrie.de/>

Der Berliner Krisendienst

Jens Gräbener

Der Berliner Krisendienst existiert seit dem 01. Oktober 1999, nunmehr also seit knapp 14 Jahren. Nach langjähriger Vorbereitung und unter Beteiligung von Fachleuten wie auch Betroffenen etablierte sich in Berlin damit erstmalig eine beispiellose städtische Krisenversorgung: flächendeckend und an 365 Tagen im Jahr rund-um-die Uhr telefonisch erreichbar; kostenlos, ohne Voranmeldung und auf Wunsch anonym. Der Gründung des Berliner Krisendienstes vorausgegangen waren unter anderem konzeptionelle Überlegungen im Rahmen des Psychiatrie-Entwicklungs-Plans (PEP). Seit den 1990er Jahren entwickelten die Fachgremien gemeinsam mit den Trägern des Berliner Krisendienstes das Konzept einer integrierten Krisenversorgung für Berlin. Ziel war es, die bestehenden Versorgungslücken Berlins insbesondere in den Abend- und Nachtstunden zu schließen, dabei schnell und unbürokratisch zu helfen und das fachliche Wissen verschiedenster Berufsgruppen zusammenfließen zu lassen. Die Konzeption des Berliner Krisendienstes wurde 1998 durch den Landespsychiatriebeirat verabschiedet.

Vor 1999 existierten in Berlin bereits einzelne Krisendienste, die regional und zeitlich eingeschränkter arbeiteten und über die nur ein Teil der Bevölkerung versorgt werden konnte.

Am Beispiel des Psychiatrischen Notdienstes in Charlottenburg lässt sich die Entwicklung von einem regionalen Krisendienst hin zum Berliner Krisendienst zeigen: Bereits 1983 wurden in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Charlottenburg erste Überlegungen für einen bezirklichen Notdienst für psychiatrische Krisen angestellt. 1988 wurde über die Bezirks-Verordneten-Versammlung Charlottenburg eine Finanzierung für die konzeptionelle Ausarbeitung und Umsetzung des geplanten Dienstes beschlossen. Dieser nahm 1990 unter der Koordination von Frau Ilse Eichenbrenner seine Arbeit auf – zunächst an drei Tagen in der Woche, freitags bis sonntags. 1993 übernahm der Verein Platane 19 e. V. die Trägerschaft für den Psychiatrischen Notdienst, der nun an sieben Tagen in der Woche geöffnet war. Nachdem in Berlin die Pläne für die Etablierung eines einheitlichen Landeskrisendienstes immer mehr Gestalt annahmen, wurde ab 1998 der Psychiatrische Notdienst entsprechend verändert. Es hospitierten zukünftige Kollegen für den geplanten Standort in Spandau, außerdem beteiligte sich der Psychiatrische Notdienst an einem überregionalen Nachtdienst. In den

Räumen von KUB e. V. 1999 wurde dann der Beginn der Öffnungszeit auf 16 Uhr vorverlegt. Zum 01. Oktober 1999 wurde der Psychiatrische Notdienst ein Teil des neu gegründeten Berliner Krisendienstes.

Die sechs Träger des Berliner Krisendienstes betreiben als Trägergemeinschaft heute neun Standorte in sechs Versorgungsregionen in Berlin. Diese neuen Standorte sind täglich von 16.00 Uhr bis 24.00 Uhr geöffnet. Nach 24.00 Uhr bleibt der Zentralstandort im Bezirk Mitte für den überregionalen Nachtdienst geöffnet. Dieser endet um 8.00 Uhr morgens, es beginnt der überregionale Tagdienst- werktags mit einer reinen Screening- und Vermittlungsfunktion, Sonn- und Feiertags personell verstärkt als überregionaler Dienst für ganz Berlin.

Diese zeitliche Struktur folgt den konzeptionellen Anforderungen an den Berliner Krisendienst: ein einheitliches, flächendeckendes Angebot bei psychosozialen Krisen und Notfällen zu schaffen, das andererseits bestehende Versorgungsstrukturen zwar ergänzen, aber nicht doppeln soll. Aus diesem Grund liegt der Schwerpunkt der Arbeit des Berliner Krisendienstes in den Zeiten, in denen nur noch kleine Teile des Versorgungssystems zur Verfügung stehen.

Zu den Aufgaben des Berliner Krisendienstes gehört weiter die Unterstützung von Enthospitalisierung, die Vermeidung unnötiger stationärer Aufnahmen, aber auch die fachgerechte Begleitung notwendiger stationärer Aufnahmen. Der Berliner Krisendienst kooperiert dabei eng mit dem bestehenden Hilfesystem, inklusive der Notalldienste.

Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören explizit zu den Zielgruppen des Berliner Krisendienstes – neben Menschen mit geistiger- und körperlicher Behinderung in Krisen, Menschen mit Suchterkrankungen, pflegebedürftige und demente Menschen und selbstverständlich alle Menschen in Krisen bzw. gravierenden Notlagen. Ebenso gehören deren Angehörige und andere professionelle Helfer zu den Zielgruppen. Dabei stellt Suizidprävention einen Schwerpunkt in der täglichen Arbeit dar. Nicht erst im Zuge der Einbindung des Berliner Krisendienstes in die Berliner Konzepte zur Psychosozialen Notfall-Versorgung (PSNV) im Großschadensfall richtet sich das Angebot explizit auch an akut traumatisierte Menschen.

Der Berliner Krisendienst bietet telefonische und persönliche Beratung in den Standorten an - im Sinne einer längerfristigen Krisenbegleitung sind bis zu zehn Folgegespräche möglich. In sehr zugespitzten Situationen kommen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch an den Ort der Krise – dabei steht ein fachärztlicher Hintergrunddienst zur Verfügung. Das Angebot ist anonym

und kostenlos und damit niedrigschwellig. Der Berliner Krisendienst sieht sich als Teil des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems. Dazu gehört auch, bei Bedarf qualifiziert ins Hilfesystem zu vermitteln.

Der Berliner Krisendienst versorgt 3.375.000 Millionen Berlinerinnen und Berliner. Hinzu kommt die große Zahl von Menschen, die sich kurzfristig in der Stadt aufhalten, sowie die Angehörigen von Berlinerinnen und Berlinern, die nicht in der Stadt wohnen und sich in Sorge um ihren Angehörigen an den Berliner Krisendienst wenden können. Im Jahr 2012 wurde der Berliner Krisendienst insgesamt etwas mehr als 60.000 Mal in Anspruch genommen.

Aktuell arbeiten in den sechs Regionen 38 Kolleginnen und Kollegen hauptberuflich für den Berliner Krisendienst. Hinzu kommen etwas mehr als 200 freiberuflich tätige Kolleginnen und Kollegen, die hauptberuflich in anderen Einrichtungen der Versorgungslandschaft arbeiten. Knapp 20 Hintergrundärztinnen und -ärzte komplettieren die multiprofessionellen Teams.

Zu den Besonderheiten des Berliner Krisendienstes gehört sicher, dass das Land Berlin einen einheitlichen, flächendeckend arbeitenden Krisendienst unterhält, der eine große Anzahl von Menschen versorgt. Dieser Krisendienst wird von sechs Trägern mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Geschichte getragen, die sich auf Einheitliches verständigen wollten und mussten, ohne dass ihre individuellen Stärken dabei verloren gehen sollten.

Wie jeder Krisendienst arbeitet auch der Berliner Krisendienst im Rahmen des Psychischkrankengesetzes (PsychKG) seines Bundeslandes – in Berlin bedeutet dies, dass der Berliner Krisendienst kein eigenes Hoheitsrecht hat, sondern dass das Hoheitsrecht zu den Zeiten, in denen die Hauptarbeit geleistet wird, bei der Berliner Polizei liegt. Dies ist ein Grund für die besonders enge Kooperation zwischen Krisendienst und Polizei in Berlin.

Auch die Stadt Berlin selbst als Arbeitsort bringt Besonderheiten mit sich. Die strukturell traditionell starken Bezirke haben jeweilige bezirkliche Versorgungsstrukturen. Zusätzlich existieren in Berlin aber auch überbezirkliche Versorgungsstrukturen. Für den Berliner Krisendienst bedeutet das eine Arbeit sowohl an den regionalen als auch an den überregionalen Schnittstellen. Daneben hat Berlin spezifische Probleme einer Großstadt, die sich von ländlichen Gebieten unterscheiden. Bereits erwähnt wurde die große Zahl von Besucherinnen und Besuchern aus aller Welt, die im Fall einer akuten Krise zu Klientinnen und Klienten des Berliner Krisendienstes werden können.

Der Berliner Krisendienst wendet sich explizit an Menschen mit psychischen Erkrankungen - er ist aber kein ausschließlich psychiatrischer Krisendienst. Tatsächlich ist die Breite der Problemlagen und Anliegen der Klientinnen und Klienten sehr groß – von reinen Beratungsanliegen über Krisen in Paarbeziehung und Familie, Trauer, erlebte Gewalt, Krisen am Arbeitsplatz bis hin zu akuter Eigen- und Fremdgefährdung und psychiatrischen Notfällen. Diese inhaltliche Breite erfordert oft auch ein breites Interventionsrepertoire und eine gute Kenntnis des sich verändernden Hilfesystems. Jährlich stattfindende regionale und überregionale Fortbildungen sind deshalb unumgänglich und haben einen großen Stellenwert.

Zuletzt besteht eine Besonderheit des Berliner Krisendienstes in der konzeptionell verankerten Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung in Krisen. In allen sechs Regionen arbeiten Kolleginnen und Kollegen, die sich in diesem Bereich besonders qualifiziert haben und über langjährige Erfahrung verfügen. Zu Ihren Aufgaben gehören neben der Klientenarbeit die Kooperation mit entsprechenden Einrichtungen und die Weitergabe ihrer Kenntnisse an ihre Kolleginnen und Kollegen.

Internetberatung im Psychiatrienetz - eine Form der Krisenhilfe?

Matthias Albers

Die Expertensprechstunde im »Psychiatrienetz« (www.psychiatrie.de/beratung) ist ein Angebot auf dem gemeinsamen Webportal von APK, Dachverband Gemeindepsychiatrie, DGSP, bakp, Psychiatrieverlag und Paranus Verlag. Die Experten und Expertinnen sind ehrenamtliche Berater, die von den betreibenden Organisationen ausgewählt wurden. Über ein Anfrageformular kann der Fragesteller eine Mail an einen »Experten«, dessen Meinung er erfragen möchte, schicken. Derzeit beantworten fünf Personen die Anfragen, es sind Susanne Heim, Dr. Ewald Rahn, Erwin Schumacher, Margret Stolz und ich.

Auf der Auftaktseite heißt es: »Mit diesem Angebot wollen wir Fragen von Betroffenen, Angehörigen, Bürgerhelfern und in der Psychiatrie arbeitenden Profis beantworten. Das Angebot ist kostenlos und kann auch anonym genutzt werden. Die Expertensprechstunde versteht sich als ein »niederschwelliges« Angebot, mit dem Tipps und erste Antworten auf Fragen gegeben werden können. In manchen Fällen mag das ausreichen, in anderen Fällen kann das den Besuch beim Therapeuten oder Arzt erleichtern. In einer E-Mail Beratung können keine Diagnosen gestellt werden und die Antworten ersetzen keine ärztliche oder therapeutische Behandlung. Alle Expertinnen und Experten arbeiten ehrenamtlich und beantworten die Fragen neben ihrer »eigentlichen« Arbeit. Deshalb bitten wir um Verständnis, wenn eine Antwort nicht sofort kommt. In Krisenzeiten wenden Sie sich deswegen an die entsprechenden Stellen.«

Das Ziel ist, möglichst innerhalb einer Woche eine Antwortmail zu schreiben. Wenn sich viele Anfragen häufen oder in der Urlaubszeit, kann es auch länger dauern. Die Expertensprechstunde ist also ausdrücklich kein Angebot für akute Krisensituationen. Das Anfrageformular ermöglicht es, einige Angaben zur Person machen und den Wohnort anzugeben, was Beratung und Vermittlung erleichtert, aber letztlich muss nur eine E-Mail-Adresse angegeben werden, damit die Antwortmail versendet werden kann.

Aus meiner Erfahrung als Psychiater und Psychotherapeut in der Expertensprechstunde möchte ich einen Eindruck von der Art der Anfragen und ihrer Beantwortung geben. Pro Jahr beantworte ich persönlich rund 350 Anfragen, also etwa sieben pro Woche.

Die Anfragen kommen von deutschsprachigen Personen aus der ganzen Welt, überwiegend aus Deutschland. Als webbasiertes Angebot hat die Ex-

pertensprechstunde keinen regionalen Bezug und keine lokalen Kooperationspartner. Die einzigen Ressourcen für die Vermittlung in regionale Beratungsstrukturen stellen die Verzeichnisse dajeb.de für Deutschland und beratungsstellen.at für Österreich dar. Für die Schweiz gibt es kein entsprechendes Verzeichnis.

Handelt es sich bei diesem Angebot um Krisenintervention oder um Krisenprävention? Im Informationstext auf der Auftaktseite heißt es ausdrücklich: »In Krisenzeiten wenden Sie sich deswegen an die entsprechenden Stellen«. Was bedeutet das eigentlich bzw. wie verstehen es die Ratsuchenden? Zunächst ist zu sagen, dass »Krise« definiert werden kann als eine Situation, in der die Ressourcen des Individuums und seines Umfeldes subjektiv nicht ausreichen zur Problembewältigung. In diesem Sinne sind sicherlich viele Anfragende in einer Krise, auch wenn sie nicht unbedingt Klienten eines »realen« Krisendienstes wären, oder sie kennen einfach die »entsprechenden Stellen« vor Ort, an die sie sich wenden könnten, nicht. Erfolgreiche Krisenintervention bedeutet daher nicht notwendigerweise »Lösung des Problems«, sondern »Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit« oder genauer »Wiederherstellung der Zuversicht, mit der Situation erfolgreich umgehen zu können«.

Ich möchte im Folgenden einige typische Situationen, die in der Beratungsarbeit immer wiederkehren, beschreiben.

Die häufigste Situation ist die akute oder chronische Überforderung in der Sorge um einen Angehörigen – in diesem Kontext werden Fragen gestellt wie »Ist eine psychische Störung Ursache des Verhaltens?«, »Ist Hilfe möglich, und wenn ja, von wem?«. Oft geht es um die Frage der Verantwortung für einen anderen, der für sich selber keine Verantwortung übernimmt: Wie kann man sich entscheiden, wenn der Betroffene sich vielleicht das Leben nimmt, falls man, wie er verlangt, nichts unternimmt, um ihm zu helfen, vielleicht aber auch gerade, weil man etwas tut und er das als Vertrauensbruch erlebt? Kann man jemanden »im Stich lassen« der sich nicht helfen lässt und einen selber mit ins Unglück zieht? Nicht selten ist der Hintergrund einer Anfrage, dass Angehörige sich in der Verantwortung sehen, etwas tun zu müssen, dass sie tatsächlich rechtlich gar nicht tun können, z. B. einen Volljährigen »einweisen zu lassen«. Hier bietet sich der Hinweis auf die Angehörigenselbsthilfe an.

Grundsätzlich unterscheiden sich viele Fragen im Psychiatrienetz nicht von denen, die mir auch in meiner Alltagsarbeit im sozialpsychiatrischen Dienst begegnen, auch da handelt sich ja oft um Fragen bezüglich Dritter.

Im Internet geht es aber auch um Anfragen von Menschen, denen ein Anruf zu wenig anonym wäre, um Anfragen von Hilfesuchenden, die den sozialpsychiatrischen Dienst überhaupt nicht kennen und um Fragen nach einer medizinischen Zweitmeinung.

Es lassen sich auch einige spezielle Nutzergruppen in der Internetberatung beschreiben. Zunächst fällt eine starke Nutzung durch ältere Angehörige chronisch psychisch Kranker auf. Bei Personen dieser Altersgruppe hätte man nicht ohne weiteres vermutet, dass sie ein Angebot im Internet nützen würden. Eine weitere starke Gruppe sind junge Frauen, die aus dem Elternhaus ausgezogen sind und sich nun Sorgen um ein chronisch psychisch krankes Elternteil machen – wer übernimmt jetzt die Verantwortung für den psychisch kranken Elternteil, wer schlichtet den Streit zwischen den Eltern, wer soll »das Schlimmste« abwenden? Eine weitere Gruppe, die nur im Netz auftritt, sind Minderjährige, die nach der Möglichkeit einer Psychotherapie ohne Information der Eltern fragen. Eine andere sehr schwierige Gruppe sind Frauen in Gewaltbeziehungen, die danach fragen, ob es eine Therapie für ihren Partner gibt oder aber ob sie selber eine Therapie machen können, um ihren Partner weniger zu Gewalttätigkeit zu reizen. Hier steht, je nach Ausmaß der Gefährdungssituation, der Hinweis auf Gewaltschutzgesetz, Beratungsstellen gegen häusliche Gewalt, Frauenhaus oder Jugendamt (wenn Kinder im Spiel sind) im Vordergrund, und ich versuche in meiner Beratung, den Fokus von der Frage, ob ein Partner psychisch krank ist, »nicht dafür kann« und Hilfe braucht, auf den Eigenschutz der Fragestellerin zu verschieben. Weiterhin werden gelegentlich Fragen nach therapeutischem Missbrauch gestellt: Psychotherapie Patienten und Patientinnen erkundigen sich, ob das, was der Therapeut oder die Therapeutin mit ihnen tut, tatsächlich in Ordnung sein kann. Eine weitere Gruppe, die das Internet nutzt um Auskünfte einzuholen, sind Menschen mit sehr großem Misstrauen gegen das Hilfesystem, aber großem Informationsbedarf.

Die Beratung verläuft in der Regel kurz, normalerweise sind die Anfragen nach einer Antwort abgeschlossen. Nur selten gibt es ein bis zwei Nachfragen, es kommt aber nicht zu längeren Beratungsepisoden. Das entspräche auch nicht der Zielsetzung, die Expertensprechstunde will ja unterstützen, Zugang zu den konkreten Hilfen vor Ort zu gewinnen. Einige wenige Fragesteller melden sich im Lauf der Jahre wieder, zum Teil unter Bezug auf frühere Anfragen.

Manche Anfragen sind sehr kurz und enthalten wenig konkrete Angaben. In solchen Fällen schreibe ich dem Fragesteller, welche Fragen sich mir

stellen, wenn ich über eine Antwort nachdenke, und welche Möglichkeiten sich daraus jeweils ergeben.

Aus meiner Sicht ist das Besondere an der Beratung über E-Mail, dass nur das geschriebene Wort zur Verfügung steht, ohne den geringsten Hinweis auf den Kontext und ohne die Möglichkeit, direkt nachzufragen, wenn etwas unklar ist. Anders als bei einer Telefonberatung oder einem persönlichen Kontakt, wo man über Stimme, und beim direkten Kontakt auch Mimik und Gestik, parallel zu den gesprochenen Worten eine Unzahl von Informationen erhält, die helfen, eine passende Antwort zu finden, liegt hier nur der meist knappe Text vor. Alles, was man wirklich mitteilen will, muss man entweder sofort schreiben ohne eigentlich zu wissen, an wen und wie es ankommt oder aber ganz darauf verzichten. Ganz gleich, wie und was man schreibt, ist es höchst ungewiss, ob der Fragesteller seinerseits darauf reagiert. Es ist so etwas wie ein Briefwechsel per Flaschenpost.

Ein ungelöstes Problem bei dieser Form der Beratung ist der Datenschutz. Die Kommunikation verläuft zwar über einen sicheren Server mit Authentifizierung, aber Anfragen wie Antworten werden unverschlüsselt versandt. Etliche Anfragen kommen von unerfahrenen Internetnutzern, und immer wieder scheitern Antworten an fehlerhaft eingegebenen E-Mail-Adressen. Eine Verschlüsselung, bei der vor der Anfrage der Austausch von Schlüsseln erforderlich wäre, dürfte die Zugänglichkeit deutlich verschlechtern und die Schwelle zur Anfrage erhöhen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Expertensprechstunde ein niederschwelliges Angebot ist, jedenfalls sofern Zugang zum Internet gegeben ist. Besonders für Personen im SGB II Bezug mit Sanktionen ist das bekanntermaßen nicht selbstverständlich. In Krisen an der Grenze zum Notfall ist das Angebot ungeeignet. Hier könnten nur reale »vor-Ort« Dienste hilfreich sein. Krisen aber, die durch fehlende Information über vorhandene Ressourcen ausgelöst werden oder auch durch die unrichtige Meinung, es bestünde überhaupt eine bestimmte Handlungsoption, können gut aufgelöst werden, indem den Ratsuchenden die geeigneten Ansprechpartner, Wege und Maßnahmen benannt werden (sehr oft ist der Ansprechpartner dann der Sozialpsychiatrische Dienst am Wohnort der betroffenen Person) oder aber z.B. geklärt wird, dass es gar keine rechtliche Grundlage für ein Tätigwerden irgendeiner Stelle gegen den Willen des Betroffenen gibt und sich daher auch niemand schuldig macht, der das nicht versucht. Damit ist zwar nicht unbedingt das grundsätzliche Problem behoben, aber die Krise, die daraus entstanden war, dass sich alle Überlegungen auf eine illusorische

Handlungsoption fokussierten, ist aufgelöst und es kann die Suche nach umsetzbaren Lösungen wieder aufgenommen werden. Dabei spielen dann Angehörigen- und Betroffenen-Selbsthilfe, wie auch Beratungsstellen und Sozialpsychiatrischer Dienst vor Ort, eine wichtige Rolle.

Der grundsätzliche Unterschied zu Kriseninterventionsangeboten vor Ort ist, dass bei der Internetberatung der Kontext der Krise und die Ressourcen des Umfeldes, wie der anfragenden Person, nicht erschlossen werden können, sofern sie nicht schon in der Anfrage benannt werden, ganz anders als bei einem Hausbesuch, wo man unmittelbar in das Lebensumfeld der betroffenen Person eintreten kann.

Krisenhilfe in Solingen und in der Integrierten Versorgung

Nils Greve

Der Solinger Krisendienst hat seine Ursprünge in der Frühzeit der Psychiatriereform: Etwa ab 1980 begann der Psychosoziale Trägerverein Solingen mit dem Aufbau eines aufsuchenden Dienstes, und seit rund dreißig Jahren hat der Dienst seine heutige Form.

Leitidee war die Bereitstellung eines jederzeit leicht erreichbaren, gestuften Dienstes, der es Solinger Bürgern ermöglichen sollte, psychische Krisen möglichst ohne Klinikaufnahme zu bewältigen, in ihrer gewohnten Umgebung oder doch zumindest in ihrer Stadt und unter Einbeziehung der relevanten Personen ihres sozialen Umfelds (Angehörige, rechtliche Betreuer, Arbeitskollegen und Arbeitgeber, Freunde und Vertrauenspersonen). Die gewohnten sozialen Bezüge und die Nähe zum Alltagsleben sollen möglichst erhalten bleiben, während andererseits die jeweils erforderliche Unterstützung und Entlastung zur Verfügung gestellt wird.

Der Krisendienst leistet rund um die Uhr eine Soforthilfe im Sinne einer pragmatischen, der jeweiligen Situation angepassten Krisenintervention: Klärung der Situation und des Hilfebedarfs, Gefahrenabwehr, Beratung, Entlastung und Vermittlung weiterführender Hilfen.

Organisation des Solinger Krisendienstes

Wir sind rund um die Uhr mit einer psychosozialen Fachkraft *telefonisch erreichbar*. Wenn eine telefonische Beratung nicht ausreicht, kann innerhalb Solingens jederzeit ein *Hausbesuch* erfolgen, ebenfalls durch eine/n berufserfahrene/n Professionelle/n. – Für die anderenorts übliche Doppelbesetzung des aufsuchenden Krisendienstes reicht der zur Verfügung stehende Personalpool leider nicht aus. Immerhin sind die an dieser Stelle befürchteten gefährlichen Situationen seit dem Bestehen des Krisendienstes sehr selten geblieben; wir bitten bei absehbaren Komplikationen die örtliche Polizei um Unterstützung und haben damit überwiegend gute Erfahrungen gemacht.

Als dritte Stufe des Krisendienstes existiert seit Mitte der 1980-er Jahre eine *Krisenwohngruppe*, in der jederzeit ein »Notbett«-Platz zur Sofortaufnahme zur Verfügung steht. Es handelt sich nach meiner Kenntnis um die mit Abstand ältesten Krisenbetten in Deutschland. Die Krisenwohngruppe

(früher etwas missverständlich »Krisenstation« genannt) hat insofern eine ungewöhnliche Entwicklung genommen, als sie seit 1991 mit der Tagesklinik verbunden ist: Ein Teil ihrer Bewohner ist gleichzeitig Patient/in der Tagesklinik. Sie hat aber den Charakter einer niederschweligen Zufluchtsstätte behalten; sie organisiert kein eigenes »Therapieprogramm«, sondern bietet alltägliches Zusammenleben mit jederzeit erreichbarer professioneller Unterstützung. Das Konzept orientiert sich an den Ideen der Soteria-Häuser, allerdings mit deutlich geringerem Personaleinsatz.

Wir erhalten einen Betriebskostenzuschuss der Stadt Solingen und für die Krisenwohngruppe eine Teilfinanzierung durch die Krankenkassen. Letztlich kann der Dienst aber nur durch Synergien mit den übrigen, regel-finanzierten Angeboten des Vereins aufrechterhalten werden. Tagsüber verfügt die Krisenwohngruppe über ein eigenes kleines Team, der telefonische Krisendienst wird auf mehrere Teams verteilt, und die ohnehin aufsuchend arbeitenden Kolleg/innen des »Betreuten Wohnens« leisten im Bedarfsfall den mobilen Krisendienst.

Nachts und am Wochenende beteiligen sich nahezu alle psychosozialen Fachkräfte – Sozialarbeiter und -pädagogen, Fach-/Pflegerkräfte, Psychologen, Ärzte usw. – entweder am Bereitschaftsdienst im Haus, der für die Krisenwohngruppe zuständig ist und gleichzeitig das »Krisentelefon« bedient, oder an der Rufbereitschaft des mobilen Krisendienstes.

Praktische Erfahrungen

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 677 Krisenkontakte dokumentiert. Allerdings gehen wir davon aus, dass die tatsächliche Zahl deutlich höher war, zum einen wegen unzureichender Zuverlässigkeit der Dokumentation, zum anderen wegen der unscharfen Grenze zwischen eigentlichen Krisensituationen und anderweitigen spontanen Kontaktaufnahmen durch Klienten oder Angehörige. Der Krisendienst wird überwiegend durch Klienten des Trägervereins in Anspruch genommen, aber immerhin rund ein Drittel der Kriseninterventionen gilt Personen, die bisher mit dem Solinger Hilfesystem noch nicht in Kontakt waren. Diese Zahlen sind in der Größenordnung seit vielen Jahren gleich geblieben.

Eine ebenfalls seit Jahren konstante Erfahrung geht dahin, dass das Vorhandensein eines Krisendienstes ihn häufig schon überflüssig macht: Allein das Wissen, dass man jederzeit Hilfe erhalten kann, beruhigt viele Situationen schon so, dass es zu eskalierenden Krisen gar nicht erst kommt.

Insbesondere die Existenz von Krisenbetten mit dem jederzeit verfügbaren Notbett macht vielfach eine Aufnahme in die zuständige Fachklinik in der Nachbarstadt Langenfeld entbehrlich. Klienten können in akut zugepitzten Situationen diese betont informelle und institutionsferne Zufluchtsmöglichkeit als Alternative nutzen und dadurch einen selbstbestimmteren Umgang mit dem psychiatrischen Hilfesystem erwerben (siehe den Beitrag von Beate Schmidt in diesem Band).

Sofern über die Krisenintervention hinaus weiterführende Hilfen erforderlich werden, können sie häufig vom selben Träger angeboten werden, zum Beispiel durch die Tagesklinik oder ihre Institutsambulanz, den Integrationsfachdienst, die ambulante Ergotherapie oder die Eingliederungshilfen zum Wohnen und zur Tagesstrukturierung. Durch die laufende Zusammenarbeit der Teams sind die Wege innerhalb des Vereins kurz.

Auch mit der Langenfelder Klinik bemühen wir uns schon seit den Anfängen des Vereins um eine enge Zusammenarbeit. Wir suchen die Akutstationen, auf denen Solinger Bürger behandelt werden, wöchentlich einmal auf und sprechen mit Patienten, Pflorgeteams und Ärzten. Bedingt durch den häufigen Personalwechsel vor allem bei den Ärzten, ist diese Zusammenarbeit allerdings auch nach drei Jahrzehnten auf die »zugehende Betreuung« der Klinik durch uns angewiesen. Erst in jüngster Zeit zeichnet sich hier nach einem Leitungswechsel eine Veränderung ab.

Insgesamt bedeutet die Aufrechterhaltung des relativ umfangreichen Krisendienstes neben ihrer sonstigen Tätigkeit eine erhebliche Anstrengung für die beteiligten Mitarbeiter. Immerhin erleben wir die telefonischen und aufsuchenden Kontakte und die Möglichkeit der Aufnahme in ein Krisenbett oft als unmittelbar hilfreich und sinnvoll, aber um die Standards der Krisenintervention muss trotzdem immer wieder gerungen werden. Ein Beispiel: Wenn trotz der Möglichkeiten vor Ort eine Klinikaufnahme erforderlich wird, begleitet der Krisendienst die Aufnahme in der Regel bis zur Klinikstation, um den Kontakt zum Klienten zu halten und dem Klinikpersonal möglichst viele Informationen zu liefern. Dieser sehr aufwändige Standard wird über die Jahre immer wieder hinterfragt, vor allem dann, wenn der Eindruck entsteht, dass einzelne Klienten die Mitarbeiter als »kostenloses Taxi« missbrauchen.

Gemeindepsychiatrischer Verbund Solingen

Seit dem Implementationsprojekt der AKTION PSYCHISCH KRANKE besteht in Solingen (155 000 Einwohner) eine Hilfeplankonferenz für Leistungen der Eingliederungshilfe, deren Mitglieder sich zur Gründung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) entschlossen haben. Im Vergleich zu vielen anderen Regionen ist der GPV mit neun Mitgliedern recht überschaubar, die Kooperationsstrukturen sind vergleichsweise informell. Neben der gemeinsamen Hilfeplankonferenz hat der GPV ein einrichtungsübergreifendes System koordinierender Bezugspersonen projektiert.

Bemühungen um einen von allen GPV-Mitgliedern gemeinsam getragenen Krisendienst blieben allerdings erfolglos, trotz einer insgesamt sehr guten Zusammenarbeit sowohl in Einzelfällen als auch auf kommunalpolitischer Ebene. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass jeder Anbieter von Leistungen der Eingliederungshilfe dem Kostenträger gegenüber zusichern muss, seinen Klienten auch Hilfe bei Krisen zur Verfügung zu stellen.

Ebenso erfolglos waren wiederholte Versuche, die – einschließlich der Mitarbeiter des Psychosozialen Trägervereins – immerhin fast zwanzig Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie zu einem eigenen fachärztlichen Notdienst zu gewinnen. Hier überwogen wohl die Bedenken, vom allgemeinen kassenärztlichen Notdienst über Gebühr in Anspruch genommen zu werden.

Infolgedessen gehen leider die meisten Zwangseinweisungen (überwiegend nach PsychKG, betreuungsrechtliche Einweisungen sind deutlich seltener) aus Solingen in die Langenfelder Fachklinik am existierenden Krisendienst vorbei. Die Ordnungsbehörde und der allgemeine ärztliche Notdienst der KV arbeiten als Parallelsystem und sehen bisher keine Notwendigkeit, mit der Einweisungsprozedur auf die Anreise unserer Rufbereitschaft zu warten. Diese missliche Situation wäre wohl nur zu ändern, wenn der Krisendienst ein verpflichtender Bestandteil jedes PsychKG-Verfahrens würde.

Mit anderen Diensten und Einrichtungen arbeitet der Krisendienst dagegen ausgesprochen eng zusammen. Zu nennen sind hier vor allem die städtische »Notschlafstelle für Jugendliche und junge Erwachsene« und das Solinger Frauenhaus.

Integrierte Versorgung

Im zweiten Teil meines Beitrags beschreibe ich kurz den neuen Vertragstypus der Integrierten Versorgung (IV), der zuerst von der Techniker Krankenkasse und dem Dachverband Gemeindepsychiatrie unter dem Namen »Netzwerk psychische Gesundheit« eingeführt wurde und mittlerweile eine große Verbreitung gefunden sowie einige ähnliche Verträge angeregt hat. Mit der Umsetzung dieser Verträge sind in den beteiligten Regionen neue Möglichkeiten der Krisenhilfe verbunden, die große Ähnlichkeit mit dem Solinger Krisendienst haben.

Verträge der »Integrierten Versorgung« (§§ 140 a bis d SGB V) werden von einzelnen Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringern, Gruppen von Leistungserbringern oder Managementgesellschaften abgeschlossen, um Grenzen zwischen medizinischen Fachgebieten oder Versorgungssektoren durchlässiger zu machen oder zu überwinden. Diese noch relativ junge Gesetzesvorschrift hat in der Psychiatrie eine heterogene Landschaft von meist kleinräumigen Verträgen hervorgebracht, die häufig nur wenig strukturelle Innovationen der Versorgungslandschaften initiieren konnten.

Der Vertrag »Netzwerk psychische Gesundheit« (NWpG) wird seit 2009 umgesetzt und hat seitdem eine erhebliche Verbreitung in nunmehr elf der 16 Bundesländer erfahren. Seitens der Krankenkassen sind neben der Techniker Krankenkasse die KKH, die AOK Rheinland/Hamburg und in einzelnen Regionen weitere Kassen beteiligt. Etwa 7000 Versicherte dieser Kassen haben sich mittlerweile eingeschrieben (Stand Oktober 2013), Tendenz weiter wachsend. Der Vertrag ist somit der quantitativ größte IV-Vertrag im Bereich der Psychiatrie.

Mit ganz ähnlichen Inhalten hat die »Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität Service plus AG« (GWQ), eine Managementgesellschaft von und für Betriebskrankenkassen, den Vertrag »Seelische Gesundheit leben« (*SeGel*) aufgelegt, der in etwa den gleichen regionalen Umfang hat wie der NWpG-Vertrag, aber bisher eine deutlich geringere Teilnehmerzahl. Regional gibt es mittlerweile noch weitere, ähnliche Verträge mit einzelnen Krankenkassen.

Alle diese Verträge verfolgen das Ziel, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten so zu vernetzen und durch ergänzende Angebote zu ertüchtigen, dass stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung nur noch dann zustande kommt, wenn sie tatsächlich erforderlich ist, also nicht mehr als »Lückenbüsser« wegen fehlender ambulanter, ggf. aufsuchender Versorgung.

Für die Krankenkassen ist die Einsparung bei den Krankenhauskosten somit ein primäres Zielkriterium.

Inhalt der Verträge sind zusätzliche, d. h. über die Regelversorgung hinausgehende und sie ergänzende Behandlungsleistungen. Beginnend mit einem »Assessment« und einer Behandlungsplanung, können Soziotherapie, psychiatrische Pflege, Psychoedukation und psychotherapeutische Krisenintervention je nach Erfordernis eingesetzt werden. Im Kern der Vertragsleistungen stehen die kontinuierliche Begleitung der Teilnehmer durch koordinierende Bezugspersonen (»Fallmanager«), die Netzwerkarbeit mit der Einbeziehung von Angehörigen und weiteren relevanten Bezugspersonen sowie der jederzeit verfügbare dreistufige Krisendienst aus telefonischer Beratung, aufsuchender Krisenhilfe und Krisenbetten, ähnlich dem Solinger Modell. Alle Vertragsleistungen sollen je nach Bedarf aufsuchend erbracht werden (Home Treatment).

Die Regelbehandlung – ärztliche Behandlung, Psychotherapie usw. – läuft neben dem Vertragsgeschehen weiter, soll aber selbstverständlich so eng wie möglich einbezogen werden, insbesondere durch das gemeinsam von Arzt und Bezugsperson mit dem Patienten durchzuführende halbjährliche Assessment und laufende Absprachen der Bezugsperson mit allen an der Behandlung Beteiligten.

Die Vertragsleistungen werden in den meisten Verträgen durch Jahrespauschalen pro eingeschriebenen Teilnehmer vergütet, die sich – gestaffelt in mehrere Vergütungsgruppen – aus den durchschnittlich zu erwartenden Krankenhauskosten ergeben. Zur Berechnung dieser prospektiven Kosten werden neben der Diagnose weitere anamnestische Daten herangezogen, nämlich die bisherigen Aufwendungen für Krankenhausbehandlung und/oder Krankengeld sowie bisherige Psychopharmaka-Verordnungen. Für Kalenderjahre ohne Krankenhausaufnahmen wird ein zusätzlicher Bonus gezahlt, bei Krankenhausaufnahmen wird im Gegenzug eine deutlich höhere Maluszahlung fällig. Damit soll ein zusätzlicher finanzieller Anreiz für die Leistungserbringer geschaffen werden, das Ziel einer Krankenhausvermeidung mit Nachdruck zu verfolgen.

Teilnehmen können Versicherte der beteiligten Krankenkassen mit Diagnosen aus dem Bereich der Allgemeinen Psychiatrie, also einem relativ breiten Diagnosespektrum; hirnorganische Erkrankungen sowie Suchtprobleme sind weitgehend ausgeschlossen. – Die Vertragsbedingungen sind hier nur summarisch dargestellt, sie unterscheiden sich geringfügig in den einzelnen Verträgen.

Vertragspartner auf der Seite der *Leistungserbringer* sind überwiegend regionale Managementgesellschaften, zu denen sich Anbieter komplexer gemeindepsychiatrischer Hilfen zusammengeschlossen haben. Diese Anbieter sind in der Regel gleichzeitig die hauptsächlichen Leistungserbringer vor Ort, also in dem von ihnen ohnehin versorgten Gebiet. Sie bauen dann auch den örtlichen dreistufigen Krisendienst auf, soweit er nicht ohnehin schon existiert.

Ergänzend können je nach lokalem Bedarf niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Krankenhäuser (vor allem ihre Institutsambulanzen), Soziotherapeuten, Pflegedienste und weitere Leistungserbringer aus dem kassenfinanzierten Bereich des SGB V hinzukommen.

Beispiel Nordrhein-Westfalen

Vertragsnehmer für das Bundesland Nordrhein-Westfalen ist die *GpG NRW* (Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gemeinnützige GmbH), die Anfang 2011 von zunächst 13 regionalen gemeindepsychiatrischen Trägern gegründet wurde. Sie hat mittlerweile 18 Gesellschafter. Ihr Ziel ist der Abschluss von Verträgen nach dem NWpG-Muster und ihre schrittweise Umsetzung in NRW.

Die GpG NRW ist alleiniger Vertragspartner der Krankenkassen für diese Verträge und schließt ihrerseits Verträge mit allen Leistungserbringern ab. Auf der Ebene der Managementgesellschaft werden diejenigen Leistungen erbracht, für die sich eine überregionale Struktur eignet, also das landesweite Netzmanagement und die Akquise weiterer Leistungserbringer, die Versorgungskoordination, die Bereitstellung und Wartung der Dokumentations-Software, der laufende Schriftverkehr und die Abrechnung mit den Kassen sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung (Erarbeitung von Qualitätsstandards, Fortbildungsmaßnahmen, Qualitätszirkel).

Alle patientenbezogenen Leistungen werden von den GpG-Vertragspartnern vor Ort erbracht: regionale Koordination, Fallmanagement und alle Behandlungsleistungen. Mit dieser Aufgabenteilung verbinden wir das gemeindepsychiatrische Prinzip der Verankerung und Vernetzung in kommunalen Strukturen (regionale Versorgungsverantwortung) mit einer effizienten großräumig organisierten Verwaltungsorganisation und Qualitätssicherung.

Zum Zeitpunkt dieses Beitrages – Anfang November 2013 – haben sich bei der GpG NRW rund 1000 Versicherte der TK, der KKH, der AOK

Rheinland/Hamburg, der pronova BKK, der sbk (Siemens) und weiterer Betriebskrankenkassen in die bisher abgeschlossenen Verträge eingeschrieben. Wir sind in rund 20 Versorgungsregionen tätig, mit Jahresbeginn 2014 werden weitere Vertragspartner ihre Arbeit aufnehmen.

Neben den beschriebenen Verträgen zur Verkürzung und Vermeidung von Krankenhausaufenthalten haben wir mit der Umsetzung von Verträgen zur Verkürzung von Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und der Zahlung von Krankengeld begonnen. Da auch dieses Problem wegen der rapide wachsenden Fallzahlen und Kosten den Krankenkassen auf den Nägeln brennt, rechnen wir mit dem Ausbau dieses Sektors.

Die GpG NRW legt besonderen Wert darauf, neben ihren gemeindepsychiatrischen Gesellschaftern und ähnlichen Leistungserbringern auch niedergelassene (Fach-)Ärzte und Krankenhäuser an den Verträgen zu beteiligen. Bisher haben wir Verträge mit rund 60 Arztpraxen abgeschlossen. In zwei Regionen werden die Vertragsleistungen von gemeindepsychiatrischem Träger und Fachklinik gemeinsam »auf Augenhöhe« erbracht, in etlichen weiteren Regionen verhandeln wir zurzeit über solche Vertragskonstruktionen.

Rund um die NWpG- und weitere Verträge haben sich die gemeindepsychiatrisch getragenen Managementgesellschaften und ihre Leistungserbringer zur *Bundesarbeitsgemeinschaft Integrierte Versorgung* (BAG IV) zusammengeschlossen, einem Fachausschuss des Dachverbands Gemeindepsychiatrie. Der gewählte Sprecherkreis der BAG ist als Ansprechpartner der Krankenkassen zuständig für die Ausweitung und Weiterentwicklung der überregionalen IV-Verträge. Darüber hinaus tauschen sich die BAG-Mitglieder über Fragen der praktischen Umsetzung und der Qualitätsstandards untereinander aus.

Ausblick

Über die schon im ersten Teil beschriebene, rund um die Uhr vorgehaltene dreistufige Krisenhilfe hinaus ist mit den IV-Verträgen ein erweitertes Verständnis wirksamer Vorbeugung und ambulant-aufsuchender Behandlung von Krisen verbunden: durchgängige Bezugsbetreuung und Behandlungs-koordination, Home Treatment, Netzwerkarbeit mit dem relevanten sozialen Umfeld und ein systemisch-psychotherapeutisches Grundverständnis nach dem skandinavischen Modell der Bedürfnisangepassten Behandlung und des Offenen Dialogs.

Erste Auswertungen in den beteiligten Regionen und bei den beteiligten Kassen lassen erwarten, dass mit dieser Konzeption tatsächlich ein beträchtlicher Rückgang der Krankenhausaufenthalte und ihrer Dauer erreicht werden kann. Wir erwarten weitere Aufschlüsse mit belastbaren Ergebnissen von zwei bundesweiten, BMG-geförderten Evaluationsprojekten, die von der Universität Ulm (Prof. Kilian, Prof. Becker) und dem AQUA-Institut Göttingen (Prof. Bramesfeld) getragen werden. Beide Projekte haben eine geplante Laufzeit 2013–2015 und haben kürzlich mit der Umsetzung begonnen.

Sollten sich die Erwartungen der Krankenkassen und der BAG Integrierte Versorgung durch die Untersuchungsergebnisse bestätigen lassen, könnte hoffentlich ein Haupt-Nachteil der IV-Verträge überwunden werden, nämlich ihr selektiver Charakter. Bei Bewährung sollte die ambulant-aufsuchende Komplexbehandlung in die Regelversorgung des öffentlich-rechtlich versicherten Gesundheitswesens übernommen werden.

Soziotherapie und häusliche Krankenpflege - Krisenhilfen im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes?

Michael Konrad

Im Nachgang zu der Psychiatrie-Enquete wurde die Gleichstellung psychisch kranker Menschen im System der sozialen Sicherung festgeschrieben. Dieser Rechtsanspruch war ein Meilenstein für das Versorgungssystem vor allem chronisch psychisch kranker Menschen; die konsequente Umsetzung ist bis heute ausgesprochen schwierig. In gewisser Weise gelungen ist die Umsetzung der Gleichstellung in dem System der stationären Versorgung. Durch die bauliche Veränderung der psychiatrischen Kliniken, ihre Eingliederung in Allgemeinkrankenhäuser, die Etablierung von Tageskliniken sowie die personelle Ausstattung im Rahmen der PsychPV veränderte sich die stationäre psychiatrische Versorgung von der Verwahranstalt zur effizienten Behandlungseinheit. Dieser Effekt manifestiert sich in erster Linie in der Behandlungsdauer, die zwischenzeitlich im Durchschnitt bei 20 bis 25 Tagen liegt; noch vor zwei Jahrzehnten außer in Modellkliniken undenkbar. Der Begriff der Krisenhilfe ist hier zwischenzeitlich ernsthaft anwendbar.

Ganz anders sieht es mit der Gleichstellung in der ambulanten Behandlung aus. Während die ärztliche Grundversorgung sich durch die Etablierung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) deutlich verbessert hat, werden unabdingbar notwendige flankierende Hilfen für psychisch kranke Menschen von der gesetzlichen Krankenversicherung nach wie vor stiefmütterlich behandelt.

Der Übergang von der Langzeitpsychiatrie zur Gemeindepsychiatrie wird hier deutlich gebremst. Nicht nur der Transfer der ärztlichen Hilfen, sondern auch der pflegerischen und sozialen Hilfen aus der Klinik in die Gemeinde, ist die Voraussetzung für eine Versorgung aller chronisch psychisch kranken Menschen in der Gemeinde. Nach langem Vorlauf wurden die Leistungen der ambulanten Soziotherapie im Jahr 2004 und der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege durch Ergänzung um die Nr. 27a des Maßnahmenkatalogs in den Richtlinien nach § 92 SGB V im Jahr 2005 eingeführt.

Die ambulante Soziotherapie hat eine in den Bundesländern höchst unterschiedliche Entwicklung hinter sich. Gestartet wurde sie im Anschluss an ein Modellprojekt, an dem die Region Ravensburg-Bodensee mit den Vereinen »Arkade« und »Pauline 13« sowie dem Zentrum für Psychiatrie

Südwürttemberg beteiligt war¹. Die Projektsitzungen standen von Anfang an unter dem Zeichen geringstmöglicher Kosten und größtmöglicher Einschränkung der Indikationsstellung. Die Definition, wie ambulante Soziotherapie inhaltlich zu definieren ist, zog sich endlos hin und blieb bis zum Schluss vage. Die positive Bewertung des Projekts, die letztlich ausschlaggebend für die Einführung der Soziotherapie als § 37a des SGB V war, resultierte aus dem in der Region Ravensburg-Bodensee erhobenen Befund, dass chronisch psychisch kranke Menschen, die Leistungen im Rahmen des Projekts erhielten, im Folgejahr signifikant weniger Behandlungstage in der psychiatrischen Klinik aufwiesen als im Jahr vor der soziotherapeutischen Begleitung.

Aufgrund dieses Befundes konnten die Verbände der Krankenkassen der Aufnahme der ambulanten Soziotherapie in das SGB V zustimmen, bestanden aber darauf, dass die Vermeidung oder Verkürzung der stationären Behandlung als Indikationskriterium in den Gesetzestext aufgenommen wird. Die Praxis der Soziotherapie, die sich aus dem Beantragungsverfahren und der verfügbaren Stundenzahl von 120 Stunden je Krankheitsfall im Zeitraum von drei Jahren ergab, eignete sich allerdings wenig für die Krisenintervention als vielmehr für ein Angebot des Case-Managements mit einem Schwerpunkt auf begleitender Unterstützung. In der Soziotherapie wurde ein rehabilitatives ambulantes Angebot erbracht, das für die betroffenen, meist schizophren erkrankten Personen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichte. Baden-Württemberg wurde eine Domäne des soziotherapeutischen Angebots, da es bei den dortigen Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) als Kompensation für die entfallene Krankenkassenfinanzierung zunächst exklusiv implantiert wurde. Soziotherapie wurde hauptsächlich für chronisch psychisch kranke Patienten beantragt, die eine intensivere Betreuung als durch den SpDi benötigten und bei denen die Sozialhilfeabhängigkeit durch das Betreute Wohnen vermieden werden sollte. In anderen Bundesländern kam die Soziotherapie nicht oder nur schleppend in Gang. Eine Tagung der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie im Jahr 2010 stellte ein eklatantes Defizit an soziotherapeutischen Angeboten im Bundesgebiet fest, so dass von einem gesetzlich vorhandenen, praktisch aber kaum umgesetzten

1 H. MELCHINGER(1999): Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes -Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker- der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Band 115. Bonn 1999.

Angebot gesprochen werden kann (www.apk-ev.de/Datenbank/downloads/Soziotherapie). 65 % der niedergelassenen Psychiater, die das Angebot ja verordnen müssen, kennen es nach einer Umfrage der KBV nicht. Einen guten Überblick über Geschichte, gesetzliche Grundlagen und praktische Probleme ist über www.wikipedia-soziotherapie.de erhältlich.

Ähnlich kompliziert war die Etablierung der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege im SGB V. Während Leistungen der häuslichen Krankenpflege für somatisch erkrankte Personen immer schon unproblematisch ärztlich zu verordnen waren, eigneten sich die verordenbaren Leistungen für psychisch kranke Menschen nur sehr eingeschränkt. Die zur Bewältigung einer psychischen Krise erforderlichen Maßnahmen setzen auf der kommunikativen Ebene an und sind entsprechend personalintensiv. Von den Regelleistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V ist ausschließlich die Leistung der Behandlungspflege für psychisch kranke Menschen passend. Diese Leistung ist jedoch rechtlich zur Sicherung der ärztlichen Behandlung geeignet und damit bestenfalls ein Mittel der Sekundärprävention. Dies spiegelt sich auch in der Vergütung wieder, die ohne An und Abfahrt eine Präsenzzeit der Pflegefachkraft von 5–10 Minuten hergibt. Um diese untragbare Situation zu lösen, wurde in den 1980er Jahren im Rheinland eine Vereinbarung mit bestimmten Krankenkassen getroffen, wonach definierte Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege in angemessener Höhe entgolten wurden. Dies war der Ausgangspunkt für eine bundesweite Einführung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Mit der Ergänzung der Richtlinien um die Nr. 27a als Häusliche Krankenpflege Psychisch Kranker (HKPsych) wurde die Grundlage gelegt. Allerdings ist die Indikation – wie in der Soziotherapie – auf bestimmte Diagnosen beschränkt, die Reduktion der Funktionsstörungen muss in der Pflegeplanung vorhersehbar sein, die Leistung darf nur vier Monate, darüber hinaus mit abnehmender Intensität, erbracht werden und das Antragsverfahren ist wie in der Soziotherapie kompliziert und aufwändig. Auch bei der HKPsych sprechen kritische Stimmen von einer Verhinderungsleistung. Für Leistungserbringer ist die psychiatrische Pflege unattraktiv, da mit Ausnahme von wenigen Bundesländern keine auskömmlichen Entgelte verhandelt werden konnten.

Trotz aller Widrigkeiten können im Gemeindepsychiatrischen Verbund des Landkreises Ravensburg beide Leistungen als auch die Leistung der ambulanten Ergotherapie erbracht werden. Die ambulante Soziotherapie wird von Arkade e. V. erbracht, die gleichzeitig Träger des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie verschiedener Formen des Betreuten Wohnens und einer

Maßnahme zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK) ist. Häusliche Krankenpflege in umfassender Form (HKPsych, Behandlungspflege mit dem Schwerpunkt Medikamentengabe und Leistungen nach SGB XI) wird von dem Geschäftsbereich Wohnen der Zentren für Psychiatrie und Psychotherapie (ZfP) Südwürttemberg erbracht, der gleichzeitig Träger verschiedener Formen des Betreuten Wohnens und eines Fachpflegeheims ist. Ambulante Ergotherapie ist in Trägerschaft des Geschäftsbereichs Arbeit und Reha des ZfP Südwürttemberg, das auch Träger der Psychiatrischen Institutsambulanzen mit Standorten innerhalb und außerhalb der Klinik ist. Mit Hilfe der Auswertung der Basisdokumentation, die von allen Einrichtungen des GPV jährlich für jeden Klienten gemacht wird, soll der Frage nachgegangen werden, ob die Leistungen der Soziotherapie und der häuslichen Krankenpflege zur Krisenhilfe im Gemeindepsychiatrischen Verbund Ravensburg genutzt werden können.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) im Landkreis Ravensburg

Neben Arkade e.V. und ZfP Südwürttemberg wird der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) gebildet von den Trägern Anode gGmbH (Wohnen für Suchtkranke), BruderhausDiakonie Wohn- und Arbeitsangebote), Sprungbrett gGmbH und Stephanuswerk (WfbM) sowie dem Landkreis Ravensburg.



Abb. 1: Struktur des Gemeindepsychiatrischen Verbundes

Ziel des Gemeindepyschiatrischen Verbundes ist es, den psychisch beeinträchtigten/erkrankten Menschen des Kreises *die von ihnen benötigten Hilfen* bereitzustellen. Die Träger der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen übernehmen eine *gemeinsame Versorgungsverpflichtung*, nach der alle chronisch psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf unabhängig von der Schwere ihrer Beeinträchtigung fachliche Unterstützung erhalten sollen. Der Anspruch Versorgungsverpflichtung wird auf der Ebene der Leistungssteuerung in der Trägerkonferenz, auf der Ebene der Fallsteuerung in der Hilfeplankonferenz (HPK) umgesetzt. Sowohl die Trägerkonferenz als auch die HPK wird von Leistungs- und Einrichtungsträgern der Eingliederungshilfe dominiert. Es ist allerdings von Anfang an ein Anspruch der HPK, die Leistungen der Rehabilitations- und Krankenversicherungsträger einzubeziehen. Seitens der Leistungserbringer ist die Klinik mitsamt der PIA Mitglied des GPV.

Auswertung der Basisdokumentation GPV

Die strukturellen Voraussetzungen sind gegeben, um Krisenhilfen im Landkreis Ravensburg ambulant zu erbringen. Wie aber sieht die Realität aus, welche Hilfen werden für wen erbracht, und tragen sie dazu bei, Klinikaufnahmen zu vermeiden. Im Jahr 2012 erhielten insgesamt 1928 Klienten Leistungen in den Einrichtungen und Diensten des GPV, die meisten in den betreuten Wohn- und Arbeitsangeboten der Eingliederungshilfe (990) und 461 vom Sozialpsychiatrischen Dienst. Immerhin ein Drittel der Klienten erhielten ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), nämlich 682.

Im Hinblick auf die Diagnosen erhalten vor allem Personen mit schizophrenen Psychosen, affektiven Störungen und (Borderline) Persönlichkeitsstörungen Leistungen im GPV (Abb. 2).

Bei diesen drei Diagnosegruppen zeigt sich ein deutlicher Unterschied bei der stationären Krisenintervention. Während lediglich etwas mehr als ein Viertel der Personen mit schizophrenen Psychosen und affektiven Störungen 2012 stationär behandelt wurden, war das bei etwas mehr als einem Drittel der Personen mit Persönlichkeitsstörungen der Fall (Abb. 3, S. 158).

Ein Viertel der 448 Klienten des SpDi erhielten Leistungen der ambulanten Soziotherapie, zu einem kleineren Teil in Verbindung mit anderen GKV-Leistungen. Mit wenigen Ausnahmen handelte es sich dabei um Personen mit schizophrenen Psychosen. Durch die Richtlinien findet demnach

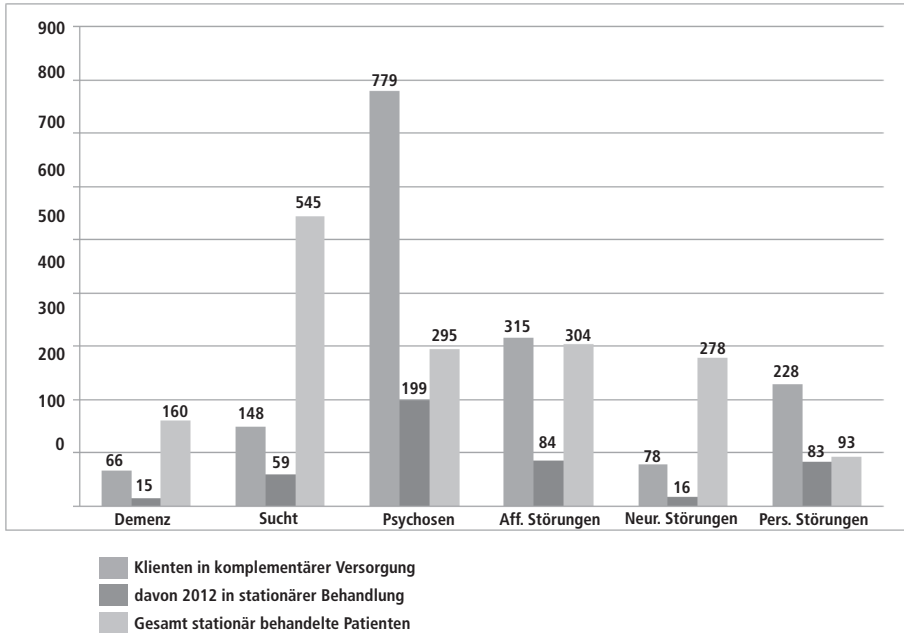


Abb. 2: Häufigkeit der Aufnahmen von Klienten der komplementären Versorgung in stationäre Behandlung

eine Reduktion auf eine Klientengruppe statt, die insgesamt etwas weniger als die Hälfte der Personen des SpDi ausmacht. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind aus den Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen. Klienten, die Leistungen der Soziotherapie erhielten, wurden 2012 etwas häufiger und länger stationär behandelt als die Gesamtheit der SpDi-Klienten. Die Leistungen der häuslichen Pflege spielen im SpDi eine geringere Rolle (7,5%). Die Klienten, denen die Betreuungsintensität des SpDi ausreicht, werden ärztlich auch häufiger von einem niedergelassenen Nervenarzt betreut als von der PIA. Obwohl es sich eindeutig um den Personenkreis der chronisch psychisch Kranken handelt, scheint der überwiegende Teil der Klienten nicht institutionelle Hilfen zu präferieren.

Anders sieht es im Ambulant Betreuten Wohnen (ABW) aus. Obwohl ABW in der Regel nicht wie ein institutionelles Angebot wirkt, wie die hohe Zahl der Allein- oder Zweierwohnenden zeigt, werden hier institutionelle Angebote – meist zwangsläufig – häufiger in Anspruch genommen. Dies zeigt sich zunächst an der Inanspruchnahme des fachärztlichen Angebots. Mit

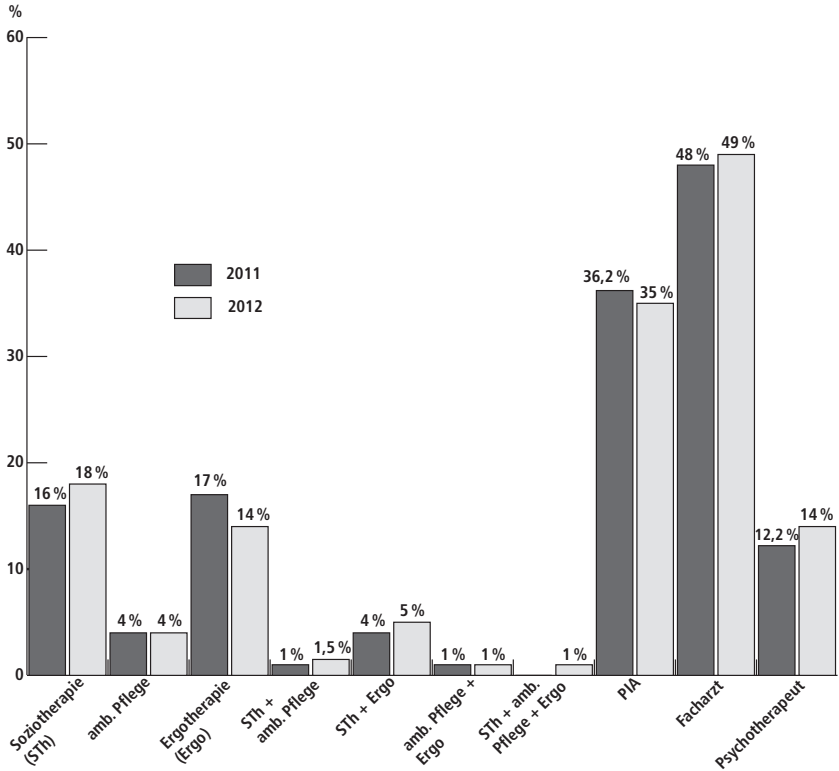


Abb. 3: Leistungen der GKV bei Klienten des SpDi 2011/2012

61 % PIA und lediglich 24 % niedergelassener Facharzt ist die Inanspruchnahme dem SpDi geradezu gegenläufig. Dabei spielt sicherlich auch die häufig diskutierte »geringe Wartezimmerfähigkeit« dieser Klienten eine Rolle. Grundsätzlich kann allerdings bemerkt werden, dass in den ambulanten Angeboten im GPV eine im Vergleich zu anderen Regionen das fachärztliche Angebot von den meisten Klienten in Anspruch genommen wird.

Dies wäre eine gute Voraussetzung für die Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Pflege zu Krisenintervention. Immerhin mussten 2012 jeweils ein Viertel der Klienten von SpDi und ABW eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen. Wie das unten stehende Schaubild zeigt, wurden die Leistungen des Ambulanten Pflegedienstes aber nur von einem Achtel der 420 Klienten des ABW in Anspruch genommen. Dabei handelt es sich vornehmlich um stärker chronifizierte Klienten des ABW des Geschäftsbereichs

Wohnen am ZfP Südwestwürttemberg, der gleichzeitig Träger des ambulanten Pflegedienstes ist mit Leistungen der Medikamentengabe. Für den größeren Teil der Klienten des ABW bleibt die Möglichkeit der Begleitung in Krisensituationen durch psychiatrische Pflege nach HKPsych ungenutzt.

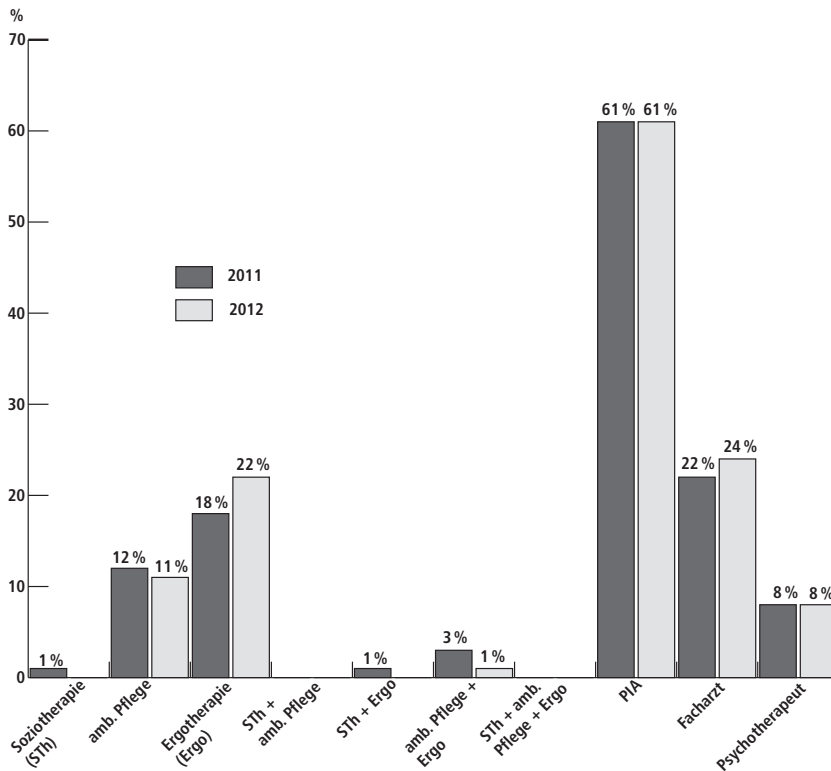


Abb. 4: Zusätzliche Leistungen der GKV bei Klienten des ABW 2011/2012

Soziotherapie wird von den Klienten des ABW praktisch nicht genutzt. Ob die Leistung der Soziotherapie für die Klienten des ABW eine Unterstützung zur Bewältigung von Krisen darstellen könnte, sei dahingestellt. Die Leistungen der ambulanten Soziotherapie könnten jedoch eine sinnvolle Unterstützung bei dem Prozess der Ambulantisierung des betreuten Wohnens im Landkreis Ravensburg sein. Zwischen 2003 bis 2012 verkehrte sich das Verhältnis zwischen ambulant und stationär betreutem Wohnen von 1/3 zu 2/3 auf 2/3 zu 1/3. Der Einstieg in das System der gemeindepsychiatrischen Hilfen erfolgt zwischenzeitlich in nahezu allen Fällen über Leistungen des ABW.

Die soziotherapeutische Begleitung bei der Ablösung aus dem Elternhaus oder der Bewältigung von sozial problematischen Situationen könnte daher im Sinne einer Sekundärprävention im Hinblick auf psychische Krisen wirken. Allerdings ist davon auszugehen, dass von Seiten der Krankenkassen Schwierigkeiten bei der Bewilligung der Soziotherapie zu erwarten wären. Sie argumentieren in solchen Fällen häufig mit der Vermeidung von Doppelstrukturen und schieben die leistungsrechtliche Verantwortung den Sozialhilfeträgern zu. Bereits bei der Bewertung des Modellprojekts hatten sie unter Leugnung ihrer vorrangigen Zuständigkeit kritisiert, dass mit der Soziotherapie die Zuständigkeit anderer Leistungsträger auf die Krankenkassen verschoben wird.

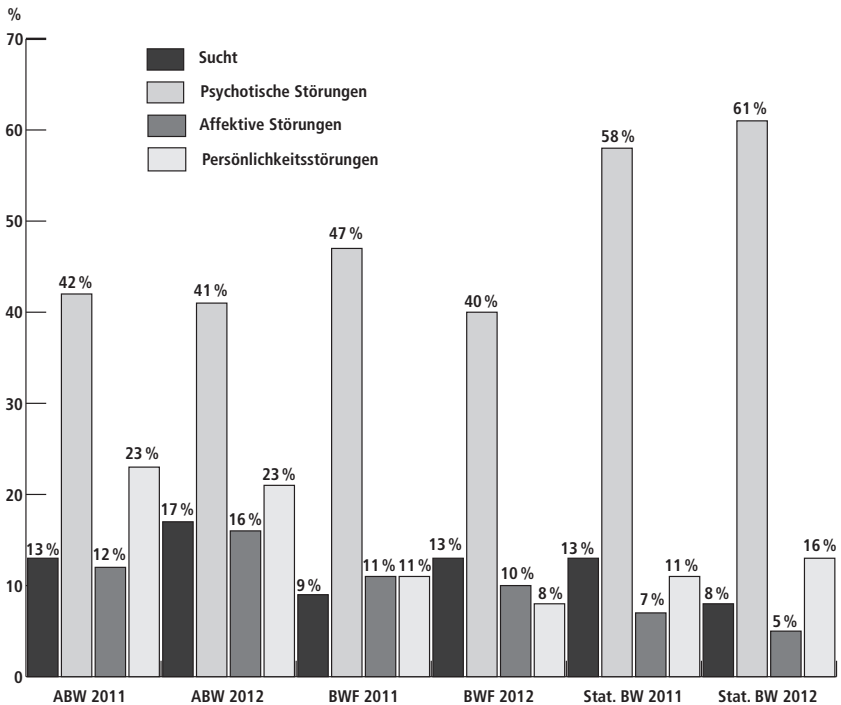


Abb. 5: Diagnosen im Betreuten Wohnen

Eine bedeutende Gruppe des ambulant betreuten Wohnens bleibt bereits jetzt aus den Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen: die Personen mit (Borderline) Persönlichkeitsstörungen. Diese Klientengruppe hat große Probleme mit stationären Angeboten und es ist unklar, ob die Klienten von ihnen profitieren. In dem Angebot des RPK im Landkreis Ravensburg sind Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen absolut unterrepräsentiert, obwohl die Klientengruppe einen hohen Bedarf der dort angebotenen medizinischen und beruflichen Rehabilitation hat. Der Versuch, mit den wenig intensiven Hilfen im ambulant betreuten Wohnen² zurecht zu kommen, scheitert offensichtlich zunehmend. Während im ABW und im Betreuten Wohnen in Familien (BWF) der Anteil der Klienten mit Persönlichkeitsstörungen von 2011 auf 2012 rückläufig war, nahm er im Stationär Betreuten Wohnen³ deutlich um 5 % zu. Wenn der Drift in das stationäre betreute Wohnen in Zusammenhang mit der in Abb. 2 dargestellten Häufung der stationären Behandlungen betrachtet wird, ergibt sich zwangsläufig eine kritische Frage: Produziert restriktive Handhabung von nicht-ärztlichen Behandlungsleistungen durch die Krankenkassen die Zunahme von kostenintensiven Leistungen für die öffentliche Hand?

Schlussfolgerungen

Die Erfahrung mit ambulanten Krisenhilfen im GPV des Landkreises Ravensburg zeigt, dass die von den Krankenkassenverbänden immer wieder hervorgehobene Existenz der ambulanten Soziotherapie und der psychiatrischen Pflege nichts über den effizienten Einsatz dieser Leistungen aussagt. Durch Zugangsbeschränkungen für bestimmte Patientengruppen und ein umständliches Antragsverfahren wird der Einsatz der Hilfen verhindert, selbst wenn sie vor Ort angeboten werden. Diese Feststellung ist nicht neu. Im Hinblick auf die Soziotherapie wurde sie von verschiedener Seite auf der Fachtagung verschiedener Verbände im Jahr 2010 geäußert. Die erfolgversprechendste Möglichkeit zur Behebung dieses untragbaren Zustandes

-
- 2 Bisher konnten im Ambulant Betreuten Wohnen im Landkreis Ravensburg lediglich Leistungen mit einem Personalschlüssel von 1:10 erbracht werden
 - 3 Stationär Betreutes Wohnen wird im Landkreis nur noch in geringem Maße in klassischen Heimen vorgehalten. In erster Linie findet die stationäre Betreuung in Wohngemeinschaften inmitten der Gemeinde statt (vgl. KONRAD, M./ JAEGER, J./ SCHOCK, S.(2006): Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie. Bonn, Psychiatrie Verlag).

wurde von dem Sozialrechtsexperten Peter Mrozynski auf dieser Tagung eingebracht: Sozialrechtliches Vorgehen betroffener Patienten bzw. deren rechtlicher Betreuer.

Allerdings kann die Verantwortung für die mangelnde Effizienz im Einsatz ambulanter Krisenhilfen nicht gänzlich den Krankenkassen zugeschoben werden. Organisatorisch fehlt eine Krisenanlaufstelle an die sich die Klienten der Einrichtungen und Dienste des GPV rund um die Uhr wenden können. Wie die Erfahrungen des Münchner Krisendienstes gezeigt haben, ist die unproblematische Erreichbarkeit die wesentliche Voraussetzung, dass entsprechende Kriseninterventionen vor einer stationären Behandlung wirksam werden. Die weitere Koordination – zumindest für die Klienten des ambulant stationär betreuten Wohnens und einen Teil der Klienten des SpDi – müsste von den Ärzten der Institutsambulanz übernommen werden. Für die Klienten des stationär betreuten Wohnens muss das nicht-ärztliche Krisenmanagement von den Mitarbeitern der Wohngruppen übernommen werden. Für die ambulant betreuten Klienten kann die Institutsambulanz eine Verordnung der psychiatrischen Pflege ausstellen, mit der der ambulante Pflegedienst tätig werden kann. Damit dies zeitnah erfolgen kann, sollten die PIA und der ambulante Pflegedienst eine organisatorische Einheit bilden. Mit einer solchen Organisationsform steigt zumindest für Klienten mit schizophrenen und affektiven Störungen die Chance auf eine ambulante Krisenhilfe. Für die Zukunft bleibt abzuwarten, ob mit Modellen der Integrierten Versorgung und deren Vernetzung mit den anderen Angeboten (insbesondere häusliche psychiatrische Krankenpflege und den Leistungen der PIA) eine wirkungsvolle Hilfe in akuten Krisensituationen erfolgen kann.

Die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Jörg Kalthoff

Sozialpsychiatrische Dienste spielen in fast allen Kommunen eine wichtige Rolle in der ambulanten Krisenhilfe. Daher sollen die Grundlagen der ambulanten Hilfen durch sozialpsychiatrische Dienste vorgestellt werden, von bewährten Strukturen der Krisenprophylaxe und Krisenintervention am Beispiel der Stadt Bochum berichtet werden und zum Schluss auf Möglichkeiten und Grenzen eingegangen werden.

Grundlagen:

Epidemiologische Studien gehen davon aus, dass

- 30 % der Bevölkerung im Laufe des Lebens psychiatrische Hilfe benötigen.
- Zu jedem Zeitpunkt sind ca. 10 % der Bevölkerung psychiatrisch behandlungsbedürftig.
- Die Besonderheit ist, dass davon krankheitsbedingt 10–15 % nicht selbständig Hilfen aufsuchen. Diese Gruppe wird gern auch mit dem sperrigen Begriff »nicht wartezimmerfähige Patienten mit eingeschränktem Hilfesuchverhalten« beschrieben.

Um auch diesen Betroffenen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge Hilfen anbieten zu können, wurden in den Kommunen aller Bundesländer bis auf das Saarland – Sozialpsychiatrische Dienste (SpD) verpflichtend aufgebaut.

Diese Hauptzielgruppe des SpD in Bochum, einer Stadt mit knapp 400.000 EW umfasst 3000–4500 Betroffene. So werden hier auch jedes Jahr knapp 4000 Betroffene begleitet, betreut und behandelt. In den letzten 25 Jahren sind über 60.000 Bochumer durch den SpD unterstützt worden.

Mehrere Vorteile haben diese Hilfen:

Sie sind *kostenlos* für Betroffene, Angehörige und für das soziale Umfeld.

Sie sind *niedrigschwellig und unbürokratisch*. Es müssen keine aufwändigen Anträge ausgefüllt werden. Keine andere Institution erfährt von der psychischen Erkrankung.

Sie unterliegen der *ärztlichen Schweigepflicht*.

Sie sind auf Wunsch auch *anonym* möglich, um die Zugangsbarrieren zu senken.

Sie können auch in Gang gesetzt werden, wenn die Betroffenen krankheitsbedingt selbst keine Hilfen suchen / aufsuchen können. Dann erfolgen sie in der Regel in *Hausbesuchen*, häufig auch direkt mit Ärzten.

Die Betroffenen haben einen Rechtsanspruch auf Hilfe, die zu rechtzeitigen Behandlungen beitragen soll.

Dabei zählt die Hilfe in Krisensituationen zu den Kernaufgaben aller Sozialpsychiatrischen Dienste.

Struktur eines Sozialpsychiatrischen Dienstes:

Als Beispiel für die konkrete Arbeit möchte ich Ihnen die bewährten Organisationsstrukturen aus Bochum vorstellen.

Statt eines zentralen Dienstes für ganz Bochum findet sich in allen Bereichen eine räumliche Sektorisierung mit je drei Sektoren (West, Mitte, Ost). Die Beratungsstellen sind dezentral, es finden sich für die Betroffenen kurze Wege. Auf der anderen Seite sind die Teams in ihren Stadtbezirken präsent, kennen die Hilfsangebote, aber auch nicht-psychiatrische Hilfen wie Sportvereine, Kirchen, usw. und arbeiten eng vernetzt mit ihnen zusammen.

In den gleichen Sektoren arbeiten jeweils auch die integrierten Teams der Suchtkrankenhilfe, die sowohl die Aufgaben einer klassischen Suchtberatungsstelle als auch die eines Sozialpsychiatrischen Dienstes für Abhängigkeitskranke wahrnehmen.

Zur räumlichen tritt auch die inhaltliche Niedrigschwelligkeit. Über Mund-zu-Mund Propaganda der Betroffenen kommt es zur Werbung bei anderen Betroffenen und zur Annäherung an das Hilfesystem ohne hohe Schwellen. Die hohe Selbstmeldequote und sehr niedrige Abbruchquote führen wir auch auf diese Niedrigschwelligkeit der Angebote zurück.

Da gerade Mitbürger mit komplexen Problemen oft nicht in der Lage sind, unterschiedliche Hilfen passend zu kombinieren, versuchen wir ein ganzheitliches Konzept entgegenzusetzen. Hinter ein und derselben Eingangstür verstecken sich ganz verschiedene Leistungen, die von den Nutzern je nach Situation auch unterschiedlich in Anspruch genommen werden können. Sollten weitere Hilfen hinzutreten, werden diese von der koordinierenden Bezugsperson begleitet und mit abgestimmt.

Dieses ganzheitliche Angebot lässt sich nur mit einem multiprofessionellen Team umsetzen. Zu den Bochumer Sektorteamen gehören regelmäßig Krankenpflegepersonal, Psychologen, Sozialarbeiter, Fachärzte für Psychiatrie und Ergotherapeuten.

Die Vielfalt der Angebote in einem Team darf nicht dazu führen, dass der Klient zwischen den einzelnen Mitarbeitern unterschiedlicher Professionen hin- und hergeschoben wird. Der Sozialpsychiatrische Dienst Bochum arbeitet nach dem Bezugspersonensystem, wonach einem Klienten langfristig ein Langzeitbegleiter (Lotse) zugeordnet wird, der über seine persönliche Beziehung zum Klienten das Angebot der Stelle und darüber hinaus im Gemeindepsychiatrischen Verbund erst wirksam macht.

Viele Termine des Sozialpsychiatrischen Dienstes (über 8000 pro Jahr) finden in den Wohnungen der Klienten statt. Neben der Senkung von Schwellen bildet die eigene Wohnung die Verfassung eines Menschen relativ gut ab und ein Hausbesuch ist oft auch aus diagnostischen Gründen wertvoll. Die Rolle als »Gast« beim Klienten unterstützt ein Verhältnis »auf Augenhöhe«.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist an den fünf Wochentagen erreichbar und hält in dieser Zeit zwischen 8.00 Uhr und 16.00 Uhr einen Bereitschaftsdienst vor. In dieser Zeitspanne ist jederzeit ein umgehender telefonischer oder persönlicher Kontakt mit nachfragenden Klienten oder Institutionen oder ein Hausbesuch möglich. Leider gibt es diesen umfassenden Krisendienst nicht nachts oder am Wochenende.

Die Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes haben überwiegend einen großen Aufenthalts- und Gruppenraum, der quasi ein Kontaktstellenangebot beherbergt. Der Raum ist für Besucher jederzeit nutzbar, solange ein Mitarbeiter in der Beratungsstelle anwesend ist.

Zu dem Raum gehört auch eine Küche. Dies hat dazu geführt, dass sich auch unabhängig von Gruppenangeboten, Klienten hier aufhalten, sich Kaffee kochen, Spiele machen, sich unterhalten. Da gleichzeitig auch die Mitarbeiter häufig hier vorbeigehen, führt dies zur Annäherung in kurzen »Tür- und Angelgesprächen«.

Der Sozialpsychiatrische Dienst bzw. der leitende Arzt hat die Befugnis zur Krisenintervention auch medikamentös zu behandeln. Dieses reduziert sehr die Schwellen, da nach geglückter Kontaktaufnahme eine Weiterverweisung zu einem neuen Arzt mit erneuten Schwellenproblemen nicht notwendig ist.

Eine weitere Besonderheit ist, dass in jedem Team inzwischen auch ein ergotherapeutisches Angebot aufgebaut wurde. In der Regel kommt es in den Gruppen über das gemeinsame Tun zu einer wesentlichen Bereicherung der sonstigen eher verbalen Angebote. Neben gemeinsamen Projektgruppen werden auch Dinge für den Eigenbedarf oder andere Auftraggeber hergestellt.

Sich selbst wieder produktiv zu erleben und vielleicht auch das Selbstproduzierte verkaufen zu können, trägt sehr zur Stärkung des Selbstbewusstseins und zur Stabilität bei.

Das Angebot der »offenen Tür« wird ergänzt durch unterschiedliche, feststehende Gruppenangebote der Mitarbeiter, die zusammengenommen für die verschiedensten Klienten neue Möglichkeiten der Tages- und Wochenstruktur darstellen. Die Termine finden zum großen Teil in Kooperation mit Hilfsvereinen und unter Beteiligung von ehrenamtlichen Helfern statt. Einmal jährlich gibt es eine auswärtige Rehabilitations-Maßnahme im Selbstversorgerhaus, die seit Jahren einen ungebrochenen Zulauf erlebt.

Krisenprävention und Krisenintervention

Krisen haben in der Regel einen Januskopf. Zum einen findet sich oft eine existenzielle Bedrohung der Lebensgrundlagen, zum Anderen bietet sich die Chance, sich mit den missglückten Strategien auseinanderzusetzen und die Weichen für die Zukunft anders zu stellen.

Natürlich steht in akuten Krisensituationen mit entsprechender erheblicher emotionaler Beteiligung zunächst die Sicherung der Lebensgrundlagen im Vordergrund (gesundheitliche Grundlagen, finanzielle Grundlagen, Sicherung der Wohnung, Vermittlung in der Familie oder bei wichtigen Sozialkontakten).

Uns erscheint es jedoch wichtig, bereits bei der Krisenintervention die Prophylaxe der nächsten potentiellen Krise im Blick zu haben und gemeinsam mit den Betroffenen nach Ursachen und Alternativen für die Zukunft zu forschen. Dieser Weg ist natürlich zeitaufwändiger, zahlt sich jedoch auf Dauer fast immer aus. Bei der gemeinsamen Planung entsprechender Hilfen werden nicht nur die Defizite beleuchtet, sondern es wird auch bei den gesunden Anteilen zur Stabilisierung angesetzt. Gemeinsam wird um Ziele und Wege gerungen (*»verhandeln statt behandeln«*).

Hier stehen Einzelgespräche im Vordergrund. Da jedoch sich oft zeigt, dass Isolation und Mangel an Kontakten die vorherige Krise hat eskalieren lassen, haben im nächsten Schritt Gruppen, die in allen Sektoren geboten werden, eine ganz wichtige Funktion. Hier kommt es zum sozialen Lernen, die oft jahrelange Isolation wird aufgebrochen, Kontakte werden neu geknüpft und intensiviert. Auch die Tatsache, anderen Betroffenen selbst weiterhelfen zu können und wieder »geben« zu können, trägt sehr zur Stärkung des Selbstbewusstseins bei. Im Laufe der Zeit kommt es in der Regel

immer mehr zum Aufbau von Selbsthilfestrukturen und zum Abbau der Notwendigkeit von therapeutischer Begleitung.

Als wesentliche Bereicherung sind die ambulanten ergotherapeutischen Angebote aufgebaut worden. Die Tage und Wochen werden neu strukturiert, für viele kommt es hier zur neuen Sinn- und Hobbyfindung. Wertschätzung für die eigene Leistung wird oft nach Jahren erstmals wieder erzielt. Dieses ist häufig auch der Motor, weitere Schritte in Richtung auf berufliche Wiedereingliederung zu tun. Über dieses Angebot mit stufenweiser Steigerung der Anforderungen gelingt es Jahr für Jahr, einen Teil der Betroffenen wieder in den Arbeits- und Rehaprozess einzugliedern. Zusätzlich hat sich auch diese äußere Struktur in erneuten Krisenzeiten als sehr hilfreich für die innere Struktur entwickelt, so dass auch darüber mögliche Krankenhausaufenthalte vermieden werden konnten.

Viele der Betroffenen sind seit Jahren ohne Arbeit und oft bei vielen Maßnahmen des Jobcenters gescheitert. Für diese haben wir selbst das Arbeitsprojekt »Die Chance« aufgebaut mit sehr individuellen Anpassungen der Belastung und intensiver sozialpsychiatrischer Begleitung, die bei vielen erstmals zum Abschluss einer Maßnahme geführt hat. Jeweils 50 Plätze können wir anbieten, der Bedarf ist deutlich höher, kann aufgrund der räumlichen Bedingungen nicht entsprechend erfüllt werden.

All diese Angebote sind ein Lernfeld für viele um zu üben, wieder auf Menschen zuzugehen und Ängste zu überwinden. Im zweiten Schritt folgt zunächst unter Begleitung der Fachleute und anderer Betroffener die Teilhabe über den Psychatriebereich hinaus (z. B. VHS, Kirchengemeinde, Sport, kulturelle Angebote). Im dritten Schritt ist dann häufig wieder so viel Sicherheit gewonnen, dass diese Angebote auch wieder allein genutzt werden können.

Im Zentrum der Bemühungen stehen die Mitbürger mit besonders komplexer psychiatrischer und sozialer Problematik und chronischem Verlauf. Daher dominieren bei den Diagnosen entsprechend der Pflichtversorgung die schizophrenen Psychosen und die chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitserkrankten. Der Krankheitsverlauf beträgt im Mittel 20 Jahre. Überdurchschnittlich häufig kam es unter den Betreuten in der Vergangenheit zu mehreren stationären Aufenthalten, oft auch unter Zwangsbedingungen.

Nach unserer Erfahrung benötigen chronische Klienten auch »chronische« Mitarbeiter. Gerade für sie ist es wichtig, nicht zwischen einzelnen Mitarbeitern oder Berufsgruppen hin und her geschoben zu werden. Ent-

scheidend ist eine klare persönliche Beziehung. Im gemeindepsychiatrischen Verbund haben sich alle Mitglieder verpflichtet, diese »koordinierenden Bezugspersonen« auch trägerübergreifend zu bestimmen. Dies geht natürlich nur bei hoher Transparenz und gegenseitigem Vertrauen.

Möglichst wird die Betreuungsintensität dem Bedarf angepasst und schwankt zwischen sehr häufigen Kontakten in Krisenzeiten und langgestreckten Kontakten in besseren Zeiten. Wichtig ist jedoch, dass der Kontakt nicht abreißt und im Krisenfall ggf. sehr schnell wieder intensiviert und genutzt werden kann. So gelingt es, auch Klienten zu begleiten, bei denen die stärkere Struktur im Betreuten Wohnen oft zum Abbruch der Hilfe führte.

Zur Umsetzung der Leitlinie »ambulant vor stationär« ist es wichtig, die Hilfen, die ansonsten stationär angeboten würden, auch ambulant bereitstellen zu können. So komplex wie die Problemlage gerade der Schwächsten ist, so komplex und berufsgruppenübergreifend müssen die ambulanten Hilfsangebote sein. Im multiprofessionellen Team kann so der spezifische Hilfebedarf der Betroffenen noch exakter erfüllt werden, zum anderen kommt es im Team zur wechselseitigen Kompetenzerweiterung der einzelnen Berufsgruppen.

Viele der Betroffenen sind nicht in der Lage oder bereit, sich im Wartezimmer, z. B. eines niedergelassenen Nervenarztes, aufzuhalten. Sie zeigen das beschriebene »eingeschränkte Hilfesuchverhalten«. Die Folgen davon waren häufig erneute Erkrankungen und das Auftreten einer stationären Behandlungsbedürftigkeit.

Durch eine Vereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen hatte der Bochumer SpD seit 1992 die Möglichkeit, zur Krisenintervention gerade diesen Personenkreis auch medikamentös zu behandeln. Vor Ort konnte in einer akuten Notsituation in der Regel im Hausbesuch eine Beziehung aufgebaut werden und direkt auch behandelt werden. Damit wurden Krankenhausbehandlungen vermieden. Auch bei typischen »Drehtürpatienten« die immer wieder zuvor nach Krankenhausbehandlung die Medikation absetzten, kurzfristig wieder dekompenzierten und oft zwangsweise wieder eingewiesen werden mussten, bestand diese Behandlungsmöglichkeit des SpD. Darüber entstanden zum Teil über 10jährige krankenhaushausfreie Zeiten, nachdem es zuvor regelmäßig wenigstens einmal pro Jahr zu stationären Aufenthalten gekommen war. Auch hier hat sich die Niedrigschwelligkeit als sehr wichtig herausgestellt, so dass z. B. die größte Depotsprechstunde zeitlich mit dem größten Kontaktclubangebot verknüpft wurde.

Dieses sehr erfolgreiche Modell hat für viele Klienten den entscheidenden Schritt zur Wiedereingliederung ins normale Leben dargestellt und ist m. E. richtungweisend für die Weiterentwicklung von Sozialpsychiatrischen Diensten zur optimalen Krisenhilfe. Es kann in Bochum z. Zt. leider nur noch eingeschränkt als persönliche Ermächtigung des Leiters für diesen Personenkreis fortgesetzt werden. So kann nur noch in Einzelfällen »Home-Treatment« durch den SpD durchgeführt werden.

Die Krisenprävention hat Vorrang vor der Krisenintervention. Daher bemühen wir uns besonders um die Betroffenen, bei denen in der Vergangenheit häufige und schwere Krisen aufgetreten sind. Durch die beschriebenen Arbeitsweisen sind die Krisen bei diesem Personenkreis erheblich zurückgegangen. Inzwischen wurde für die meisten ein so gutes Netz mit Fachleuten und anderen Betroffenen geknüpft, dass mögliche Krisen jeweils im Vorfeld abgefangen werden können.

Treten trotz der beschriebenen Hilfsmöglichkeiten dennoch Krisen auf, ist die personelle Vertrautheit zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besonders wichtig. Hier wird auf gemeinsame Erfahrungen zurückgegriffen, an gesunde Anteile kann angeknüpft werden. Bei guter gegenseitiger Kenntnis können häufig in Krisensituationen Lösungen gefunden werden, oft flexibel und unbürokratisch. Zwangseinweisungen bei längerfristig Betreuten kommen so gut wie gar nicht mehr vor.

Dabei ist die Arbeitsweise nicht nur aufsuchend, sondern auch nachgehend: Nach möglicherweise zunächst missglückten Kontaktversuchen wird nicht aufgehört, sondern es werden andere Kontaktwege gesucht (»liebvolle Aufdringlichkeit«). Wir Mitarbeiter kommen uns da manchmal wie Vertreter vor, die nach der passenden Eintrittspforte suchen müssen. Hierfür gibt es nach Bewältigung der Krisen in der Regel sehr positive Rückmeldungen der Betroffenen.

Mit den beschriebenen präventiven Strukturen können zwar viele, aber auch in Bochum nicht alle Krisen im Vorfeld vermieden werden. Insbesondere bei uns noch unbekanntem Betroffenen kommt es häufig zu Fremdmeldungen von Angehörigen, des sozialen Umfeldes, anderer Betreuungseinrichtungen oder auch der Polizei. Für diese Krisen, oft mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung, halten alle Teams des SpD jeweils einen Bereitschaftsdienst vor, der umgehende telefonische oder persönliche Beratung anbietet. Im Bedarfsfall kommt er auch zur Krisenintervention sofort zum Hausbesuch. Diese Krisenintervention geschieht in der Regel unter Beteiligung der ärztlichen Kolleginnen. Auch hier gelingt es, ambulant vor Ort in der weit

überwiegenden Zahl ambulante Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und Zwangsunterbringungen zu vermeiden. Die Quote der Verhinderung von Zwangs- Einweisungen bei akuter Gefährdung im Bochumer SpD liegt bei über 90 Prozent.

Das Bündel aus Krisenprävention und Krisenintervention in Kooperation in Bochum hat dazu geführt, dass die PsychKG-Einweisungsrate in Bochum deutlich unter dem Durchschnitt von NRW und dem Durchschnitt anderer Großstädte liegt. Sie beträgt weit weniger als ein Drittel der Einweisungsrate der Nachbarstädte mit vergleichbaren Sozialstrukturen.

Möglichkeiten und Grenzen

Ich hoffe, dass ich Ihnen zeigen konnte, welche besonderen Möglichkeiten Sozialpsychiatrische Dienste im Bereich der Krisenhilfen haben. Für Tausende von Betroffenen konnten hier die Weichen in eine krisenfreie oder zumindest krisenärmere Zukunft gestellt werden.

Aber die großen Vorteile des unbürokratischen Zugangs im Bereich der Finanzierung überwiegend aus dem kommunalen Haushalt im Rahmen der Daseinsvorsorge beinhalten auch Nachteile. Die Zahl der Hilfesuchenden hat in den letzten Jahrzehnten ständig zugenommen. Aber anders als SGB-V-Leistungen, die dann vermehrt bei den Krankenkassen abgerechnet würden, oder Eingliederungshilfeleistungen, bei denen dann die Abrechnungsmöglichkeit parallel mit der wachsenden Zahl der Klienten z. B. im Betreuten Wohnen mit wächst, ist bei den Sozialpsychiatrischen Diensten die Personalausstattung nicht von steigenden Klientenzahlen, sondern nur von den städtischen Haushaltsberatungen abhängig. Hier zeigt sich eine Problematik: Die Ausstattung der SpD ist sehr unterschiedlich, von daher sind auch die Leistungen sehr heterogen. Es gibt keine festen Personalschlüssel oder Fachleistungsstunden. Nur in wenigen Bundesländern gibt es gesetzliche Standards der Ausstattung. Durch die knappen kommunalen Kassen ist es in vielen Bereichen zu Einsparungen und Stellenabbau gekommen, der natürlich zu Lasten der Qualität geht. Anderenorts konnte das Personal nicht mit den wachsenden Klientenzahlen und Leistungszahlen mitwachsen. So können in manchen Kommunen die hier als besonders wichtig dargestellten Krisenpräventionen gar nicht geleistet werden und es verbleibt bei der »Feuerwehrfunktion«.

Ich habe mich hier auftragsgemäß auf die Darstellung der Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes beschränkt, er kann natürlich nicht alles allein

leisten. Entscheidend ist die Zusammenarbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund nach gemeinsamen Qualitätskriterien. In Bochum war und ist der SpD als erstes Angebot hier einer der wesentlichen Kristallisationspunkte. Wir haben in gleichen Sektoren jeweils ein Team des SpD (teils bei freien Trägern), ein Team für Betreutes Wohnen mit Pflichtversorgung, eine Kontaktstelle, eine Tagesstätte, ein ergotherapeutisches Angebot, Kontaktclubs ...

Trägerübergreifend verstehen sich diese Bausteine der Gemeindepsychiatrie jeweils als Sektorteam mit gemeinsamer ambulanter Pflichtversorgung.

Zum Schluss möchte ich noch eine Außenperspektive zu Wort kommen lassen. Im Auftrage des Ministeriums in Nordrhein-Westfalen hat Prof. Juckel eine breite wissenschaftliche Studie zu möglichen Einflussfaktoren auf hohe bzw. niedrige Zwangsunterbringungsraten in Gebietskörperschaften durchgeführt. Interessanterweise sind die klinikinternen Möglichkeiten der Einflussnahme relativ gering. Die entscheidenden Faktoren liegen in der Gemeinde.

Den statistisch signifikant größten Einfluss auf den Schutz vor Zwang haben:

- Qualität und Quantität der SpD- Angebote
- Hausbesuche durch den SpD, auch zur Krisenintervention
- Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Eine Empfehlung war, die Erfahrungen und das Wissen der Sozialpsychiatrischen Dienste weiterzutransportieren. Ich hoffe, dass ich hiermit einen Beitrag dazu leisten konnte.

II Psychiatrische Krisen bei Kindern und Jugendlichen

Einleitung

Renate Schepker, Dyrk Zedlick

Das Symposium nähert sich der Krisenbewältigung bei Kindern und Jugendlichen von drei Säulen der Versorgung aus: der ambulanten Praxis eines niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV), einem eigens etablierten ambulanten Krisenteam zwischen Jugendhilfe, Jugendschutz und jugendpsychiatrischer Klinik sowie dem aufsuchenden Konsiliardienst aus der kinderpsychiatrischen Institutsambulanz. Aus allen Beiträgen gehen unkonventionelle, systemüberschreitende Ansätze hervor, die das betroffene Kind oder den/die Jugendliche in den Mittelpunkt stellen.

Maik Herberhold beginnt seinen einleitenden Beitrag aus Sicht eines niedergelassenen Kinderpsychiaters (SPV-Praxis) mit verschiedenen möglichen Krisendefinitionen, die nur teilweise die von ihm betonte Progression in einer Krise – v. a. für Jugendliche zutreffend – enthalten. Er setzt sich mit dem »Sicherstellungsauftrag« der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), der »Bedarfsplanung« und mit der aktuellen Versorgungssituation auseinander, die flächendeckende Kriseninterventionsbereitschaft durch das Vertragsarztsystem (noch) nicht ermöglicht. Hinzu kommen Disparitäten in der Finanzierung, welche die Akutversorgung im ambulanten Bereich – im Gegensatz z. B. zur Richtlinienpsychotherapie – deutlich schlechter honoriert. Die SPV-Praxis bietet laut Herberhold andererseits gute Voraussetzungen für die v. a. im Fall wiederholter und chronischer Krisen erforderliche Kooperation und Vernetzung, wenngleich die Kooperation noch deutliche »Verbesserungspotenziale« aufweist. Die nötige Bildung von praxisübergreifenden »Behandlungsteams« wird bisher nur in Modellprojekten wie dem ADHS-Vertrag (nur in zwei Bundesländern) adäquat vergütet – ein Modell, das auf die Krisenversorgung jedoch nahtlos übertragbar wäre. Der Vortrag beschreibt umfassend das, was zur Krisenbewältigung benötigt würde (Schnell verfügbare – »niedrigschwellige«, abgestufte, Lösungswege aufzeigende, methodenintegrative, interdisziplinär und interinstitutionell kooperative, ausreichend finanzierte Angebote« – aber derzeit im versäulten Versorgungssystem oft an Systemgrenzen scheitern muss.

Der Umsetzung dieser Schlussfolgerungen sind *Godeke Klinge*, *Anne Meiners* und *Alexander Naumann* schon recht nahe gekommen. Das Lüneburger Kriseninterventionsteam für Kinder und Jugendliche ist eine einzigartige, vertraglich geregelte und verlässlich etablierte Kooperation zwischen Jugendschutz (repräsentiert durch den Kinderschutzbund), Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, gepaart mit vorhandenen Kompetenzen im Katastrophenschutz, in der Justiz und der Traumatherapie für Kinder. Das interdisziplinäre Team will ausgehend von traumatherapeutischen Konzepten eine »zeitlich begrenzte, aktivierende und Ressourcen fördernde Hilfestellung« im Sinne einer primär präventiven Intervention leisten und gewährleistet eine 24-stündige Erreichbarkeit. Für diese Autorengruppe ist die »Krise« eher extern definiert durch ein Großereignis, Zeugenschaft eines Verbrechens oder schwerer Unfälle sowie Notfallereignisse im eigenen Milieu. Das hat den Vorteil, dass das Krisenteam unmittelbar über die üblichen Rettungsleitstellen der Feuerwehr oder die Polizei aktiviert wird. Mit zehn Alarmierungen in sechs Monaten ist das Team eher selten im Einsatz. Als spendenfinanziertes Projekt steht das Team außerhalb der Regelversorgung, ist jedoch im Hauptamt aller Beteiligten eng mit dieser vernetzt und gewährleistet im Landkreis die fachkompetente schnelle Hilfe für betroffene Kinder.

Im Feld der vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung geht es *Renate Schepker* darum, krisenhafte Eskalationen v. a. im Jugendhilfebereich gar nicht erst bis zur stationären Aufnahme kommen zu lassen. Die betroffene Klinik wies steigende Krisen-Fallzahlen auf, die weit mehr als die in der Literatur verzeichneten 30 % aller Aufnahmen betragen. Das entwickelte Instrument von Krisenvereinbarungen mit Einrichtungen führte zur Professionalisierung der Abläufe sowohl in Jugendhilfeeinrichtungen als auch der Klinik und verringerte Schnittstellenprobleme. Individuelle Krisenvereinbarungen mit einzelnen Jugendlichen führten darüber hinaus zu einem Kompetenzzuwachs bei Jugendlichen und deren pädagogischer Umgebung in der Deeskalation und waren geeignet, notfallmäßige Aufnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu reduzieren. Das Modell setzt innerhalb der Regel- und Pflichtversorgung einen gut etablierten aufsuchenden jugendpsychiatrischen Konsiliardienst oder mindestens eine laufende institutsambulante Behandlung voraus.

Kriseninterventionsteam für Kinder und Jugendliche Lüneburg

Godeke Klinge, Anne Meiners, Alexander Naumann

Seit April 2013 ist das ›Kriseninterventionsteam für Kinder und Jugendliche Lüneburg‹, kurz KIT K/J Lüneburg genannt, nach zweijähriger Vorbereitung einsatzbereit. In diesem Projekt werden Kompetenzen, Ressourcen und Erfahrungen aus den drei Hauptgebieten der professionellen Hilfe für Kinder und Jugendliche in bisher einzigartiger Weise gebündelt und konkret potentiell Betroffenen zur Verfügung gestellt.

Theoretische Überlegungen und Begründung

Aufgrund des Umfangs und der Komplexität der entwicklungspsychologischen und psychotraumatologischen Entwicklungsaspekte von Kindern und Jugendlichen kann an dieser Stelle kein vollständiger Überblick über die Materie gegeben werden. Stattdessen wird nur auf einige wesentliche Grundüberlegungen hingewiesen. So stellt der Hamburger Psychotraumatologe Dr. Andreas Krüger die These auf, dass »das seelische Befinden von Kindern und Jugendlichen nach plötzlich eintretenden Katastrophen (...) [oftmals] nicht ausreichend berücksichtigt wird« (KRÜGER 2008, S. 9). Dies treffe sowohl auf die beteiligten Erwachsenen als auch auf professionelle Helfer zu. Es sei paradox, dem schwer verletzten Körper selbstverständlich Erste Hilfe zukommen zu lassen, dabei aber die ebenfalls schwer beschädigte Seele unversorgt zu lassen (KRÜGER 2008, S. 9). Auch mehrere andere Autoren vertreten die Auffassung, dass in Deutschland kompetente Anlaufstellen und Unterstützungsangebote speziell für Kinder und Jugendliche in Notfall- bzw. Krisensituationen fehlen. Bemängelt werden außerdem die fehlenden Schnittstellen zwischen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der psychosozialen Akuthilfe und weiterführenden Hilfsangeboten (KARUTZ 2013, S. 6–9; PAPASTEFANOU, 2013, S. 42f.).

Ausgehend von diesen Feststellungen zu den strukturellen und institutionellen Voraussetzungen für eine psychosoziale Akutversorgung stand für die Initiatoren des KIT K/J von vornherein fest, das Hilfe- und Begleitungsangebot als multiprofessionelle Kooperation anzulegen (KRÜGER 2008, S. 102–118): Die Bandbreite der möglichen Einsatzszenarien von der ›alltäglichen‹ psychosozialen Krise bis hin zu möglichen akuten Traumatisierungen nach Extremerlebnissen erfordert ein konstruktives Zusammenwirken

professioneller sozialpädagogischer, psychologischer und therapeutischer Fachkräfte sowie deren beruflicher Netzwerke. Jeder in diesem Bereich beruflich Tätige greift in seinem professionellen Alltag auf ein großes und stabiles regionales Netzwerk aus Jugendämtern, Praxen, Beratungsstellen und Jugendhilfeträgern zurück, für die KIT – Arbeit ergänzt um Rettungsdienste, Polizei, Leitstellen usw.

Die speziell Kinder und Jugendlichen betreffenden Faktoren seelischer Traumatisierung sind in der Fachliteratur ausführlich beschrieben (KARUTZ et al. 2008, S. 20 ff; KRÜGER 2008, S. 9). So kann festgehalten werden, dass sich die Bewältigung solch belastender Situationen für Kinder und Jugendliche aufgrund besonderer entwicklungspsychologischer Aspekte oft noch schwieriger darstellt, als für Erwachsene. Jeder Notfall stellt in der Regel eine Neuheit dar, für die es keine erfahrungsbasierte Verhaltensroutine gibt. Dazu kommt, dass in der Kinder- und Jugendphase ein ständiger Hirnreifungsprozess stattfindet, der in der Weltwahrnehmung und Handlungspraxis der Heranwachsenden immer neue Verständniszusammenhänge produziert und fortgesetzt komplexe Differenzierungsleistungen erforderlich macht. So lassen sich beispielsweise bei Kindern und Jugendlichen alleine mindestens fünf verschiedene altersbezogene Modelle von Todesvorstellungen unterscheiden (NIKENDEI 2012, S. 323 f). Ähnliche Phänomene vollziehen sich auch in Bereichen wie z.B. Beziehung, Schuld, Moral oder Selbstbild. Diese intrapsychische Entwicklung zeigt sich auch äußerlich erkennbar oft in Sprachlosigkeit und Gefühlen des Kontrollverlusts, der Wahrnehmung des Geschehens aus der ›Froschperspektive‹ oder des existentiellen Bedrohungsgefühls, wenn eine sorgende Bezugsperson selbst Opfer des Notfalls geworden ist (KARUTZ et al., S. 20 ff).

Erkennbar wird also, dass bei der psychischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen viele komplizierte und spezielle Aspekte – variiert und noch erweitert durch eine Vielzahl individueller biologischer, sozialer und situativer Faktoren – eine Rolle spielen. Bei einer gesunden und nicht bedrohten Entwicklung kann sich der junge Mensch zu einem selbstbestimmten, verantwortungsvollem Individuum entwickeln, und er erwirbt dabei auch Resilienzfaktoren, die im Falle einer Krise oder potentiell traumatisierender Ereignisse salutogenetische Eigenschaften entwickeln können. Antonovsky spricht hier von einem sich entwickelnden ›Konzept des Kohärenzgefühls‹, das sich bei gesunder psychischer Entwicklung ungestört herausbilden und dem Kind Coping-Strategien sowie einen eigenen Ressourcenpool an Verhaltensweisen zur Selbstbewältigung traumarelevanter Lebenssituationen zur

Verfügung stellen kann (ANTONOVSKY 1997, S. 91 ff). Zu unterscheiden sind dabei Krisen im vorher beschriebenen Sinne von ›normalen‹ Entwicklungs- und Reifungskrisen, die im Rahmen von Pubertät und Adoleszenz zu einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung gehören (Ablösung von den Eltern/ Suche nach der eigenen Identität).

Das Kind bzw. der Jugendliche benötigt die aktive Unterstützung und Förderung durch seine Eltern und /oder anderer erwachsener Bezugspersonen, um zu einer eigenständigen Persönlichkeit reifen zu können. Bei der Konfrontation mit potentiell traumatisierenden Situationen wird diese Hilfe in besonderem Maße benötigt. Stehen Eltern oder andere Bezugspersonen jedoch nicht zur Verfügung oder sind diese unter Umständen von der gleichen Situation betroffen, können alternative Begleit- und Unterstützungssysteme greifen.

In diesem Sinne will das KIT K/J Lüneburg eine zeitlich begrenzte, aktivierende und Ressourcen fördernde Hilfestellung leisten. Die alltagspraktisch geleistete psychosoziale Erste Hilfe beruht schwerpunktmäßig auf einem sozialpädagogischen Ansatz und grenzt sich ab von psychotherapeutischen Angeboten, die als langfristig angelegte spezialisierte Hilfen zur Wiedererlangung der psychischen Gesundheit angelegt sind. Durch die bestehenden Vernetzungen und Kooperationen kann im Bedarfsfall allerdings jederzeit eine gesicherte Überleitung in den therapeutischen Bereich gewährleistet werden.

Idee und Entwicklung des KIT K/J

Verschiedene Ereignisse und ihre Folgen im Landkreis Lüneburg in den Jahren 2010 und 2011 (ein Tötungsdelikt sowie ein tödlicher Verkehrsunfall), machten o. a. Versorgungslücke in der psychosozialen Betreuung der Betroffenen für die Spanne zwischen Ereignisseintritt und etablierter professioneller Hilfe deutlich. Diese regional auch öffentlich diskutierte Wahrnehmung führte zu ersten Kontakten zwischen dem Jugendhilfeträger PädIn e.V. und dem Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Lüneburg, Dr. Alexander Naumann. Als dritte Säule einer KIT-Idee – angelehnt an die bewährten Kriseninterventionsteams der Hilfsorganisationen – konnte der Kinderschutzbund Lüneburg gewonnen werden. Es entstand eine regelmäßige Arbeitsgruppe (das sogenannte ›Kernteam‹) aus sechs TeilnehmerInnen, da jede Institution zwei Vertreter benennen konnte (Kontaktdaten siehe Infobox). Erste Kontaktaufnahmen

zu Polizei, Rettungsdiensten, Beratungsstellen, Krankenhäusern und Kriminalpräventionsrat waren durchweg positiv, sowohl die Unterstützung als auch die Notwendigkeit betreffend.

Ab 2011 ging es dann an die konkrete Umsetzung der Aufgaben (Konzeptphase, innere Organisation, Binnenverhältnis der Träger, Personalgewinnung, Einsatzhandbuch). Der Aufbau eines eigenen Netzwerkes, verbunden mit den schon bestehenden Netzwerken der drei regional etablierten Partner war und ist ein weiterer Schwerpunkt.

Qualifikation und Ausbildung der MitarbeiterInnen

Die Teammitglieder sind ausgebildete SozialpädagogInnen, PädagogInnen, PsychologInnen, TherapeutInnen oder JuristInnen mit mindestens fünf bis zehn Jahren Berufserfahrung in den Berufsfeldern Kinder- und Jugendhilfe, Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendschutz. Darüber hinaus haben viele MitarbeiterInnen berufs- und tätigkeitsrelevante Zusatzausbildungen erworben wie z. B.:

Psychosoziale Fachkraft zur Einsatznachsorge in einzel- und gruppenbezogenen Verfahren (CISM), Erziehungsberatung, Traumatherapie, Begleitung bei traumarelevanter Indikation (CANMANAGE-Casemanager), Psychotherapie/Familientherapie, Trauerbegleitung für Kinder und Jugendliche, Lösungsorientierte Beratung, Systemische Familientherapie, Fachberater für Psychosoziale Notfallversorgung in Großschadenslagen, Konfliktschlichtung (Mediation), Sozialpädagogische Fachkraft für Jungenarbeit, Gestalttherapie, Fachkraft bei Kindeswohlgefährdung gem. § 8a SGB VIII, Ausbildung zum Zugführer/Fachberater in Katastrophenschutz-Einheiten.

Startphase und Probetrieb

In der Startphase ab Januar 2013 erhielt das Team eine intensive fachbezogene Schulung durch Prof. Dr. Karutz vom ›Notfallpädagogischen Institut‹ in Essen (www.notfallpaedagogik.de). Seit dem 1. April 2013 ist das Team einsatzbereit. Das KIT K/J Lüneburg ist 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche einsatzbereit. Die MitarbeiterInnen sind per Handy erreichbar und entscheiden in der konkreten Situation, ob sie einen Auftrag übernehmen können oder nicht.

Einsatzindikationen

Das KIT K/J soll zum Einsatz kommen, wenn Kinder und/oder Jugendliche mit folgenden traumarelevanten Situationen konfrontiert werden:

- Opfer/Augenzeuge/Zeuge bei Tod/Suizid
- Opfer/Augenzeuge/Zeuge bei Unfällen und anderen Schadenslagen (Verkehr, Arbeit, häuslicher Bereich, ...)
- Opfer/Augenzeuge/Zeuge bei (Gewalt-) Verbrechen mit traumarelevanten Aspekten
- Kinder/Jugendliche mit psychosozialen Betreuungsbedarf nach Übermittlung einer Todesnachricht durch die Polizei
- Kinder/Jugendliche nach Notfallereignissen im eigenen Milieu (Ereignisse an Schulen, in der Peer-Group, bei Großveranstaltungen usw.) bzw. in schweren Krisensituationen im Bereich der Familie

Einsatzspezifika

Das Einsatzgebiet ist vorrangig der ländlich geprägte Landkreis Lüneburg mit ca. 250.000 Einwohnern.

Das Team besteht aus zehn ehrenamtlichen MitarbeiterInnen. Es wird ausschließlich über die Polizei-Einsatzzentrale (Notruf 110) oder über die Feuerwehr- und Rettungsleitstelle (Notruf 112) alarmiert. Die Alarmierung erfolgt über eine interne Handy-Nummer, deren Erreichbarkeit in monatlichem Wechsel durch vier MitarbeiterInnen des KIT K/J sichergestellt wird. Nach einer Alarmierung wird der Auftrag entweder telefonisch oder durch Entsendung von in der Regel zwei Mitarbeiter/innen an den Ereignisort bearbeitet. Andere Kooperationspartner nutzen bei Bedarf den Alarmierungsweg über einen der beiden Notrufe.

Die Einsätze werden dokumentiert und auf verschiedene Weise evaluiert. Das Team betreibt regelmäßig Intervision und hat die Möglichkeit, über die KJPP Supervision zu bekommen.

Netzwerk und Kooperationspartner

Bisherige Partner des Netzwerks KIT/KJ: Jugendamt Hansestadt Lüneburg, Jugendamt Landkreis Lüneburg, Notfallseelsorge, Polizeiinspektion Lüneburg, Polizeidirektion Lüneburg, Bundespolizeirevier Lüneburg, Feuerwehr- und Rettungsleitstelle Lüneburg; Kriminalpräventionsrat Lüneburg

neburg, Notärzte am Städtischen Klinikum Lüneburg, Rettungsdienste ASB und DRK, Niedersächsische Landeschulbehörde (Regionalabteilung Lüneburg).

Erste Einsatzerfahrungen

In den ersten 6 Monaten gab es 10 Alarmierungen für das KIT K/J. Darunter waren mehrere Fälle von akuter psychosozialer Unterstützung Jugendlicher bei Auseinandersetzungen in der Familie, ein Bereitstellungseinsatz zur Unterstützung anlässlich geplanter Evakuierungen im Rahmen der Hochwasserereignisse an der Elbe im Juni sowie ein Einsatz bei schwerer häuslicher Gewalt.

Finanzierung, Unterstützer und Öffentlichkeitsarbeit

Das Projekt KIT K/J Lüneburg wird aus Spendenmitteln bzw. über Sponsoren finanziert. Für die Öffentlichkeitsarbeit wurde eine Web-Seite erstellt (www.kit-kj-lueneburg.de). Darüber hinaus steht das Team im Rahmen der Möglichkeiten auch für Informationsveranstaltungen u. ä. zur Verfügung.

Literatur

- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Dgvt: Tübingen
- KARUTZ, H. (2013): Kinder, Krisen und Katastrophen: Kindgerechte Notfallvorsorge- und Hilfeleistungsstrategien in Deutschland. In: Bevölkerungsschutz Heft 2,
- KARUTZ, H./LASOGGA, F. (2008): Kinder in Notfällen. Stumpf & Kossendey: Edewecht
- KRÜGER, A. (2008): Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta: Stuttgart.
- NIKENDEI, A. (2012): Psychosoziale Notfallversorgung. Stumpf & Kossendey: Edewecht.
- PAPASTEFANOU, C. (2013): Allgemeine Prinzipien der Krisenintervention. In: PAPA- STEFANOU C (Hg.) Krisen und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer: Stuttgart.

Individuelle Krisenvereinbarungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Renate Schepker

Zur Erklärung unseres Krisenvereinbarungsmodells müssen zunächst die gesetzlichen Grundlagen erläutert werden.

Der aufnehmende Arzt hat nach § 112 SGB V in Verbindung mit § 39 SGB V die Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu prüfen. Nicht jede Krisenvorstellung eines Jugendlichen mündet in einer stationären Aufnahme, erst recht nicht unter dem Primat ambulanter Möglichkeiten, es sei denn ein niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater indiziert die stationäre Aufnahme gemäß der Vereinbarung zwischen dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG). Sofern dann ein aufnehmender Arzt zu einer anderen Meinung als der Einweisende kommt, muss man diese sofort kommunizieren und sich beraten.

In Baden-Württemberg erlaubt der PIA-Rahmenvertrag aufsuchende Arbeit im Umkreis von einer Stunde Fahrtzeit, so dass flächendeckend an den größeren Jugendhilfeeinrichtungen unseres Einzugsgebiets ein aufsuchender Konsiliardienst etabliert ist, nach dem Ulmer Modell (BESIER et al 2011). In drei von sechs Jugendhilfeeinrichtungen in unserem Einzugsgebiet wird dieser aufsuchende Konsiliardienst von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern durchgeführt, teils in unserem Auftrag als *Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)* in der Praxis (siehe dazu Veröffentlichung von D. Hoehne im Tagungsband 2011). Die Ulmer Heimkinderstudie (BESIER et al. 2009) hat hinreichend belegt, dass aus den konsiliarisch kinderpsychiatrisch betreuten Jugendhilfeeinrichtungen nur halb so viele Tage an Krisenaufenthalten erfolgen wie aus den nicht konsiliarisch betreuten.

Andererseits entstehen gegenüber den konsiliarisch betreuten Einrichtungen auch Verpflichtungen, denn die Partner der Jugendhilfe bestehen auf einer vertraglich geregelten Kooperation einschließlich der Entlastung durch Notaufnahmen. So ist im Einzelfall ein pädagogisch-therapeutischer Schulterschluss gegenüber den betroffenen Kindern und Jugendlichen erforderlich, das heißt, wenn in einer eskalierten Situation seitens der Pädagogen eine Aufnahme in der Klinik angekündigt worden ist, ist es unklug, diese vor dem Jugendlichen durch eine andere Autoritätsperson wieder zurück zu nehmen. Inkonsistenzen dieser Art tragen zur Verstärkung von Verhaltens-

auffälligkeiten bei, da sie den Jugendlichen in Heimerziehung hinreichend aus ihren Elternhäusern bekannt sind.

Da wir in der Weissenau im Vergleich mit der restlichen Bundesrepublik eine eher geringe Bettenmessziffer für Kinder und Jugendliche haben, aber ein eher hohes Krisenaufkommen in der Abteilung, waren wir gezwungen, uns neue Lösungen auszudenken und weitere Wege zu beschreiten. Die Therapeutenbelastung in unserer Abteilung ist trotz des eingeführten Konsiliardienstes in der Jugendhilfe weiterhin sehr viel höher als im Bundesdurchschnitt. Unsere Abteilung verzeichnet in 30 Regelversorgungsbetten jährlich etwa 410 Aufnahmen und Entlassungen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 25 Tagen lag im Jahr 2011 ganze 14 Tage (!) unterhalb des Bundesdurchschnittes.

Das ist erklärlich, wenn man betrachtet, wie viele der Aufnahmen als Krisen und Notfälle ungeplant vorstellig geworden waren. Dabei hat sich seit 2006 eine deutliche Zunahme entwickelt.

Tab. 1: Krisen- und Regelaufnahmen KJPP ZfP Südwürttemberg 2006

	Station 5-12J 82 Pat.		Station 13-15J 128 Pat.		Station 16-18J 137 Pat.		Gesamt 347 Pat.
	Regel 46 Pat. ca.56%	Krise 36 Pat. 44ca. %	Regel 74 Pat. ca. 58%	Krise 54 Pat. ca.42%	Regel 76 Pat. ca. 55%	Krise 61 Pat. ca.45 %	Regel 196 Pat. ca.57% Krise 151 Pat., ca.43%

Bundesweit gelten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ca. 30 % Krisenaufnahmen als adäquat (ENGLERT u. MATKEY 2004). Englert und Matkey wiesen anhand einer Stichprobe von 10 Kliniken in der Bundesrepublik nach, dass diese durchschnittlich ebenso wie die untersuchte Erfurter Klinik 30 % Krisenaufnahmen verzeichneten. Wie aus der Tabelle 1 zu ersehen ist, betragen im Jahr 2006 die Krisenaufnahmen bereits 43 % der Gesamtaufnahmen in der Abteilung und lagen damit bereits 2 Jahre nach der Bundeserhebung deutlich darüber. Im Jahr 2008–2009 wurde in unserer Abteilung die 50 % Marke bei Krisenaufnahmen überschritten, das heißt, die Abteilung verzeichnete mehr Fälle die als Krisenaufnahmen kamen als reguläre Fälle. Im Jahr 2011 betrug der Anteil an Krisen- und Notfallaufnahmen 60 % (s. Tab. 2).

Dies hatte deutliche Auswirkungen auf die durchschnittliche Verweildauer in der gesamten Abteilung, die mit den nur insgesamt 24 Durchschnittsverweildauertagen (bei 46 Regelbehandlungstagen) die damalige

Tab. 2: Krisen- und Regelaufnahmen KJPP ZfP Südwürttemberg 2011

	Station 5-12J 124 Pat.		Station 13-15J 173 Pat.		Station 16-18J 131 Pat.		Gesamt 428Pat.
	Regel 57 Pat. ca.46%	Krise 67Pat. ca.54 %	Regel 66Pat. ca. 38%	Krise 107 Pat. ca.62%	Regel 47 Pat. ca. 36%	Krise 84 Pat. ca.64 %	Regel 70 Pat. ca.40% Krise 258 Pat., ca.60%
VD	Ø ca. 52 Tage/Regel		Ø ca. 44 Tage/Regel		Ø ca. 43 Tage/Regel		Ø 46 Tage/Regel

Durchschnittsverweildauer weit unterschritt. Je mehr Krisen eine Station verzeichnete desto geringer war damit dem Aufnahmepressure folgend auch die Regelverweildauer wie aus Tabelle 2 hervorgeht.

Wir haben die Situation unserer Abteilung unschwer auf die Bettenmessziffer in Baden-Württemberg zurückführen können, die nach Bayern an zweitletzter Stelle in der Bundesrepublik liegt, in unserer Region ist das Verhältnis zudem eher schlechter als der Baden-Württemberg-Durchschnitt. Andererseits war es auch möglich, aus der Not kreative Lösungen abzuleiten. Im Bestreben unserer Abteilung Krisenaufnahmen zu reduzieren, suchten wir nach Lösungen wie eine Jugendhilfeeinrichtung oder eine Familie erst einmal »Bordmittel« systematisch einsetzen kann um Krisenaufnahmen zu vermeiden. Dies bedeutet natürlich eine Differenzierung der verschiedenen Krisenindikationen. Nach Darius et al 2001 (zitiert bei KÖLCH, FEGERT und HELLENSCHMIDT 2009) kann man Krisen differenzieren in:

- a) einfache Krisen in der Familie wie Streit und Aggressionen,
- b) dringliche Krisen (wie ein »ausgerasteter Jugendlicher«),
- c) medizinische Notfälle wie eine schwere Magersucht und
- d) psychiatrische Krisen wie Suizidalität und akute Psychosen.

Während die letzten beiden Indikationen oft absolute Aufnahmeindikationen in einer vollstationären Einheit bedeuten, belaufen sich die ersten beiden Kategorien, dass heißt Krisen in der Familie und dringliche Krisen nach ENGLERT und MATKEY (2004), auf bis zu 58 % der Krisen und Notfallaufnahmen. Wenn diese also verhinderbar würden, wäre unsere Abteilung sichtlich entlastet. Wir haben daher die Strategie verfolgt, mit den konsiliarisch versorgten Einrichtungen Krisenvereinbarungen zu treffen und diese wiederum um individuelle Krisenvereinbarungen ergänzt.

Die *einrichtungsbezogene Krisenvereinbarung* stellt sicher, dass alle pädagogischen Mittel der Einrichtung systematisch eingesetzt werden, bevor eine

Notfallvorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt. Dazu gehört, dass die Einrichtungsleitung von einer Krisenvorstellung in der Psychiatrie informiert ist, dass eine fachkundige Begleitung sichergestellt wird – im Gegensatz zum begleitenden Zivildienstleistenden der oft das betroffene Kind nicht einmal kennt – und dass ein würdiger Ablauf für das betroffene Kind (Tasche packen, Unterlagen beifügen, Kuscheltier mitnehmen) sichergestellt ist. Die Krisenvereinbarung innerhalb einer Jugendhilfeeinrichtung sieht systematische Deeskalationsschritte vor. Einige Einrichtungen sind auch in der Lage, eine Bedarfsmedikation zu verabreichen (dies setzt allerdings Qualitätssicherungsmaßnahmen im Umgang mit Medikation und Fachkunde voraus). Gelegentlich, aber nur mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde, kann in einigen Einrichtungen auch ein Time-Out im Time-Out-Raum erfolgen (dies setzt vorheriges Elterneinverständnis, bei regelmäßigem Einsatz auch eine richterliche Genehmigung nach §1631 b BGB voraus, muss zeitbegrenzt sein und, wenn keine Beruhigung erfolgt, dennoch in eine psychiatrischen Vorstellung münden; es muss dokumentiert werden und nachreflektiert!). Solche einrichtungsbezogenen Vereinbarungen werden in aller Regel in einem Ablaufschema abgebildet und regelmäßig zwischen den Leitungen der Klinik und der Einrichtung reflektiert und überarbeitet.

Individuelle Krisenvereinbarungen dem gegenüber vereinfachen die Aufnahmeverfahren in der Krise bezogen auf das individuelle Kind oder den Jugendlichen. Sie ermöglichen, dass keine Diskussionen der Erwachsenen mehr um die Aufnahmeindikation stattfinden und stabilisieren daher die Erwachsenenenebene aus sich heraus. Sie werden im therapeutischen Kontext vorab vereinbart und setzen dem Jugendlichen klar definierte Grenzen. Sie fördern und fordern die Selbstregulation und definieren die Krisen als Fokalthherapie und als erwartete (!) Stolpersteine auf dem Weg der Besserung im Rahmen eines Gesamttherapieplans. Individuelle Krisenvereinbarungen lassen auch im Fall einer Aufnahme die Fallführung unverändert, beim Konsiliararzt, beim Niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater oder beim Therapeuten in der Institutsambulanz. Sie werden mit bekannten Patienten, durchaus auch zuhause lebenden oder in Pflegefamilien lebenden Patienten abgeschlossen, die sich oft aufgrund einer schwereren Störung, z. B. mit hoher Impulsivität, durch regelmäßige Notfallaufnahmen auszeichnen. Voraussetzung ist die Vorstellung in der Institutsambulanz, beim Konsiliararzt oder beim Niedergelassenen. Der Termin sollte möglichst auch bei in der stationären Jugendhilfe lebenden Jugendlichen mit den Eltern erfolgen, denn die Zustimmung der Eltern ist für einen Krisenplan erforderlich. Sol-

che Vereinbarungen mit Deeskalationsschritten sollten mit allen beteiligten Erwachsenen abgestimmt sein und in Ferienzeiten zuhause weitergeführt werden. Stimmen die Eltern zu, ist die Compliance des Kindes oder des Jugendlichen erfahrungsgemäß deutlich besser. Der Einbezug von Vorerfahrungen, die oft in Vorbefunden dokumentiert sind, ist für die Erstellung des individuellen Krisenplans meist hilfreich. Auch setzt eine individuelle Krisenvereinbarung eine ausführliche psychiatrische Diagnostik voraus, die in der Institutsambulanz oder mit dem Psychologen der Einrichtung oder in der niedergelassenen Praxis erstellt wird. Realistisch durchführbar ist eine individuelle Krisenvereinbarung nur dann, wenn eine verbindliche »Rückübernahmeverpflichtung« des betroffenen Kindes durch Eltern oder die betreuende Einrichtung besteht. Diese Verpflichtung wird bei den konsiliarisch betreuten Einrichtungen nur in äußerst seltenen Fällen durchbrochen, was dann regelmäßig das Benutzen »des roten Telefons« von Leitung zu Leitung nach sich zieht. Nach der ambulanten Vorstellung wird je nach Einzelfall eine laufende Medikation oder eine gegebenenfalls verordnete Bedarfsmedikation festgelegt, ggfs. auch eine laufende ambulante Psychotherapie terminiert; und es erfolgt die Beratung der Bezugspersonen im Team zum Umgang mit eskalativen Situationen. Für den betroffenen Jugendlichen erfolgt oft die Vorstellung oder Besichtigung der altersgemäß zuständigen Station, die Erklärung des dortigen Rahmens und der dort vorfindlichen Regeln. Ein erstellter Krisenplan wird dort deponiert.

Interessanterweise ist die Sicherheit auf Seiten der Erzieher und die Kenntnis der aufeinander folgenden Schritte bei den Jugendlichen eine rahmenbildende Maßnahme, die das Eskalieren in Krisensituationen deutlich einschränken kann. Eine individuelle Krisenvereinbarung kann beispielsweise so aussehen:

Plan für schwierige soziale Situationen

Typische Situation und Reaktion: *»Ich werde wütend wenn jemand mich dumm ansieht oder wenn ich was tun soll und man mich drängelt.«*

1. Schritt: *»Ich bekomme ein Stoppsignal, d.h. die Erzieher heben eine Hand.«*
- 2.: *»Ich gehe ins Zimmer um runterzukommen«*
- 3.: *»Wenn das nicht klappt gehe ich 'ne halbe Stunde raus. Ich mache draußen nichts kaputt.«*
3. alternativ: *»Wenn das nicht klappt setze ich mich zehn Minuten aufs schwarze Sofa und wir reden.«*

4.: »Wenn ich weiter schimpfe und nicht runter komme nehme ich meinen Bedarfssaft«.

Die Vereinbarung kann je nach Ermittlungsstand und Struktur des betroffenen Jugendlichen diese hier abgebildete Vielzahl an Schritten umfassen, bei einigen Jugendlichen empfiehlt sich eine dreistufige Skala, wenn sie sich mehr nicht merken können. Die Elemente individueller Krisenvereinbarung können z. B. folgendes umfassen:

- Gemeinsam vereinbartes Stopp- oder Achtungssignal geben
- Aufforderung zur Auszeit im Zimmer des Jugendlichen
- Intensive Einzelzuwendung durch eine/n Erzieher/in oder Eltern/teil
- Den Jugendlichen eine Zeitlang in Ruhe lassen
- Nachbesprechung der Krise nach Beruhigung der Situation
- Gemeinsam getroffene Vereinbarungen für künftige Krisen / Überarbeitung Krisenplan
- Ambulante Krisenintervention (Konsildienst / Niedergelassener / PIA)
- Max. 48stündige stationäre Krisenintervention KJPP vollstationär mit Besprechung der Krisensituation auf neutralem Boden, ggfs. »Krisenbericht«
- Vor Entlassung Besprechen der Krisensituation mit den situativ Beteiligten

Es ist darauf hinzuweisen, dass Kriseninterventionen nach diesen individuellen Krisenvereinbarungen nur maximal 48 Stunden umfassen. Je nach Situation kann es sehr sinnvoll sein, dass die Jugendlichen in der Zeit einen »Krisenbericht« verfassen, in der sie auch auf den Auslöser der Krise eingehen. Dieses gibt den Therapeuten auf der Station die Möglichkeit, die einzige Aufgabe zu erfüllen, die ihnen außerhalb des Managens der akut eskalierten Situation zufällt: vor der Entlassung die Entstehung, die Eskalation und die Bewältigung der Krise mit dem Kind und dem betroffenen Mitarbeiter nachzubearbeiten – im Idealfall holt derjenige Mitarbeiter, der bei Entstehung der Krise mit dabei war, das Kind auch ab –. An den fallführenden Therapeuten im Konsiliardienst der PIA oder in der niedergelassenen Praxis wird das Ergebnis dieser Bearbeitung im Entlassbericht zurückgemeldet.

Mit diesem Vorgehen fördert man sowohl die Selbstregulation der Jugendlichen als auch die selbstregulatorischen Prozesse zwischen Jugendlichen und Bezugspersonen. Jede Krise ist dann ein Test für die Verbindlichkeit der

Absprachen und der Absprachefähigkeit sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene. Denn diese Vereinbarung gibt dem Diensthabenden in der Klinik eine Sicherheit über das, was in der Einrichtung oder der Familie bereits erfolgt ist und Hinweise für das weitere mögliche Vorgehen nach der Aufnahme.

Bei uns hat die Einführung bei individuellen Krisenvereinbarungen zu einer leichten Reduzierung von Krisenaufnahmen um etwa 10 % und zu einer Stabilisierung der Verweildauer geführt. So konnte im Jahr 2012 bereits der Anteil an Krisenaufnahmen auf knapp unter 50 % reduziert werden. Allerdings ist die Verweildauer für regelhaft behandelte Patienten in der gleichen Zeit nicht gestiegen, sondern weiterhin gesunken. Das kann als Hinweis darauf genommen werden, dass diese institutionsbezogenen Daten vielen verschiedenen Determinanten unterliegen und dass der Aufnahmedruck durch Regelpatienten weiterhin unverändert hoch ist.

Wir hoffen, dass wir mit Hilfe des Instrumentes individueller Krisenvereinbarungen, das künftig in der Effektivität noch genauer wissenschaftlich evaluiert werden soll, den Beitrag der Krisenaufnahmen an der Belastung von Therapeuten und anderen Berufsgruppen der Stationen auffangen konnten.

Literatur:

- BESIER, T./FEGERT, J. M., GOLDBECK, L. (2009): Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes, *European Psychiatry* 24: 483–489,
- ENGLERT, E./MATKEY, M. (2004): Der kinder- und jugendpsychiatrische Notfall. *Arzteblatt Thüringen*, (6), 288–90
- KÖLCH, M./FEGERT, J. M./HELLEN Schmidt, T./BRUNNER, R. (2009): Krisen und Notfälle. In FEGERT, J. M., EGGERS, C., RESCH, F. (Hg) (2009): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2.Auflage, 971–983

Ambulante Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten

Maik Herberhold

Was ist eine Krise – und was benötigt sie?

Das Wort *Krise* (griech. κρίσις, krisis) bezeichnete ursprünglich ›die Meinung‹, ›Beurteilung‹, ›Entscheidung‹ in einer bestimmten Situation. Daran sei direkt zu Beginn erinnert, da ich im Folgenden darzustellen versuche, dass dies bei einer gelingenden Krisenintervention zu leisten ist – persönlich, institutionell, kooperativ. Die spätere Bedeutungseinschränkung auf eine ›Zuspitzung‹ macht hingegen keinerlei Lösungsperspektive auf, schränkt sich auf das Erleben desjenigen ein, der die Krise durchmacht, identifiziert sich geradezu mit dem der Krise eigenen »Tunnelblick«, dem »Sackgassengefühl«.

Die Definition der psychischen Krise aus dem Roche Lexikon Medizin beschreibt hingegen beide Aspekte:

»K., psychische: Zusammenbruch der seelischen Bewältigungsmechanismen oder Konfliktlösungsstrategien; kann sich in Erregungszuständen, depressiven Verstimmungen, Selbsttötungshandlungen äußern, stellt jedoch oft auch die Voraussetzung für durchgreifende positive Veränderungen der Lebenshaltung dar.«¹

D’Amelio fasst Berger & Riecher-Rössler zitierend die Rahmenbedingungen und die Anforderungen an eine gelingende Krisenintervention folgendermaßen zusammen²:

- schneller Beginn
- zeitliche Begrenzung
- Sicherheit für Betroffene und Umfeld gewährleisten
- Rasche physische, kognitive und emotionale Entlastung anstreben
- Sicheren Raum anbieten für den Ausdruck von (heftigen) Gefühlen
- Aktive und (Methoden-) flexible therapeutische Haltung (Zuhören bis Handeln)

1 Roche Lexikon Medizin (5. Aufl.). Stichwort: Krise, psychische. Urban & Fischer, 2003.

2 BERGER P & RIECHER-RÖSSLER A. Definition von Krise und Krisenassessment. In: RIECHER-RÖSSLER A, BERGER P, YILMAZ AT, STIEGLITZ RD (Hrsg.) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe, 2004; 19–30 ; zit n. Studienbrief: Krise und Krisenintervention – Version 2010 , Dipl. Psych. R. D’Amelio, Universitätskliniken des Saarlandes

- Transparentes, nachvollziehbares und eindeutiges therapeutisches Vorgehen mit klarer Kommunikation
- Behandlungsfokus auf aktuelle Situation und / oder Krisenauslöser
- Reaktivierung und Einbezug von Ressourcen
- Planung und Vereinbarung einer »Nachsorge«

In welchem therapeutischen Setting können diese Anforderungen erfüllt werden?

Als versorgungsstrukturell relevante Aspekte für das Angebot einer gelingenden »Krisenintervention« ergeben sich für mich:

- Niedrigschwelligkeit:
- Rasche Hilfe ohne Wartezeiten durch den Therapeuten
- Keine spezifische intellektuelle oder motivationale »Psychotherapiefähigkeit« des Patienten voraussetzen
- Rascher Beziehungsaufbau, eher supportiv
- Erarbeitung von Perspektiven und Lösungswegen (noch nicht unbedingt Lösungen)
- Flexible methodenintegrative Vorgehensweise sinnvoll

Versorgungsstruktur

Als Orte einer solchen Krisenintervention stehen in unserem krankenkassenfinanzierten Gesundheitssystem (ich sehe in diesem Zusammenhang von nichtmedizinischen Kriseninterventionseinrichtungen und Einrichtungen der Gesundheitsämter ab) prinzipiell Kliniken oder niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten zur Verfügung.

Während Klinikambulanzen niedrigschwellig und ohne längere Wartezeiten handeln können, ist dort die quasi »subakute«, mittelfristige Krisenbewältigungsarbeit mit dem Patienten nur schwer möglich. Oft spitzt sich die Entscheidung nur auf die Frage der stationären Aufnahme des/der Krisenbetroffenen zu – eine ungünstige Integration der oben ausgeführten Bedeutungshöfe des Wortes Krise. Eine ambulante Begleitung des/der Patienten/in über einige Wochen hinweg ist institutionell oft schwierig, hier spielen die derzeitigen Finanzierungsmodelle und die betriebswirtschaftliche Ausrichtung der betreibenden Kliniken eine gewichtige Rolle.

Man sollte meinen, es ergäbe sich zwangsläufig, dass Krisenintervention eine Domäne der vertragsärztlichen (und vertragspsychotherapeutischen) Versorgung durch Niedergelassene sei. Nicht zuletzt erfüllt das durch die

Kassenärztlichen Vereinigungen organisierte Vertragsarztsystem ja den sogenannten »Sicherstellungsauftrag«, das heißt eben die Sicherstellung ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung auch in Not- und Krisensituationen, 24 Stunden am Tag, auch an Wochenenden.

Warum wird aber trotz unbestreitbarer Verbesserungen in den letzten Jahren weiterhin die schnelle, akute Hilfe für Kinder, Jugendliche und ihre Familien weithin als problematisch erlebt? Ist es ein Problem fehlender Therapeut(inn)en?

Die Zahl der Vertragsärzte/innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat zum 31.12.2012 888 erreicht, das sind 9,2 % mehr als im Vorjahr. Die Zahl der kassenärztlich zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en betrug Ende 2010 3.507, als voraussichtliche zusätzliche Sitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en in 2013 werden 180 genannt (leider sind aktuellere Zahlen nicht veröffentlicht). Dem stehen ca. 160 kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, ca. 125 Tageskliniken und ca. 120 Ambulanzen im Kliniksektor gegenüber.

Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) unterliegen seit letztem Jahr erstmalig seit Begründung der Facharztbezeichnung der Bedarfsplanung, das heißt, in bestimmten Regionen ist eine Neuniederlassung nicht mehr möglich. Zur Aufnahme in die Bedarfsplanung führte nicht in erster Linie die in den letzten Jahren erfreuliche und steile Zunahme niedergelassener KJPP, sondern die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ärzten und Krankenkassen (G-BA), prinzipiell alle Arztgruppen (zu denen definitionsgemäß auch die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en gehören) »bedarfszuplanen«. Allerdings suggeriert der Begriff etwas anderes als er in der Realität meint: es wird nicht wirklich ein vorhandener Bedarf (wie auch immer) ermittelt und damit eine Richtzahl festgelegt, wie viele Ärztinnen/e und Psychotherapeutinnen/en in einer bestimmten Region zuzulassen sind. Vielmehr wird zu einem bestimmten Stichtag »Ist gleich Soll« hinsichtlich des bestimmten Bundesdurchschnitts und bezogen auf die Bevölkerungsstruktur einer nach festgelegten Kriterien zugeschnittenen Bedarfsplanungsregion gesetzt. Der G-BA formuliert hierzu:

»Während die Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten durch differenzierte, in ihrer Größe und Zuschnitt unterschiedliche Planungsbereiche verbessert wird, kam der G-BA im Hinblick auf die für eine ausreichende Versorgung erforderlichen

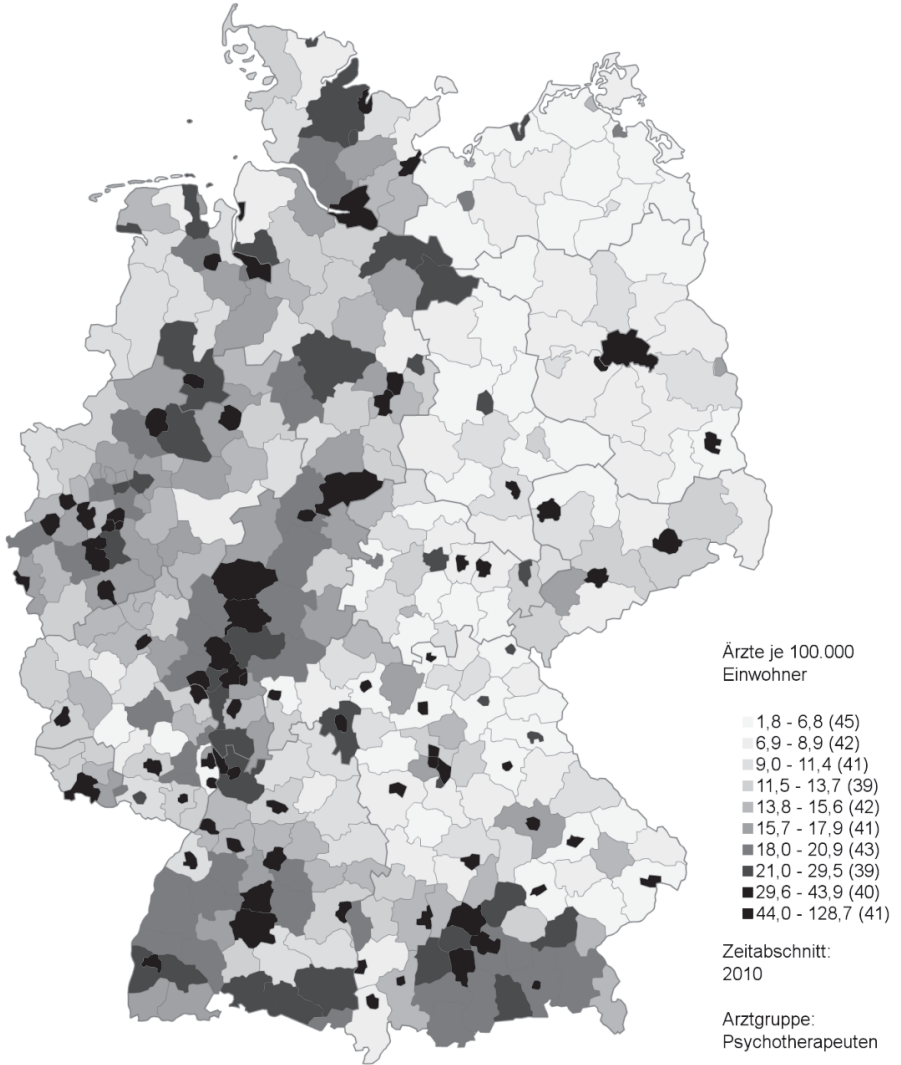
Arztzahlen nach eingehender Prüfung und Diskussion zu dem Ergebnis, dass die Sollzahlen der bisherigen Bedarfsplanung als bedarfsgerecht zu bewerten sind und deshalb beibehalten werden. Die schon zum damaligen Zeitpunkt festgestellte, im europäischen Vergleich außerordentlich hohe, im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung einzigartige Versorgungsdichte wird weiterhin grundsätzlich als ausreichend für eine flächendeckende Versorgung angesehen.»

Dementsprechend wurde die Zahl der zum 31.12.2010 niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie pro Einwohner als »Soll« gesetzt und auf die Verteilung in den einzelnen Bedarfsplanungsregionen angewandt, mit dem Ergebnis der Ausweisung »übersorgter« und »untersorgter« Regionen, also Regionen, in denen die willkürlich festgelegte Durchschnittszahl überschritten oder nicht erreicht wurde. In letzteren bestehen noch Niederlassungsmöglichkeiten für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en wurden die Sollzahlen der bisherigen Bedarfsplanung weitergeschrieben.

Die Bedarfsplanung soll neben einer (aus Gründen der Finanzierbarkeit des deutschen Gesundheitssystems gewollten) generellen Begrenzung der Zahl von Vertragsärzten und -psychotherapeuten auch einer gleichmäßigeren Verteilung der Leistungserbringer (z. B. auch in ländliche Regionen hinein) dienen. Zur Versorgungssituation im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie existieren folgende Versorgungslandkarten:

Auch wenn diese Karte nicht die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en gesondert ausweist, ist doch näherungsweise die prinzipielle Verteilung zu ersehen, die sich bei einer festgelegten Quote von 20 Prozent der Sitze für Vertragspsychotherapeuten proportional ergibt. Deutlich wird ein ausgeprägtes West-Ost-Gefälle, wie aus anderen Übersichten bekannt ist, liegt auch eine Zentrierung auf die Städte vor (Abb. 1).

Ambulante Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten



© 2013 versorgungsatlas.de

Abb. 1: Versorgungslandkarte Psychotherapeuten (Quelle: www.versorgungsatlas.de)

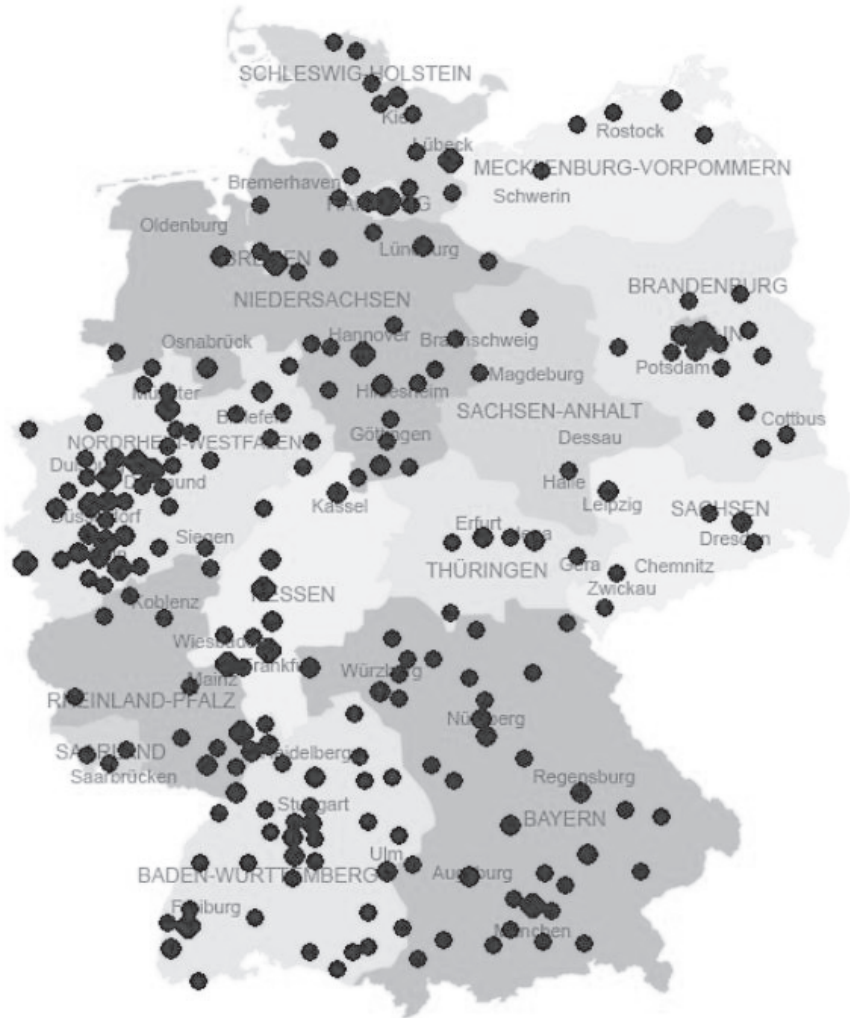


Abb. 2: Versorgungslandkarte der Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quelle: www.bkjpp.de)

Deutlich wird auch hier ein allgemeines Versorgungsgefälle von Süd-West nach Nord-Ost. Der früher festzustellende, geschichtlich begründete Unterschied in der ambulanten Versorgung zwischen einer im Westen vor allem durch Niedergelassene, im Osten hingegen eher durch Klinik-Ambulanzen geprägten Versorgungsstruktur ist hingegen nicht mehr so deutlich ausge-

prägt. Die Verteilung der Klinik-Ambulanzen lässt sich auf der folgenden Karte nachvollziehen:



Abb. 3: Versorgungslandkarte der Ambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quelle: www.bkjpp.de)

Hier wirkt die Versorgung insgesamt homogener, wenn auch in den ländlichen Regionen – egal ob Ost oder West – erhebliche Lücken klaffen. Zu bedenken ist, dass Ambulanzen keinen Vollversorgungsauftrag haben, sondern die sogenannte »krankenhausnahe Versorgung« leisten sollen.



Abb. 4: Versorgungslandkarte der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quelle: www.bkjpp.de)

Bezüglich der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ergibt sich ein deutlich homogeneres Bild, aufgabengemäß spielt die Verteilung in die ländliche Fläche andererseits bei Kliniken nicht die zentrale Rolle.

Legt man die Karten der fachärztlich - kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung übereinander, resultiert folgende Karte:

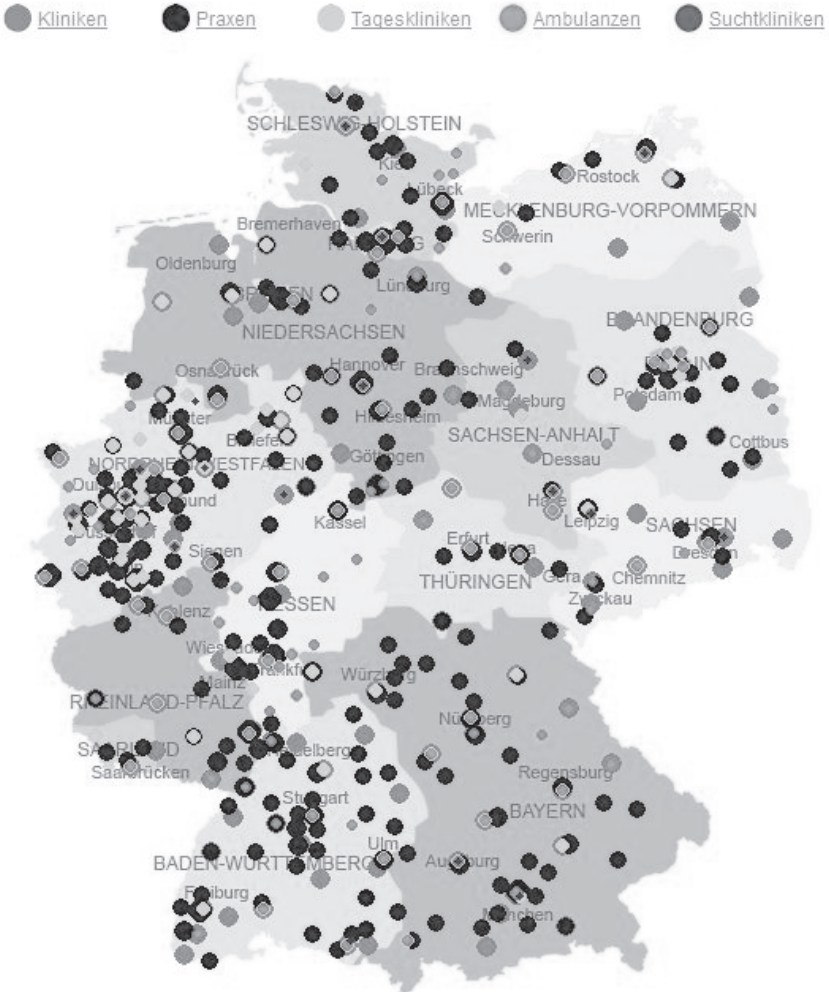


Abb. 5: Landkarte des kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsnetzes (Quelle: www.bkjpp.de)

Es wird deutlich, dass einige zuvor ins Auge stechende »Weiße Flecken« durch realiter komplementär versorgende »Anbieter« gefüllt sind, so dass die Notfall- und Krisenversorgung seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie bundesweit deutlich besser gewährleistet werden kann, als es noch vor ein paar Jahren der Fall war. Diese Karten geben allerdings dennoch nur ein verzerrtes Bild der Wirklichkeit, denn wenn man die oben ausgeführten Bedingungen für das Angebot einer gelingenden »Krisenintervention« zugrunde legt, können dies nicht alle ausgewiesenen Helfer in gleichem Maße erbringen.

Strukturelle Hindernisse für ausreichende und gelingende Krisenintervention

Nehmen wir das Vorhandensein ambulanter Hilfen bei Krisen in den Blick, ist die Verteilung von Kliniken und Tageskliniken eher sekundär zu bewerten, da diese ja der stationären Versorgung dienen, die zwar für eine vollständige Krisenintervention Verfügung stehen muss (bei Scheitern ambulanter Bemühungen und auch um ausreichende Sicherheit in den ambulanten kriseninterventiven Maßnahmen zu gewährleisten), aber eben nicht die erste Versorgungsstufe darstellen sollte.

»Ambulant vor stationär« nimmt Ambulanzen und Niedergelassene in die Pflicht. Wie sieht es da strukturell aus?

Klinik-Ambulanzen haben als Grundlage den §118 SGB V, der formuliert: *»Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.«* Insofern können die Ambulanzen in den niederlassungsseitig bislang freigelassenen »weißen Flecken« der Versorgungslandkarte tatsächlich prinzipiell Versorgungslücken schließen und in besser versorgten Regionen ergänzende Angebote machen, die eine notgedrungene stationäre Aufnahme vermeiden helfen können. Allerdings sind die Fallpauschalen, die die Ambulanzen für die Behandlung erhalten, kein Anreiz für eine kontinuierliche und längerfristige, mittelfrequente Begleitung von Patienten. Wie hier verfahren wird und ob eine lukrativere stationäre Aufnahme wirklich aus inhaltlichen Gründen vermieden wird, ist in das Ermessen der verantwortlichen Ärzte (und deren Geschäftsführung) gestellt.

Sind nun niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en besser aufgestellt, um dem unstreitigen Versorgungsbedarf in Krisensituationen gerecht zu werden? Bundesweit ist bis auf sehr wenige Ausnahmen eine

weitere Niederlassung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en gesperrt, die Regionen sind nach Ansicht des G-BA (siehe oben) im europäischen Vergleich »einzigartig« gut versorgt. Warum gibt es dann Klagen?

Die durch die deutsche Sozialgesetzgebung vorgeschriebene Art der Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en steht einer zahlenmäßig relevanten Ausrichtung auf Notfälle entgegen. Psychologische Psychotherapeut(inn)en und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en werden primär für die Durchführung von Richtlinien-Psychotherapie in den Verfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse zugelassen. Nach Durchführung von etwa fünf (schlechter honorierten) probatorischen Sitzungen ist ein Gutachterverfahren zwischengeschaltet, um eine längerfristig angelegte Psychotherapie genehmigen zu lassen. Dies ist sicher keine Struktur für eine niedrigschwellige, zeitlich begrenzte, allenfalls kurzzeitinterventionell, supportiv und/oder weitervermittelnd angelegte Kriseninterventionsbehandlung. Zwar gibt es Möglichkeiten, über andere Abrechnungsziffern der Gebührenordnung Behandlungsstunden anzubieten, dies ist aber im Vergleich zur Durchführung richtlinienpsychotherapeutisch angelegter Verfahren hoch unwirtschaftlich. Eine derzeit durchgeführte Petition »Rasche Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch höher vergütete ›Erstgespräche‹³ rechnet vor: ein psychotherapeutisches Erstgespräch (50 Minuten) erbringt ein Honorar von ca. 52 Euro, eine »genehmigte« Therapiesitzung (Antragspsychotherapie, 50 Minuten) hingegen ein Honorar ca. 81 Euro. 50 reguläre (= genehmigte) Therapiesitzungen bei einem einzelnen Patienten erbringen demnach ca. 4.150 Euro, 10 verschiedene Patienten mit jeweils 5 Erstgesprächen werden hingegen nur mit ca. 2.632,65 Euro vergütet, also schon bei 50 Zeiteinheiten ca. 1.418,75 Euro weniger! Hierbei ist der ungleich höhere organisatorisch-logistische Aufwand für die Behandlung einer größeren Anzahl von Patienten noch gar nicht berücksichtigt.

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle angefügt, dass ein kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch (50 Minuten) mit etwa 68 Euro vergütet wird.

3 http://www.avaaz.org/de/petition/Rasche_Verbesserung_der_psychotherapeutischen_Versorgung_durch_hoehe_verguetete_Erstgespraeche_probatorische_Sitzungen/?email

Es ist festzuhalten: psychiatrische und psychotherapeutisch-kriseninterventive Gesprächsleistungen werden deutlich schlechter vergütet als die Richtlinienpsychotherapie.

Insofern zielt die Bundespsychotherapeutenkammer hinsichtlich einer Verbesserung der Krisenversorgung mit ihrer Forderung ins Leere, rund 4.000 Praxissitze für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusätzlich auszuweisen. Die Bundespsychotherapeutenkammer geht von einem zusätzlichen Honorarbedarf von rund 300 Millionen Euro aus, der zusätzlich von den Krankenkassen zu finanzieren sei, nach obiger Rechnung aber wohl nur einer Ausweitung der Richtlinienpsychotherapie und nicht einer Verbesserung der Akutversorgung zugutekäme.

Die personelle Aufstockung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en kann nur bei einer extremen Zunahme (wie sie die Bundespsychotherapeutenkammer ja fordert) eine der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ähnliche Patientenzahl erreichen. Ein/e Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in versorgt derzeit (unter obigen Honorarbedingungen) ca. 40–50 Patienten pro Quartal, eine kinder- und jugendpsychiatrische Praxis mit Sozialpsychiatrie hingegen ca. 450 Patienten pro Quartal. Der Hauptanteil (etwa 90 %, auch bei Hinzunahme der Ambulanzen) der wohnortnahen ambulanten kinder- und jugendpsychiatrisch-/psychotherapeutischen Versorgung wird von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie erbracht.

Unter der wahrscheinlichen Voraussetzung, dass die geforderten enormen Geldsummen für eine (nicht nur personell, sondern vor allem inhaltlich) verstärkte kinder- und jugendpsychiatrisch und -psychotherapeutische Versorgung nicht zur Verfügung gestellt werden, geht es offensichtlich darum, weitgehend unter den gegebenen Bedingungen zu einer Verbesserung der Krisen- und Akutversorgung zu kommen. Dies geht m. E. nur durch eine Intensivierung der Kooperation und die Vermeidung finanzieller Fehlanreize.

Ein erfolgreiches Beispiel für eine kooperative Versorgungsstruktur stellt die sozialpsychiatrische Praxisform dar.

Mehr als die Hälfte der derzeit ambulant tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie arbeitet nach dem sozialpsychiatrischen Versorgungsmodell. Hierbei werden nichtärztliche Therapeut(inn)en (Heilpädagoginnen, Sozialpädagoginnen, Psychologinnen, ...) von den Praxisinhaber(inne)n angestellt, um sowohl innerhalb der Praxis interdisziplinär, als auch kooperativ mit externen

Hilfstrukturen Lösungen anzubieten, Behandlungen durchzuführen und bei Bedarf weiterzuvermitteln. Oft wird so zum Beispiel bis zum Beginn einer mit längeren Wartezeiten verbundenen Richtlinienpsychotherapie überbrückt, oft aber auch erst Krankheitsbewusstsein und Therapiemotivation geschaffen. Das sozialpsychiatrische Diagnostik und Behandlungsangebot erfüllt insofern hinsichtlich Niedrigschwelligkeit, Flexibilität und an das Störungsbild angepasste Therapiefrequenzen wichtige strukturelle Bedingungen für Krisenintervention. Die Anwendung eines individuellen und methodenintegrativen Behandlungsinstrumentariums (supportive, psychotherapeutische, psychosoziale und ggf. psychopharmakologische Interventionen) ist Merkmal dieser Behandlungsstruktur, ebenso die regelhafte Kooperation mit Schnittstellen.

Allerdings ist die Kooperation mit Ambulanzen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, aber auch Kinder- und Jugendärzten oder der Jugendhilfe weiterhin verbesserungswürdig.

Neben einer besseren Finanzierung des Aufwandes, den kooperative Gespräche darstellen, ist vor allem die Schaffung neuer Kooperationsstrukturen notwendig.

Kooperative, multimodale Therapie erfordert nach der Sicherung der Diagnose eine Festlegung eines Fallverantwortlichen bzw. Koordinators, eine genaue Definition der Behandlungspfade, eine Hierarchisierung der Behandlungsplanung, Qualitätssicherung und ausreichende Kompetenz der kooperierenden Behandler(innen), die Anwendung evidenzbasierter therapeutischer Verfahren und eine, die Patienten und ihre Bezugspersonen einbeziehende Verlaufskontrolle. Ein erstes Beispiel für eine in Vertragsform gegessene Kooperationsstruktur stellt der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en, Kinder- und Jugendärzte/innen und Kinder- und Jugendpsychiater/psychotherapeut(inn)en einbeziehende »ADHS-Vertrag« der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dar, der derzeit in Baden-Württemberg und Bremerhaven von vereinzelt Krankenkassen umgesetzt wird. Die darin vorgesehene Bildung von Behandlungsteams wird hinsichtlich des logistischen Aufwandes zusätzlich vergütet.

Mit Sicherheit würde ein ähnliches, auf Krisenintervention ausgerichtetes Modell nicht mehr Geld kosten, als die »Odyssee« krisenhaft Erkrankter im Gesundheitssystem mit einer Vielzahl insuffizienter, ungeeigneter oder schließlich notwendiger kostenintensiver stationärer Maßnahmen fordert.

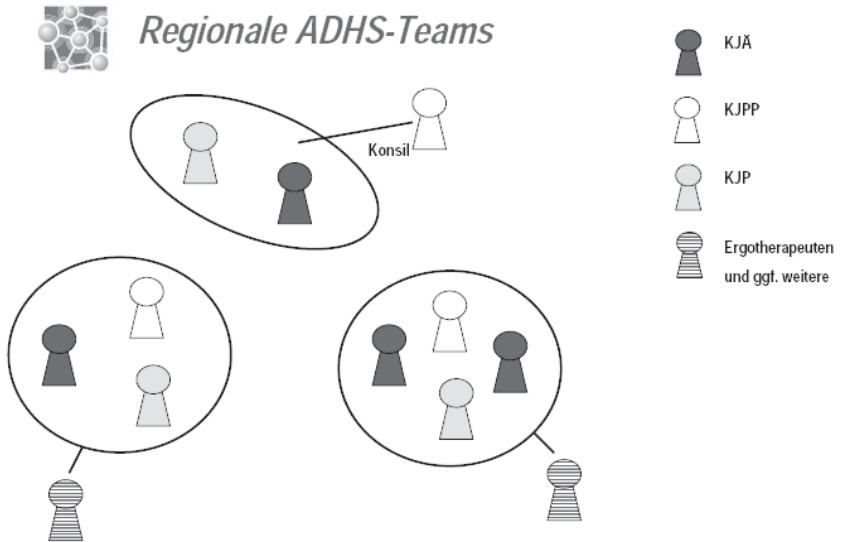


Abb. 6: Bildung von Behandlungsteams im Rahmen des ADHS-Vertrages (Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Was benötigt eine Krise – versorgungsstrukturell?

Schnell verfügbare (»niedrigschwellige«), abgestufte, Lösungswege aufzeigende, methodenintegrative, interdisziplinär und interinstitutionell kooperative, ausreichend finanzierte Angebote.

III Spezielle Krisenhilfen

Einleitung

Ulrich Krüger

In diesem Symposium werden Krisenhilfen für Menschen in speziellen Lebenssituationen beschrieben.

REFUGIO München ist ein Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge, also Menschen, die zumeist aus höchst bedrohlichen Verhältnissen geflohen und aktuell durch Heimatverlust, Trennung von Bezugspersonen und das Risiko baldiger Abschiebung belastet sind. Bei Beratung und Behandlung sind sprachliche Barrieren zu überwinden.

Die Trauma-Ambulanz in Berlin bietet Gewaltopfern Beratung und Behandlung an und leistet auch bei schwerstraumatisierten Personen wirksame Unterstützung. Durch Evaluation des Angebots wird ein bedeutender Beitrag zur Evidenz-Forschung geleistet.

Im dritten Beitrag werden psychische Krisen im Arbeitsleben thematisiert. Das Zentrum für seelische Gesundheit der Asklepios-Klinik in Hamburg-Harburg leistet in diesem Bereich Behandlung, Beratung, Prävention und Informationsarbeit. Sie unterstützt damit Beschäftigte und Betriebe und forscht in diesem Bereich mit unübersehbar wachsender Bedeutung.

Neben der Darstellung der jeweils spezialisierten Krisenhilfen geht es auch um die Kooperation mit allgemeinen Angeboten der Beratung und Behandlung bei psychischen Krisen. Die Diskussion zeigte: Spezialisierte Krisenhilfe ist in einigen Bereichen sinnvoll und notwendig. Die entsprechenden Angebote sind jedoch nur in enger Kooperation mit nicht spezialisierten Hilfen sinnvoll und möglich. Nur dadurch kommen sie schnell in Kontakt zur Zielgruppe. Eine Aufgabe der spezialisierten Krisenhilfe-Angebote besteht darin, ihre besondere Kompetenz auch Krisenhelfern in nicht-spezialisierten Angeboten zugänglich zu machen.

Psychische Krisen im Arbeitsleben

Hans-Peter Unger

In den letzten 50 Jahren hat ein dramatischer Wechsel unserer Arbeitsgesellschaft stattgefunden: Von der Produktionsgesellschaft der 50er und 60er Jahre haben wir einen radikalen Wandel zu einer Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft vollzogen (UNGER/KLEINSCHMIDT, 2006, UNGER 2007). Im Rahmen dieses gesellschaftlichen Veränderungsprozesses hat sich die Arbeit selbst verändert, vom Fließband und Schreibtisch hin zu »Beziehungsarbeit« in Netzwerken. In dieser neuen Arbeitswelt wird die Persönlichkeit zum wichtigsten Faktor für den Erfolg eines Unternehmens. »Zwischenmenschliche Beziehungen und deren emotionaler Charakter sowie die Kommunikation treten in den Vordergrund« (ILLOUZ, 2008). Die israelische Soziologin Eva Ilouz spricht von »emotionalen Kapitalismus«. Im Verlauf dieser Veränderung unserer Arbeitswelt stehen psychische Beanspruchungen und Belastungen heute vor den körperlichen und Umweltbelastungen an erster Stelle unter den arbeitsbedingten gesundheitlichen Gefährdungen. Die mediale Diskussion, ob psychische Belastungen arbeitsbedingt ansteigen oder nicht, macht im Grunde nur deutlich, dass psychische Störungen häufig sind, der Behandlungsbedarf steigt und das Interesse der Unternehmen an der psychischen Gesundheit ihrer Mitarbeiter – zwar ökonomisch bedingt – einen enormen Beitrag zum Stigma Abbau leistet. Tatsächlich hat sich die Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Störungen in den letzten zehn Jahren verdoppelt und über 42 % der Erwerbsminderungsrenten erfolgen heute aufgrund von psychischen Störungen.

Wie sieht es nun in den Betrieben aus: Eine Onlinebefragung (IDEA, 2012) von über 7000 Arbeitnehmern im Alter von 16 bis 64 Jahren in sieben europäischen Ländern hat gezeigt, dass bei 20 % der Befragten schon einmal die medizinische Diagnose »Depression« gestellt wurde.

56 % der Befragten kannten Jemanden, bei dem schon einmal die medizinische Diagnose »Depression« gestellt worden war. Ein Drittel der Befragten würde mit ihrem Arbeitgeber über die mögliche Diagnose einer Depression sprechen, ein weiteres Drittel war unentschieden, ein Drittel würde dieses nicht tun. Die Hälfte der Mitarbeiter, die schon einmal die Diagnose einer Depression erhalten hatten, waren mit der Diagnose im Durchschnitt 35,9 Tage arbeitsunfähig. Dabei schätzten die gleichzeitig befragten 792 Manager den durchschnittlichen Verlust von Arbeitstagen aufgrund von Depressionen

nur mit 16,4 Tagen pro depressiv erkrankten Mitarbeiter ein. Auf die Frage nach einer sinnvollen Unterstützung von Arbeitnehmer/innen mit Depression am Arbeitsplatz antworteten die 7000 Befragten folgendermaßen: 50 Prozent hielten Gesundheitsberater oder Beratungsdienste für sinnvoll, 43 Prozent eine bessere Gesetzgebung/Arbeitsschutz. Ein Drittel der Mitarbeiter hielt ein Training aller Mitarbeiter der Personalabteilungen und der Vorgesetzten für sinnvoll. Je größer das Unternehmen, umso mehr verlangten die Mitarbeiter ein Training im Umgang mit Depressionen. Das Thema hat also die Betriebe erreicht, wenn auch zunächst die großen Unternehmen.

Diese neue Gewichtung der psychischen Störungen stellt insbesondere für die Betriebsärzte eine neue Herausforderung dar. Der 115. Deutsche Ärztetag wies dem Betriebsarzt eine mit dem Hausarzt vergleichbare wichtige Lotsenfunktion im Gesundheitssystem zu und forderte, dass regionale Sektoren übergreifende Konzepte der Vernetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention durch den Betriebsarzt mit der weiteren Diagnostik und Therapie durch niedergelassene Haus- und Fachärzte oder Kliniken entwickelt werden müssen (DT Ärztetag, 2012). Dabei wird immer wieder kritisiert, dass das therapeutische Angebot zu unübersichtlich ist, Wartezeiten viel zu lang und Therapiezeiten häufig nicht mit Arbeitszeiten vereinbar sind. Auch speziell auf die Arbeitswelt oder berufsbezogene Therapieanteile fehlen. Diese Herausforderung wird jetzt an vielen Stellen in der Bundesrepublik angegangen. In den Vordergrund rückt die Schnittstelle zwischen dem betrieblichen Gesundheitsmanagement und dem psychiatrisch/psychosomatischen Versorgungssystem.

Wie kann das betriebliche Gesundheitssystem mit dem Behandlungssystem verbunden werden?

Eine Schnittstellenanalyse zeigt vier Ansatzpunkte, die aufgrund eigener Erfahrung zu den vier Säulen der Kooperation zwischen BGM und Versorgungssystem werden (UNGER, 2013):

1. Prävention und Behandlung bilden ein Kontinuum

Gegen die Gewohnheiten in unserem Gesundheitswesen revolutioniert die Sicht von psychischer Störungen aus betrieblicher Perspektive unsere strikte Trennung zwischen Prävention und Behandlung. Hierfür ist ein Gesundheitsmodell erforderlich, dass nicht mehr dem klassischen kausal-

pathogenetischen und Vulnerabilitätsmodell entspricht, sondern Gesundheit als eine Balance zwischen Risiko und Schutzfaktoren sieht. In diesem Sinne rücken die Salutogenese und die Stärkung der Ressourcen viel mehr in den Vordergrund als dies noch im klinischen Alltag seinen Niederschlag findet. Hier können psychiatrisch/psychotherapeutische Behandler durch die Kooperation mit der betrieblichen Gesundheitsförderung dazulernen. Wenn der Arbeitsplatz aus der Stress-/Gesundheitsperspektive betrachtet wird, unterteilt sich die primäre Prävention in die beiden Bereiche von Verhaltens- und Verhältnisprävention. Verhaltensprävention richtet sich an das Individuum, seine persönliche Verantwortung für Gesundheit und Resilienz. Betriebliche Angebote wie Stressmanagementseminare, Konflikt- und Gesundheitstraining, Coaching Angebote etc. gehen in diese Richtung. Die Verhältnisprävention fragt dagegen, wie die Arbeit selbst sicherer und gesünder gemacht werden kann, wo unnötige Stressquellen im Arbeitsbereich liegen und wie ein gesundheitsförderliches Führungsverhalten etabliert werden kann. Hierzu werden in der Regel Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, über den Arbeitsschutz auch moderierte Gefährdungsbeurteilungen. Gemeinsam mit Krankenkassen, Institutsambulanzen/Kliniken können so abgestimmte Informationsveranstaltungen und Schulungen durchgeführt werden.

Die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements bedeutet für jedes Unternehmen einen Kulturwandel: Zusammen mit den unternehmerischen Zielen wird jetzt auch die Gesundheit und die Gesunderhaltung der Mitarbeiter zu einer weiteren Zielsetzung. Wenn es nicht nur um vordergründige und kurzfristige Aktionen geht, sondern um langfristig und nachhaltig geplante Veränderungen, wird eine Unternehmenskultur entstehen, in der immer offener über Erschöpfung, Burnout und Depression gesprochen werden kann. Aus meiner Erfahrung der Kooperation mit mehreren mittelständigen und großen Unternehmen in Hamburg hat sich gezeigt, dass für diesen Kulturwandel unabdingbare und erste Voraussetzung ist, das Top-Management zu gewinnen. Hierzu bieten sich eine oder mehrere Informationsveranstaltungen mit den Führungskräften an, in denen die Führungskräfte selbst erkennen, dass sie oft »mit einem Bein« in chronischen Stressreaktionen stecken, die zu körperlichen und seelischen Folgeerscheinungen wie Tinnitus, Bluthochdruck, Panikattacken, Schlafstörungen etc. führen können. Es geht dabei nicht um eine Pathologiesierung oder »Psychiatriesierung« von Stressfolgeerscheinungen, sondern um Verbesserung der Aufmerksamkeit und Wahrnehmung der Führungskräfte für ihren eigenen Körper, ihre Körpersignale und die Beobachtung ihres Verhaltens. Nur wenn

Gesundheit ein Thema für die oberste Führung im Unternehmen geworden ist, kann es auch zu einem authentischen Kulturwandel im Verhältnis zu den Mitarbeitern kommen. Seminare zum Thema »Gesunde Führung« haben sich hier etabliert.

Parallel zu dem Thema der gesunden Führung sollten die Mitarbeiter zu den Themen Gesundheit, Prävention, Work-Life-Balance und achtsamen Umgang mit der eigenen Gesundheit in Seminaren geschult werden. Hier gibt es zahlreiche Angebote der Krankenkassen, die zum Teil über eigene Institute zur betrieblichen Gesundheitsförderung verfügen. Auch in der Kooperation mit einer Klinik können solche Seminarreihen erarbeitet und durchgeführt werden. Entscheidend ist, dass sowohl Führungskraft als auch Mitarbeiter über das Thema psychische Gesundheit informiert sind und es nicht nur als ein Thema »der anderen Seite« sehen. Die eigene Beobachtung zeigt, dass in diesen Seminaren sehr schnell persönliche Erfahrungen im Umgang mit Kollegen oder Familienmitgliedern berichtet werden und sich im Rahmen des Aufbaus eines betrieblichen Gesundheitsmanagements nicht selten Mitarbeiter finden, die über ihre eigene Erfahrung mit einer Depression und einer gelungenen Wiedereingliederung sprechen. Dies hat natürlich immer eine sehr nachhaltige Wirkung auf die Maßnahme.

2. Früherkennung von psychischen Verhaltensauffälligkeiten/Störungen

Als nächsten Schritt brauchen die Führungskräfte eine Schulung und einen Leitfadens, wie sie psychische Auffälligkeiten ansprechen können und welche Maßnahmen sie daraus ableiten. Aufbauend auf einer Schulung – z. B. zum Thema Erschöpfung/Burnout/Depression – sollen Führungskräfte in die Lage versetzt werden, bei ihren Mitarbeitern zu erkennen, wenn sich deren Verhalten über mehrere Wochen oder Monate verändert, zum Beispiel in Richtung Rückzug oder Reizbarkeit/Aggressivität, wenn sich Fehltag erhöhen oder plötzlich vermehrt Fehler auftreten. Verhaltensveränderungen, die über einen Zeitraum von mehreren Wochen vorhanden sind, sollten von der Führungskraft angesprochen werden. Dafür sollte die Führungskraft in der Art der Gesprächsführung geschult werden. Im Gegensatz zur Suchtvereinbarung geht es im Umgang mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten nicht um eine klare Konfrontation, sondern um ein ruhiges Gespräch in wertschätzender Atmosphäre, in der die Führungskraft dem Mitarbeiter die beobachteten Veränderungen mitteilt und den anderen ermutigt, von sich zu sprechen. Es geht nicht darum, dass Führungskräfte Diagnosen stellen,

sie sollen nur ihren persönlichen Eindruck rückmelden und zuhören, was der Betreffende darauf sagt. Wichtig ist, Führungskräften mitzuteilen, dass trotz fehlender Reaktion der Inhalt des Gesprächs doch beim Betreffenden angekommen ist.

Für diese Mitarbeitergespräche braucht der Vorgesetzte einen sicheren Handlungsrahmen; denn er muss wissen, wie eine weitere Abklärung und Unterstützung des Mitarbeiters erfolgen kann. Hier gibt es inzwischen zahlreiche Interventionsmöglichkeiten, zum Beispiel externe oder interne Assistenzprogramme (EAP, Employee Assistance Programme), wo je nach Unternehmen Psychologen oder Sozialarbeiter/Gesundheitsberater telefonisch oder direkt ansprechbar sind und unter Wahrung der Schweigepflicht Kriseninterventionen stattfinden können. In anderen Betrieben sind Sozialarbeiter, Betriebsärzte oder Personalräte erste Ansprechpartner. Auch die Vernetzung mit Institutsambulanzen über eine niedrigschwellige »Sprechstunden für seelische Gesundheit« ist möglich, die ohne Wartezeiten und unter Wahrung der Schweigepflicht eine schnelle Klärung von Beratungs- und Behandlungsbedarf ermöglicht. Entscheidend für das Gelingen solcher Vernetzungen ist das absolute Gebot der Schweigepflicht und Vertrauen, Verlässlichkeit und Kommunikationsbereitschaft von Seiten der Betreibe und der Handelnden im Versorgungssystem.

Wichtig ist also, dass die Führungskräfte über die im eigenen Betrieb vorhandenen Möglichkeiten von Beratung und Intervention informiert sind. Wenn die Führungskraft in einem Mitarbeitergespräch die Empfehlung zu weiterer Abklärung oder Unterstützung gegeben hat, sollte sie erst einmal aufmerksam abwarten, ob sich das Verhalten des Mitarbeiters in den nächsten vier Wochen verändert. Ändert sich das Verhalten wieder positiv, ist die Intervention der Führungskraft mit einer anerkennenden Rückmeldung abgeschlossen. Ändert sich das Verhalten nicht, sollte der Vorgesetzte das Gespräch mit dem Mitarbeiter wiederholen. Wenn sich aber in den darauffolgenden vier Wochen nichts ändert, sollte die Führungskraft sich z. B. mit dem Betriebsarzt über das weitere Vorgehen beraten. Für die Führungskraft selbst ist es wichtig zu wissen, dass sie immer »drei Herzen in ihrer Brust« hat: eines für sich selbst, eines für das Unternehmen und seine Zielsetzungen und ein drittes für die Mitarbeiter und ihre familiäre Situation. Diese drei Herzen schlagen nicht immer im selben Rhythmus, können sie auch nicht, es ist nur wichtig, dass die Führungskraft sich dessen bewusst ist.

3. Sprechstunde seelische Gesundheit und arbeitsplatzbezogene Therapieangebote

Wenn ein Mitarbeiter die »Sprechstunde seelische Gesundheit« aufsucht, ist hier das absolute Vertrauen in die Schweigepflicht die Grundlage. Die Sprechstunde sollte ermöglichen, dass eine Beratung oder Kurzbehandlung innerhalb von sieben Tagen stattfindet. Für psychiatrische Notfälle sollte sofort ein Termin in der Klinik zur Verfügung stehen. Das Modell der Sprechstunde, die im Betrieb oder Institutsambulanz durchgeführt werden kann, setzt voraus, dass die Klinikmitarbeiter in lösungsorientierten Kurzinterventionen geschult sind, dass sie die Ansprechpartner im Unternehmen kennen gelernt und selbst Grundkenntnisse über das Unternehmen gewonnen haben. Umgekehrt haben die im Gesundheitsbereich engagierten Mitarbeiter eines Betriebes die Klinik besichtigt und sich über psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung informiert. Es findet also in diesem Sinne ein »sektorenübergreifender« Austausch statt, der über einen Entwicklungszeitraum von ein bis zwei Jahren zu einer sehr effizienten Zusammenarbeit führt und von den Mitarbeitern erstaunlich geschätzt wird. Kooperationen zwischen Unternehmen und Versorgungssystem führen aber auch zu Impulsen für die therapeutische Arbeit: erst jetzt wird deutlich, wie kontraproduktiv zu lange Wartezeiten und wie eng verflochten persönliche und betriebliche Krisen sind und wie entscheidend ein ressourcenorientierter Behandlungsstil ist. Das Thema Arbeit erhält eine doppelte Bedeutung im Behandlungskontext: je nach Situation kann Arbeit krank oder gesund machen. So kann es sein, dass ein vollkommen erschöpfter Mitarbeiter mit wiederkehrenden nächtlichen Panikattacken zur Arbeitsunfähigkeit »gezwungen« werden muss, damit er aus einem »Automatenleben« erst einmal wieder zu sich kommen kann und erkennt, in welcher Lage er sich befindet. Ein anderer Mitarbeiter mit einer bekannten rezidivierenden Depression dagegen kann am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit schon wieder mit einer Wiedereingliederung von vier Stunden weiterarbeiten, da für ihn die Arbeit als wichtige Struktur der Selbstwirksamkeit und Gesunderhaltung dient. Dieses Spektrum müssen die Mitarbeiter im Kooperationsprojekt im Kopf haben und die jeweils beste Möglichkeit zusammen mit dem Betroffenen auswählen.

Für die Krisenintervention hat sich folgendes Vorgehen bewährt: in der Krise erlebt sich jeder nicht mehr »auf Augenhöhe« mit der familiären oder Arbeitssituation. Private wie auch Arbeitsplatzkonflikte können hier eine Rolle spielen, oft stehen sie sogar in Wechselwirkung.

Der erste Schritt der Behandlung ist die Klärung dieser Konflikte, Selbsthilfepotentiale zu aktivieren und durch die Stärkung von Selbstwirksamkeit und Selbstwert wieder »auf Augenhöhe« zu kommen. Erst dann kann ich wirklich entscheiden, wie es beruflich oder privat weiter geht. Häufig werden vorschnelle Entscheidungen noch aus dem »Stressmodus Kampf oder Flucht« getroffen und nicht aus einer eher neutraler Beobachterposition, die immer erst wieder möglich ist, wenn ich mich innerpsychisch stabilisiert habe. So können Fehlentscheidungen, vorschnelle Versetzungsanträge/Kündigungen oder Trennungen vermieden werden.

Über die Kooperation der Sprechstunde sind die Klinikmitarbeiter auch besser über die Unterstützungsmöglichkeiten im Betrieb informiert. Denn gerade Mitarbeiter in Krisen haben oft nicht die volle Information, welche Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, aus Scham, Angst oder Schuldgefühlen. Durch die Kooperation können Barrieren abgebaut werden, die sich zwischen therapeutischen und betrieblichen Systemen aufgebaut haben. Viele dieser Barrieren lassen sich einfach erklären durch unser verständliches Bestreben, Versagenssituationen, Krisensituationen einfach und kausal zu erklären. Dann ist der Vorgesetzte oder der Partner schuld. Diese Entlastung ist in der akuten Krise zwar erst einmal hilfreich, im therapeutischen Prozess geht es dann aber um die Ausgewogenheit, zu erkennen, wo auch eigene Anteile liegen. Hier hat sich die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR und MBCT) sehr bewährt (PLINZ, UNGER, 2013). Achtsamkeit ist ein Weg zu lernen, mit Belastungen so umzugehen, dass wir weniger unter ihnen leiden und dass Entscheidungen wieder auf Augenhöhe erfolgen können. Durch eine achtsame Grundhaltung verändert sich die Haltung gegenüber dem Denken und Fühlen; mit Verbesserung der Wahrnehmung können Handlungen wieder entschieden und nicht wie unter Dauerstress automatisch durchgeführt werden. In der Behandlung sollen der eigene Entscheidungsspielraum und die Selbststeuerung wieder zurückgewonnen werden.

Durch die Kooperation mit Unternehmen hat sich das Angebot der Institutsambulanz verändert. Neben der Sprechstunde sind deshalb abendliche Gruppentherapien zur Depressionsbewältigung oder für Patienten mit arbeitsplatzbezogenen Konflikten zur Burnout-Bewältigung entstanden. Dabei ist der Begriff »Burnout« mit Vorsicht zu verwenden, da er keine wissenschaftlich anerkannte Krankheitsdiagnose ist, sondern nur als Zusatzdiagnose z. B. zu Angststörungen oder Depressionen gestellt werden kann. Trotzdem identifizieren sich viele Mitarbeiter mit diesem Begriff. In der

klinischen Realität handelt es sich oft um Patienten mit länger dauernden Angst- und Panikstörungen, klar definierten Depressionen oder somatoformen Störungen. Wichtig ist, dass die Gruppentherapien in der Regel nach der Arbeitszeit abends in der Zeit von 17.15 Uhr bis 19.00 Uhr stattfinden. So können auch Wiedereingliederungsprozesse begleitet werden.

Neben der ambulanten Behandlung sind auf dem betrieblichen Kooperationsnetz zwei Tageskliniken für achtsame Depressionsbehandlung entstanden (PLINZ, UNGER, 2013). Hier werden nur Patienten aufgenommen, die akut an einer schweren mittelschweren bis schweren Depression erkrankt sind, sich im Beruf befinden und mindestens einen Teil ihrer Beschwerden arbeitsplatzbedingt definieren. Dies hat den Vorteil, dass sich alle Patienten sofort »in einem selben Boot« erleben und die Krise über ein komplexes Therapieprogramm nicht als Scheitern, sondern als eine »sinnhafte Reorganisation der eigenen Kräfte« erfahren. Selbsthilfepotentiale werden aktiviert, und es hat sich bewährt, dass die alleinerziehende Supermarktkassiererin und der Bankdirektor gemeinsam in einer Gruppe sind.

Schließlich verändert die Kooperation in einem Netzwerk zwischen Klinik und Unternehmen auch die Klinik selbst. Sie macht deutlich, wie wenig Gesundheitsunternehmen selbst bisher für ihre Mitarbeiter sorgen. In unserer Klinik haben sich Achtsamkeitsgruppen für die Mitarbeiter entwickelt, und eine Kooperation zum Einsatz von Arbeitsplatz-Coaches steht kurz vor der Einführung. Kooperationsmodelle verändern also auch die Haltung gegenüber der eigenen Gesundheit und verlangen nach einem nachhaltigeren betrieblichen Gesundheitsmanagement im Gesundheitsunternehmen selbst.

4. Wiedereingliederung und Behandlung bilden ein Kontinuum

Wiedereingliederung beginnt am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Zu Beginn der Behandlung steht die Information über Arbeitssituation und arbeitsplatzbedingte Faktoren bei der Krisenentstehung im Vordergrund. Bei längeren Behandlungen sollte spätestens zur Behandlungsmitte die Wiederaufnahme der Arbeit konkret geplant werden. Schon während der Behandlung sollte der Kontakt mit dem kooperierenden Betriebsarzt oder dem betrieblichen Sozialarbeiter gesucht werden, sodass die Wiedereingliederung in der Schlussphase der Behandlung so gesichert ist, dass sie spätestens 14 Tage nach tagesklinischem Behandlungsende begonnen werden kann. Ein zu langes Intervall von Arbeitsunfähigkeit zwischen Behandlungsende und

Start der Wiedereingliederung hat sich für den Wiedereingliederungsprozess selbst negativ herausgestellt. In Bezug auf depressive Störungen hat eine Übersichtsarbeit (LAGERVELD, 2010) gezeigt, dass die Rückkehr an den Arbeitsplatz von drei Faktoren abhängt:

1. Von der Dauer einer depressiven Episode, nicht vorrangig vom Schweregrad. Deshalb ist entscheidend, dass eine Behandlung möglichst ohne Wartezeiten stattfindet und die Rückkehr an den Arbeitsplatz ebenfalls zeitnah erfolgt.
2. Auf persönlicher Ebene sind für die gelungene Rückkehr an den Arbeitsplatz der Selbstwert und die Selbstwirksamkeit von entscheidender Bedeutung.
3. Bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz spielt auch das Verhalten der Vorgesetzten und Kollegen eine große Rolle: stigmatisieren sie den Betroffenen oder unterstützen sie ihn wertschätzend.

Studien zum Thema Depression und Arbeitsplatz (FURLAN, 2012) zeigen, wie entscheidend für eine erfolgreiche Wiedereingliederung die Bedeutung der Verbindung von individueller Depressionsbehandlung und Intervention auf Ebene der Arbeitsorganisation ist. Das Zusammenwirken von Behandlung und unterstützenden Interventionen auf Ebene der Arbeitsorganisation ermöglicht auch die Wiedereingliederung von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten. So konnte die Wiedereingliederung eines an einer schweren schizophrenen Psychose erkrankten jungen Mitarbeiters nur gelingen, indem er vom »Krankenhausbett« aus vormittags vier Stunden wieder an den Arbeitsplatz ging. Dies war mit dem Betriebsarzt und dem Abteilungsmeister besprochen und führte nach einem mehrmonatigen Krankenhausaufenthalt und zwei fehlgeschlagenen Entlassungsversuchen schließlich doch dazu, dass es gelang, ihn wieder am Arbeitsplatz zu integrieren, an dem er heute auch noch tätig ist. Umgekehrt hat sich bei schweren Depressionen bewährt, eine gestufte Wiedereingliederung am Mittag zu beginnen, da aufgrund der depressiven Tagesrhythmik ein Beginn in der Mittagszeit erfolgreicher verläuft als ein Arbeitsbeginn um 8.00 Uhr morgens. Bewährt hat sich auch eine arbeitsmedizinische Beratung in der Klinik in Bezug auf die betrieblichen Möglichkeiten der Wiedereingliederung und entsprechende ärztliche Stellungnahme. Hier können oft aus therapeutischen Gesichtspunkten gutgemeinte Bescheinigungen für den Betriebsarzt zu erheblichen Problemen bei der Wiedereingliederung führen. Die Zusammenarbeit mit einem Arbeitsmediziner oder sogar die Einstellung eines Arbeitsmediziners

mit Psychotherapiequalifikation in das Therapeutenteam unterstützt unsere Klinik in den letzten Jahren entscheidend.

Neben die klassischen Modelle der Wiedereingliederung, die auch von den Integrationsfachdiensten unterstützt werden, treten jetzt neue Unterstützungsmöglichkeiten in den Vordergrund, die unter dem Oberbegriff »Supported Employment« firmieren. Die individuelle Betreuung durch Jobcouches am Arbeitsplatz oder eine Moderation von Gesprächen mit Vorgesetzten und Kollegen können die Wiedereingliederung erleichtern.

Übergeordnete Ziele aller dieser Kooperationsmodelle sind, Arbeitsfähigkeit zu erhalten, Leistungsfähigkeit zu stärken und einer Frühberentung vorzubeugen. Dies ist einer Gesellschaft, die sich wesentlich über Arbeit definiert, von großer Bedeutung für das persönliche Erleben von Selbstwirksamkeit und Selbstwert. Die Kooperation zwischen Betrieben, betrieblichem Gesundheitsmanagement und psychiatrisch/psychosomatischem Gesundheitsdienstleistung »revolutioniert« in unerwarteter Weise unser in klare Sektoren aufgeteiltes Versorgungssystem. Es wird deutlich, wie untrennbar Prävention und Behandlung miteinander verbunden sind, es hinterfragt kritisch, warum so wenig Mitarbeiter im Gesundheitssystem selbst von einem betrieblichen Gesundheitsmanagement im eigenen Unternehmen erreicht werden und wie oft Mitarbeiter im Gesundheitsunternehmen nicht auf ihre eigene Gesundheit achten. Es macht deutlich, dass Arbeit krank, auch gesund machen kann. Mit Blick auf das Tagungsthema »Krise« zeigt die enge Kooperation zwischen betrieblichem Gesundheitsmanagement und Klinik, dass bei rechtzeitiger Krisenintervention oft nur zwei oder drei Krisengespräche erforderlich sind, um eine weiterführende Verstärkung oder Chronifizierung der Symptomatik vorzubeugen. Für das Unternehmen liegt der Vorteil im Erhalt der Arbeitsfähigkeit des Mitarbeiters, für den Mitarbeiter selbst in der Vermeidung der Chronifizierung von Konflikten. Für den Mitarbeiter im Gesundheitswesen bietet die Kooperation eine erhebliche Motivationsverstärkung und fördert systemisches Denken. Angewandte Sozialpsychiatrie eben.

Literatur

- Deutscher Ärztetag (2012): Betriebsarzt mit wichtiger Lotsenfunktion, Dt Ärzteblatt, 109/22-23, 8987
- FURLAN, A. et al. (2012): Systemic review of intervention, practices for depression in the workplace, J Occup Rehabil 22, 312–321
- IDEA (2012): Impact of Depression at Work in Europe Audit, Ipsos Healthcare, 9/2012
- ILLOUZ, E. (2009): Die Errettung der modernen Seele, Suhrkamp, Frankfurt
- LAGERVELD, S. et al. (2010): Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systemic review, J Occup Rehabil 20, 275–292
- PLINZ, N. UNGER, H.-P. (2013): Alte Antwort auf neue Fragen: Die Entwicklung des Behandlungskonzeptes der Tagesklinik für Stressmedizin an der Asklepios Klinik Hamburg-Harburg, Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 45 (2), 345–353
- UNGER, H.-P./KLEINSCHMIDT, C. (2006): Bevor der Job krank macht, Kösel-Verlag, München
- UNGER, H.-P. (2007): Depression und Arbeitswelt, Psychiatrische Praxis; 34 S256–S260
- UNGER, H.-P. (2013): Die Zusammenarbeit von Betriebsarzt und Psychiater bei Früherkennung und Wiedereingliederung, ASU Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.; 48, 4–5

Die Traumaambulanz Berlin - Versorgung von Gewaltopfern

Olaf Schulte-Herbrüggen

Die psychiatrische Universitätsklinik der Charité hat den Bereich Psycho-traumatologie in den letzten Jahren neu konzeptualisiert. Dadurch wurde das therapeutische Angebot an die aktuellen Bedürfnisse von Patienten mit Traumafolgestörungen angepasst und die Ressourcen gebündelt. Unter dem Dach des Zentrums für Intensivierte Psychotherapie und Beratung Berlin (ZIPB) sind dabei folgende Angebote zu nennen:

- Die Traumaambulanz Berlin für Gewaltopfer
- Die »Intensivierte Traumatherapie« (ein tagesklinisches Angebot mit hohem Einzelpsychotherapieanteil und störungsspezifischen Gruppen für PatientInnen mit schwerer und chronifizierter Posttraumatischer Belastungsstörung)
- Die Ambulanz für Traumatisierung im Rahmen von Berufsunfällen
- Die Supervisions-Ambulanz für Personen, die in ihrem Beruf einen hohen Gehalt Gewalt erfahren (Gesundheitsprävention)

Im Folgenden soll es um die Traumaambulanz für Gewaltopfer gehen. Diese Einrichtung stellt ein Kooperationsprojekt zwischen dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (Lageso) und unserer Klinik dar. Grundlage der Zusammenarbeit ist dabei das Opferentschädigungsgesetz (OEG). Hiernach obliegt dem Staat die Verantwortung, den Bundesbürger vor Gewalt zu schützen. Erwachsen einem Bürger aufgrund einer Gewalttat langfristige psychische oder körperliche Schäden, so entstehen dem Staat gegenüber Ansprüche. Diese können zum Beispiel in Therapieleistungen bestehen. Vor dem Hintergrund des hohen Grades an Chronifizierung von psychischen Traumafolgeerkrankungen nach Gewalttaten ergab sich der Wunsch nach einer zeitnahen psychotherapeutischen Unterstützung des Gewaltopfers, auch wenn zu diesem Zeitpunkt keine endgültige Stellungnahme bezüglich eines Gewährleistungsanspruches bezüglich des OEGs besteht.

Die Traumaambulanz ist damit eine Einrichtung, die Gewaltopfern mit psychischen Belastungssymptomen eine psychotherapeutische Unterstützung anbietet. Neben einer diagnostischen Einschätzung der Belastungsreaktion werden fünf Psychotherapiestunden mit der Möglichkeit auf Verlängerung bis auf 15 Stunden gewährt. Diese Leistung soll einer Chronifizierung von Belastungssymptomen und der Behandlung schon manifester Störungsbilder

dienen. Dabei ist Voraussetzung, dass die Gewalttat kürzlich passiert ist. Chronifizierte Traumafolgestörungen bedürfen in der Regel einer längeren ambulanten Psychotherapie und müssen daher von niedergelassenen Psychotherapeuten übernommen werden.

In der wissenschaftlichen Diskussion um Interventionen nach kürzlich erfolgter Traumatisierung zeigt sich eine zunehmend gute Datenlage für expositionsorientiertes psychotherapeutisches Vorgehen schon wenige Wochen nach dem Ereignis. Voraussetzung dafür ist ein vollständig ausgeprägtes Störungsbild einer akuten Belastungsstörung. Insbesondere für den peritraumatischen Zeitraum bis ca. 72 Stunden nach der Traumatisierung gibt es eine nur ungenügend studiengestützte Datenlage für bestimmte psychotherapeutische Interventionen. Empfehlungen, die sich auch in den gängigen Leitlinien widerfinden, entsprechen für diesen Zeitraum einer Experteneinschätzung und haben damit eine niedrige Evidenzabsicherung. Eine Vorstellung der Gewaltopfer in der Ambulanz findet in der Regel in den ersten Wochen nach dem Ereignis statt.

Erste Auswertungen im Rahmen der Evaluation der Traumambulanz weisen auf eine gute Vernetzung mit den bestehenden Berliner Einrichtungen hin. Eine Zuweisung erfolgt aus allen Bezirken Berlins. Aufgrund der guten Erreichbarkeit in Berlin Mitte ist ein Zugang für die meisten Betroffenen gewährleistet. Auch zeigt sich, dass die Traumambulanz von allen Altersgruppen angenommen wird. So wenden sich neben den jungen Erwachsenen auch Gewaltopfer über 80 Jahre an die Ambulanz. Darüber hinaus zeigen erste Auswertungen, dass die Therapie in der Ambulanz bei den meisten Betroffenen mit einem deutlichen Rückgang der Belastungssymptomatik einhergeht. Damit erfüllt die Traumaambulanz Berlin den vorgegebenen Auftrag und ergänzt das bestehende Angebot an Beratungseinrichtungen um den Bereich Therapie.

Krisenhilfe für Flüchtlinge und Folteropfer

Anni Kammerlander

Dies möchte ich am Beispiel der Arbeit von REFUGIO München vorstellen und an den Problemen, die sich durch die Lebensbedingungen der Flüchtlinge in Deutschland ergeben.

REFUGIO München Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer, bietet Therapie, soziale Beratung, ärztliche Beratung und Begutachtung, für Flüchtlinge, die durch Verfolgung, Gewalt, Folter, Krieg, Bürgerkrieg traumatisiert sind, meist mit Hilfe von Dolmetschern.

Die Klienten sind

- Flüchtlinge mit Aufenthaltsstatus, also anerkannt als Asylberechtigte, oder mit Aufenthaltserlaubnis
- Flüchtlinge, bei denen ein Abschiebeschutz zugesprochen wurde oder ein Abschiebehindernis vorliegt, mit befristeten und unsicheren Aufenthalten
- Asylbewerber, deren Verfahren noch läuft.

Die Klienten kommen aus über 40 verschiedenen Herkunftsländern, v. a. aus Afghanistan, Syrien, Irak, Somalia, Nigeria – also Ländern in oder nach langjährigen Krisen, Bürgerkriegen, Chaos.

REFUGIO ist in Südbayern die einzige Anlaufstelle für diesen Personenkreis mit entsprechend vielen Anfragen. Viele Anmeldungen müssen abgelehnt werden.

Die Wartezeiten von der Anmeldung bis zum Beratungs- und Therapiebeginn dauern Monate. Das Erstgespräch wird gemeinsam von Sozialberater und Therapeut, häufig mit Dolmetscher geführt, um sowohl die psychische als auch die soziale und vor allem die Aufenthaltssituation zu erfassen. Wichtig ist, zu vermitteln was Therapie bedeutet. In vielen Herkunftsländern ist das unbekannt, es gibt auch keine Begriffe dafür. Es wird dann eher mit Verrücktsein assoziiert.

Zu berücksichtigen ist auch, dass es in den Herkunftskulturen andere Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen gibt, psychische Krankheiten oft mit körperlichen Beschwerden beschrieben werden.

In der Therapie geht es lange um Stabilisierung und Symptombearbeitung, spielen das eingeschränkte tägliche Leben und die unsichere Lebenssituation eine große Rolle. Solange der Aufenthalt nicht gesichert ist, kann das Trauma kaum bearbeitet werden.

Für fast alle Klienten müssen Behandlungsberichte, Bescheinigungen, Stellungnahmen geschrieben werden für Behörden, für das Asylverfahren. Das kostet viel Zeit. Oft werden von den Behörden Diagnosen angezweifelt oder nicht berücksichtigt, festgestellte PTB verleugnet. Das wirkt sich aus auf die Genehmigung einer Behandlung, auf die Lebensbedingungen, auf das Asylverfahren, auf den Aufenthalt.

Die Behandlungsdauer ist beeinflusst von der konkreten Lebenssituation wie dem Leben in einer Gemeinschaftsunterkunft oder einer Asylablehnung.

Die Klienten von außerhalb haben lange Fahrtwege, brauchen eine behördliche Erlaubnis zur Fahrt, Fahrtkosten werden selten übernommen.

Die Flüchtlinge haben oft jahrelang in bedrohlichen Lebenssituationen und Chaos verbracht, bis sie sich zur Flucht entschlossen haben, so in Afghanistan oder Somalia. Die Flucht ist inzwischen schwierig. Die Flüchtlinge müssen meist Fluchthelfer in Anspruch nehmen und viel Geld bezahlen. Da kaum jemand ein Visum bekommt, kann die Flucht nicht alleine organisiert werden.

Sie dauert Wochen bis Monate mit vielen Zwischenstationen, gefährlichen Situationen. Flüchtlinge erleben unterwegs Gewalt von Seiten der Schlepper, von Polizei und Milizen, werden verhaftet, verlieren Angehörige, erleben lebensbedrohliche Vorfälle wie Kentern von Booten, Überfällen.

Auch in Europa gibt es in etlichen Ländern eine schlechte Behandlung von Flüchtlingen, wie in Griechenland, Italien, Ungarn bis hin zu Gewalt, Haft, Verweigerung einer Versorgung.

Wenn Flüchtlinge in Deutschland einen Asylantrag stellen, läuft die Asylmaschinerie an. Sie werden zuerst in einer Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht.

Es werden die personellen Daten erhoben, vorhandene Papiere erfasst. Es erfolgt ein Gesundheitscheck. In München ist das Gesundheitsreferat dafür verantwortlich.

Pro Person sind 5–7 Min. für die Untersuchung da, festgestellt werden sollen ansteckende Krankheiten wie TBC oder Aids.

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) führt die Asylbefragung durch. Dabei werden die Identität und der Fluchtweg abgefragt. Erst dann geht es um die Fluchtgründe. Viele Flüchtlinge sind nach der Ankunft nicht in der Lage, über Gewalterfahrungen zu sprechen oder so zu berichten, dass die Verfolgung schlüssig nachzuvollziehen ist. Oft wird Hinweisen von Seiten der Flüchtlinge vom BAMF nicht nachgegangen, das ist z. B. aus den Anhörungsprotokollen ersichtlich. Da viele Flüchtlinge aus

Gesellschaften kommen, in denen Familie und Gemeinschaft bestimmend sind, sprechen sie nicht vorrangig über das persönliche Schicksal sondern das Schicksal ihrer Gemeinschaft.

Sind für das BAMF keine Verfolgungsgründe nachvollziehbar, wird der Asylantrag als offensichtlich unbegründet abgelehnt. Bei manchen Herkunftsländern wird schnell entschieden, bei manchen – dies sind oft Länder, aus denen Flüchtlinge heftige Verfolgungsschicksale haben, wie Afghanistan – werden die Entscheidungen lange aufgeschoben.

Läuft das Asylverfahren weiter, wird das Leben der Asylbewerber vom Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bestimmt. Das sieht vor, dass Flüchtlinge in Gemeinschaftsunterkünften (GU) leben, minimale finanzielle Leistungen bekommen oder nur Sachleistungen und eingeschränkte ärztliche Behandlung erhalten.

Die Länder sind für die Umsetzung des AsylbLG zuständig. So gibt es inzwischen große Unterschiede in Deutschland. Besonders rigoros ist es bis jetzt in Bayern.

Die Flüchtlinge müssen in Gemeinschaftsunterkünften leben, außer es gibt nicht ausreichend Plätze. Dann sind die Kommunen zuständig. Bei der Unterbringung wird seltenst Rücksicht genommen auf psychische oder körperliche Erkrankungen, familiäre Situationen.

Es gibt Essenspakete, Hygienepakete und 2 x jährlich Bekleidung.

Monatlich stehen Erwachsenen 153 Euro zu, Kindern zwischen 86 Euro und 93 Euro. Bis letztes Jahr waren es nur 40 Euro, bzw. 20 Euro. Das ist ein Leben unter der Armutsgrenze, unter dem Existenzminimum. Nur unter bestimmten Voraussetzungen dürfen sie arbeiten.

Für einen Arztbesuch muss man vorher zur Behörde und einen Krankenschein holen. Bestimmte Behandlungen werden verweigert oder müssen erst vom Amtsarzt genehmigt werden.

In Bayern unterliegen sie außerdem der Residenzpflicht, sie dürfen ihren Regierungsbezirk nicht verlassen.

Die Auswirkungen: Durch die Essenspakete ist die einzige Möglichkeit der Selbstbestimmung und Eigenversorgung genommen. Das Leben in der GU geschieht auf engstem Raum, mit gemeinschaftlichen Sanitäreinrichtungen und Küchen.

Der Lärm, mangelnde Intimsphäre, die vielen unterschiedlichen Kulturen, die psychischen Belastungen, die unsichere Zukunft, die Perspektivlosigkeit, nächtliche Kontrollen machen auf Dauer krank. Rückzug gibt es nur im Bett. Ein Klient beschrieb dies so: sitzen, denken, schlafen, krank.

Traumatisierung wird hier fortgesetzt, ein zur Ruhe kommen, gesund zu werden ist nicht möglich.

Braucht ein Flüchtling therapeutische Behandlung, ist der Zugang dazu schwierig.

Bei REFUGIO wird die Therapie für die Klienten aus München über Zuschüsse der Stadt finanziert. Für Klienten von außerhalb gibt es nur in wenigen Fällen eine Projektfinanzierung durch die EU.

Die Behandlung von Klienten die auf dem Land leben, stellt auch REFUGIO vor große Herausforderungen. Wir müssen dann nach AsylbLG §§ 4 und 6 eine Therapiekostenerstattung, ebenso eine Erstattung für die Dolmetscher- und Fahrtkosten bei der zuständigen Behörde beantragen. Die Erfahrungen sind, dass etwa 5 % der Anträge erfolgreich sind. Alle anderen werden abgelehnt oder sind auch nach einem Jahr noch nicht bearbeitet.

Die Begründungen:

Eine Behandlung ist nicht notwendig, die Diagnose von REFUGIO wird angezweifelt, der Amtsarzt hat keine posttraumatische Belastungsstörung (PTB) festgestellt – bei der Untersuchung war meist kein Dolmetscher dabei, der Asylbewerber wird sowieso abgeschoben werden, eine Behandlung durch Tabletten ist ausreichend, der Flüchtling ist so krank, dass ihm die Fahrt nicht zugemutet werden kann, er kann zu Ärzten im Landkreis gehen.

Die Therapie muss dann über Spendenmittel finanziert werden.

Als Beispiel ein Klient aus Sierra Leone mit heftigen Gewalterfahrungen und diagnostizierter PTB, der in Niederbayern untergebracht ist:

Für die Fahrt zum Erstgespräch musste eine Diagnose vorgelegt werden bei der Behörde. Die Erlaubnis, zu REFUGIO zu fahren, wurde erst nach mehreren Verhandlungen und Widersprüchen genehmigt. Fahrtkosten und Therapiekostenübernahme wurden abgelehnt, da der Klient simuliere. Der Amtsarzt zur Überprüfung der Diagnose war ein Orthopäde, der keine Traumatisierung feststellen konnte. In dieser Zeit war der Klient mehrmals in der Psychiatrie wegen Suizidalität. Schließlich wurde die regelmäßige Fahrt zu REFUGIO erlaubt, allerdings muss REFUGIO alle Kosten übernehmen. Eine Arbeitserlaubnis wurde verweigert, obwohl dies den psychischen Zustand des Klienten verbessert hätte.

In diesem Fall ist die Therapeutin die Begleiterin in der Krise.

Wir haben viele ähnlich gelagerte Fälle von Klienten.

Für niedergelassene Therapeuten sind unter diesen Voraussetzungen Behandlungen fast unmöglich.

Können Flüchtlinge arbeiten, sind sie krankenversichert oder sollten es sein. Das bedeutet jedoch auch oft viele Unwägbarkeiten. Die meisten haben prekäre Arbeitsverhältnisse, die schnell enden. Sie bekommen dann keine Arbeitslosenhilfe und damit sind sie wieder nicht krankenversichert. Es gibt häufige Wechsel zwischen Krankenversicherung (KV) und Sozialamt, Anträge werden oft Monate nicht bearbeitet.

Die Unterbringung der Flüchtlinge erfolgt so, dass alle Regionen möglichst gleich belastet sind. Oft sind Gemeinschaftsunterkünfte in ländlichen Regionen mit weiten Wegen zu Behörden, zu Geschäften, zu Ärzten. Nur der Schulbus ist die Verbindung in die nächste Stadt. Soziale Betreuung gibt es da oft nicht.

Manchmal leben die Flüchtlinge sehr isoliert, haben keine Kontakte zur Bevölkerung, werden gemieden oder diskriminiert. In Bayern wurden gerade zehn Flüchtlinge aus Syrien auf einem Berg untergebracht, ohne Nachbarn im Nichts.

Zusammengefasst lässt sich die Situation der Klientel so umschreiben:

- Häufig noch unsicherer Aufenthalt
- Prekäre Lebenssituation
- Isolation und Ausschluss aus der Gesellschaft
- Abhängigkeit von Behörden, auch von Willkür
- Zugang zu adäquater ärztlicher und therapeutischer Versorgung häufig schwierig

Forderungen zur gesundheitlichen Versorgung:

- Umsetzung der EU-Rahmenrichtlinien, die eine frühzeitige Erfassung der Bedürfnisse und eine adäquate Versorgung und Behandlung von besonders vulnerablen Personen verlangt
- Frühe Erstdiagnose, um PTB oder andere psychische Erkrankungen zu erkennen und zu behandeln
- Zugang zu adäquater medizinischer und therapeutischer Behandlung
- Dolmetschereinsatz im Gesundheitssystem
- Abschaffung des AsylbLG
- Soziale Betreuung

Anlaufstellen für traumatisierte Flüchtlinge:

REFUGIO München: www.refugio-muenchen.de

Weitere psychosoziale oder Behandlungszentren für Flüchtlinge:

www.baff-zentren.org

IV Krise als Weichenstellung – Erfahrene berichten

Einleitung

Peter Kruckenberg

In diesem Forum wollten wir von Menschen lernen, die schwere psychische Krisen durchgemacht haben. Und mit ihnen zusammen überlegen, ob durch die Bewältigung der Krise sich in ihrem Leben etwas zum Guten verändert hat.

Das kann mit ganz unterschiedlichen Erfahrungen verbunden sein: mit der Erfahrung, Belastungen aushalten zu können und gestärkt daraus hervor zu gehen, mit der Lösung lange schwelender innerer oder äußerer Konflikte, mit mehr Zufriedenheit mit sich selbst und/oder mehr Verständnis für die nahestehenden Bezugspersonen, mit neuem Mut und Aktivitäten, die man sich vorher nicht zugetraut hat, mit etwas Glück, dass sich ein Weg in ein neues Lebensfeld geöffnet hat

Aber nicht zu vergessen: Die Krise kann auch die Lebenssituation zusätzlich belasten, z. B. durch Trennungen und Verluste, Verunsicherungen und Schuldgefühle u. Ä. Oft erst einmal verstörend, jedenfalls eine Herausforderung für einen neuen Anlauf.

Therapeutisch Tätige können von Psychiatrieerfahrenen gar nicht genug lernen, gerade was Krisenbewältigung angeht. Aber eben nur, wenn sie gut zuhören können und bereit sind, immer dazu zu lernen, auch für sich selbst. Wenn sie begleitend um Verstehen bemüht sind, um Mit-Aushalten, Mit-Suchen, ohne die eigenen oder die Psychiatrie-traditionellen Lösungsmuster aufzudrängen.

In diesem Forum sind alle TeilnehmerInnen (auch die ModeratorInnen) von den drei ReferentInnen beschenkt worden mit ihren sehr offenen, berührenden und in jedem Fall nachdenklich machenden und über die Lösungswege Hoffnung vermittelnden Berichten und den nachfolgenden Diskussionen.

Aber lesen sie selbst.

Krise als Weichenstellung - Erfahrene berichten

Franz-Josef Wagner

Ich will erst mal ganz kurz darstellen, in welchen Phasen ich war. Ich war nicht nur in einer Depression, ich hatte vor den Depressionen jeweils eine Manie. Um eine Manie einfach mal zu beschreiben, habe ich hier ein Schreiben von einem gesetzlichen Betreuer, der die Manie von seiner Betreuten beschreibt. In einer ähnlichen Situation befand ich mich jeweils vor der Depression.

Folgendes: »Guten Tag, seit einigen Tagen bin ich offizieller Betreuer meiner an Schizophrenie erkrankten Stieftochter. Ich bin jetzt in einer schwierigen Situation, weil ich als Betreuer einmal die Unterbringung in der Psychiatrie beantragen muss, nach Betreuungsrecht. Meine Stieftochter ist schon fast drei Monate nach Psych-KG in der Klinik und verweigert fast jede Medikation und nach Ansicht der Ärzte auch die Zwangsmedikation mit Neuroleptika. Das Problem ist, dass meine Stieftochter in der Vergangenheit die Therapie immer wieder abgebrochen hat und später Rückfälle erleben musste, die im Laufe der Jahre, sie ist jetzt 30 Jahre krank, immer schwerer wurden und ihr Gesamtzustand sich sehr verschlechtert hat. Von ärztlicher Seite kommen allenfalls Akutbehandlungen, bis sie wieder halbwegs ansprechbar ist. Zurzeit ist sie mit dem Erlkönig verheiratet und die Prinzessin von Dänemark. Mein Problem ist auch, dass am 19.09. der Beschluss ausläuft. Was soll ich machen?« So ähnlich waren meine Manien auch, ich war in einer unzugänglichen Phase und wollte Uno-Generalsekretär werden oder Topmanager von irgendeiner Firma. Nach der Manie kam die Depression, die ich als Weichenstellung genutzt habe.

Was ist passiert? Was macht man da? Die Manie als Weichenstellung zu sehen funktioniert in meinen Augen nicht. Sybille Prinz – Autorin von mehreren Büchern – hat es auch mal in einem Beitrag des Buches »Liegt in der Krise eine Chance?« beschrieben: »Es war in der Zeit nach einem psychotischem Rückfall, ich war ziemlich depressiv, hatte das Gefühl unter der dunklen bleiernen Decke zu leben. Dann schien es über Monate nicht besser zu werden. Kleinigkeiten kosteten mich große Anstrengungen. Jeder Tag war eine mühselige scheinbar ergebnis- und sinnlose Plackerei. Ich versuchte mich an meiner beruflichen Wiedereingliederung und stieß dabei auf allerlei Probleme, bei denen ich mich hilflos fühlte. Ich war noch neu in der Stadt und hatte kaum Kontakte. An einem Tag ging ich zu einem Therapeuten, er war freundlich und ermutigte mich. Ich klagte ihm mal

wieder mein Leid, er sagte: »Also gut, Sie haben eine erneute Psychose erlebt. Ihr Lebensgefühl ist das einer Krise, versuchen sie doch mal eine Krise auch als Chance zu sehen. In jeder Krise steckt noch eine Chance. Die Möglichkeit zu einer positiven Veränderung.« Ich schwieg dazu. Zu Hause war ich konstatiert. Ich fand das zynisch, wie konnte dieser Mensch, den ich als verständnisvoll und einfühlsam erlebte, so etwas sagen. Sah er nicht, wie ich litt, wie ausweglos meine Situation war? Wie sollte ich das auch noch als Chance begreifen?»

Genau diese beiden Situationen durchlebte ich immer wieder. Nach meiner ersten psychischen Krise wurde ich so depressiv, dass ich von 24 Stunden 22 Stunden im Bett lag. Ich hatte eine Tochter, die neun Jahre alt war und die mich besuchte. Nach dem Besuch schickte mir meine Tochter eine Karte mit dem Foto eines Himmelbetts und diese Karte war der Auslöser dafür, dass ich gesagt habe, ich will da raus!

Ähnliche Krisen habe ich immer wieder durchlebt, habe aber auch immer wieder versucht, aus der der Manie folgenden Depression heraus zu kommen. Momentan gehe ich wandern und erlebe sehr viele Menschen, die Krisen ohne Psychiatrie und Medikamente durchlebt haben. Diese Menschen geben mir das Gefühl angenommen zu werden, was mich stabilisiert und mich hoffentlich durch die nächsten Höhen und Tiefen des Lebens führt.

Thomas Bocks Aussagen von heute Morgen sind wegweisend für uns, wie er eine Krise bei der Geburt seines Kindes durchlebte. So eine emotionale und soziale Unterstützung hätte ich mir auch gerne gewünscht. Er hatte seinen Vater als Mentor und die berufliche, soziale Struktur war vorhanden. Diese soziale Tagesstruktur mit dem regelmäßigen Essen und Trinken, die geordnete regelmäßige Bettruhe und den Mentor Vater fand Thomas Bock stabilisierend. Ähnliches berichten mir meine Wanderfreunde in meiner Wandergruppe: Ansprechpartner und Tagesstruktur hat diese Menschen durch die Krisen geführt.

Wenn einige dieser Faktoren bei mir wegbrechen muss ich in die Psychiatrie. Die Weichenstellung kommt erst viel, viel später, wenn ich in der Depression bin. In einer Manie habe ich noch keine Weichenstellung erlebt.

Krise als Weichenstellung - Erfahrene berichten

Beate Schmidt

Vor fast genau zwei Jahren wurde mir meine Krise bewusst. Schon über einen längeren Zeitraum war ich erschöpft und ausgelaugt. Alle sozialen Kontakte hatte ich aus »Zeitgründen« bereits abgebrochen. Inzwischen überfielen mich auch noch Panikattacken auf den Weg zur Arbeit.

An diesem Sonntagabend hatte ich meine Fingernägel soweit abgebissen, dass ich blutete, und erst da wurde mir bewusst, dass ich Hilfe brauche.

Als Solingerin war mein erster Gedanke das Landeskrankenhaus in Langenfeld, das ich nur vom Vorbeifahren kannte, und das auf mich immer wie ein Gefängnis wirkte. Im Internet wollte ich mich vorab informieren, wann die Öffnungszeiten sind, ob ich eine Überweisung brauchte, oder Ähnliches.

Ich kann nicht mehr sagen, welche Schlagworte ich eingegeben habe, aber es tauchte der Psychosoziale Trägerverein Solingen (PTV) mit der Tagesklinik auf. Direkt auf der Startseite ist eine Krisen-Telefonnummer angegeben, die ich dann auch anrief. Obwohl ich nicht wirklich in der Verfassung war, mein Anliegen in Worte zu fassen, wurde ich dennoch Verstanden. Es wurde mir ein Bett auf der Krisenstation angeboten, oder auch die Möglichkeit, dass jemand bei mir vorbeikommen könnte. Ich ließ es bei dem telefonischen Kontakt bewenden. Auch wurde nach der Art meiner Verletzungen gefragt, ob ich ärztliche Hilfe benötigen würde. Nachdem ich mich langsam immer mehr entspannte, konnten wir gemeinsam weitere Schritte überlegen. Das Telefonat endete mit einem Termin für ein Vorgespräch zur Aufnahme in die Tagesklinik, und der Option, dass ich jederzeit anrufen oder vorbei kommen kann.

Ich war dann drei Monate in der Tagesklinik. Mein Tagesablauf bekam Struktur. Es gab Einzel- und Gruppengespräche, den Austausch mit anderen Patienten. Die Erfahrungen waren ähnlich und oftmals wurde zustimmend oder wissend genickt. Auch nahm ich an Ergotherapie und soziales Kompetenztraining (SKT) teil. Es wurde nichts verlangt, sondern nur ermuntert. Ich konnte mich ausprobieren und auch auf neue Dinge einlassen.

Auch nach meinem Aufenthalt in der Tagesklinik nutze ich weiterhin deren ambulante Einrichtungen. Ich habe an einer Arbeitstherapie teilgenommen und gehe noch regelmäßig einmal wöchentlich zum SKT.

Auch den sogenannten »Runden Tisch«, ein offener Treffpunkt für

Psychiatrie-Erfahrene, der sieben Tage die Woche geöffnet ist, besuche ich gelegentlich.

Im PTV Solingen wurde ich so akzeptiert wie ich bin. Es ist ein geschützter Bereich, wo man mir ein Pflaster auf meine Seele geklebt hat.

In einem Krisenfall, ob es mich, Freunde oder Bekannte betrifft, werde ich immer wissen, wohin ich mich wenden kann.

Krise als Weichenstellung - Erfahrene berichten

Uwe Wegener

In diesem Beitrag werde ich, sowohl ein wenig auf mein persönliches Erleben eingehen als auch einige Thesen zum Thema Krisen und ihre Bewältigung aufstellen.

Vielleicht bin ich in diesem Workshop falsch, denn wenn man Krise als zugespitzten Höhepunkt definiert, als Wendepunkt, als einen *kurzen* Zeitraum, in dem sich der weitere Weg entscheidet, dann habe ich dies kaum erlebt.

Sicherlich, als ich damals mit 26 nach einigen Tagen, in denen meine Struktur völlig zusammen gebrochen war, vor der Entscheidung stand, entweder aus dem Fenster zu springen oder mir psychiatrische Hilfe zu holen, dann war dies eine Krise in diesem Sinne.

Was ich danach erlebte, war das Typische: Ich ging zuerst zu meinem Hausarzt, einen Internisten. Dieser hatte offensichtlich wenig Ahnung davon, wie er mit mir umgehen sollte. Irgendwo hatte er wohl mal gehört, dass man direkt nach Selbsttötungsabsichten fragen sollte, und so fragte er: »Haben Sie die Absicht, sich umzubringen?«. Als ich dies verneinte, war der Fall für ihn erledigt und ohne weiter nachzufragen meinte er, ich solle zum Psychiater gehen. Gefragt nach einer Adresse hieß es: In der Nähe gäbe es ja einige Psychiater, versuchen Sie da ihr Glück.

Ich wohnte in Berlin-Wedding und habe mir dann tatsächlich einige Adressen aus dem Telefonbuch gesucht. Schon ca. der fünfte Psychiater war bereit, mir nicht erst in einigen Monaten einen Termin zu geben, wie die vorherigen, sondern in der nächsten Woche ... für jemanden, der in einer Krise ist, eine lange Zeit. Aber der Gedanke, dass ich es jetzt anpacke, mir Hilfe hole, hat mir so viel Energie gegeben, dass ich bis dahin einigermäßen gut kam.

Der Besuch bei Psychiater war kurz: Er hatte typische Psychoanalytiker-Einrichtung mit vielen Büchern und der berühmten Couch, diesmal aus Kunstleder. Eine kurze Anamnese, dann verschrieb er mir Antidepressiva und sagte, ich solle mir einen Termin für in drei Monaten geben lassen, seine Praxis wäre schon überlastet. Ansonsten solle ich über eine Psychotherapie nachdenken. Diese habe ich dann auch gemacht, und nicht nur eine.

Nach ca. 25 Jahren mit vielen Depressionen und hypomanischen Phasen bekam ich die Diagnose »Bipolare Störung Typ II«. Aber wirklich dramatische

Krisen, wie wir sie oft mit einer schweren psychischen Erkrankung verbinden, hatte ich nie. Ich stand nie nackt auf der Straße und ging unbeirrt durch den Verkehr, weil ich glaubte, ich wäre unverwundbar; ich wurde nie gewalttätig und hatte nie die Überzeugung, Jesus oder sein Nachfolger zu sein.

Und da komme ich auch schon zu meiner 1. These, die lautet: Die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen, auch die, die die Diagnosen »Schizophrenie« oder »Bipolare Störung« erhalten haben, erleben solche Krisen eher selten oder nie.

Sind sie deswegen weniger schwer erkrankt? Dies kommt auf die Definition an. Wenn man »schwer psychisch erkrankt« gleichsetzt mit »auffällige psychische Krisen haben« oder auch »im besonderen Maße gegen Normen verstoßen«, dann sind sie weniger erkrankt. Und ich behaupte, dies wird implizit oft gemacht. Aber diese Gleichsetzung würde ich nicht gelten lassen.

Bei vielen Menschen mit psychischen Problemen handelt es sich eher um einen dauerhaften Prozess, der sie aus dem Leben wirft, analog eines Wasserflusses, der ausreicht, Rinnen in den Stein zu waschen. Aber das Ergebnis ist das Gleiche: Eine Weltsicht, die abweicht von der Weltsicht der meisten anderen Leute und ein Herausfallen aus den Normen und sozialen Prozessen, der Verlust des Selbstwertgefühles, Verlust von Partner, Familie und Freunden, Arbeitslosigkeit, sozialer Abstieg bzw. niemals erreichte soziale Anerkennung.

Meine 2. These: Die Definition einer Krise ist genauso wie die Definition von psychischen Erkrankungen überhaupt nicht einfach und schon gar nicht objektiv. Es ist immer zu hinterfragen: Wer definiert die Krise aus welchen Motiven heraus?

Nicht nur stimmen Selbst- und Fremdeinschätzung einer Krise oftmals nicht überein. Was der gutmeinende Helfer oder der den Anstandsregeln Verpflichtete als Krise ansieht, kann vielleicht auch anders beurteilt werden. Ist es eine Krise, nackt auf der Straße zu tanzen? Oder dauerhaft brabbelnd im dicken Parka auch im Hochsommer auf dem Gehweg auf und ab zu gehen? Wen stört dies wirklich?

Meine 3. These ist kurz und einfach, eigentlich eine Selbstverständlichkeit, die aber in der Medizin noch immer zu wenig berücksichtigt wird: Krisen und die Verstärkungen psychischer Problemen fallen nicht vom Himmel.

Sie geschehen nicht nur aus einer Krankheit heraus, sondern im Zusammenspiel mit der Umwelt.

Krisen spiegeln Probleme oft auch des Alltags und praktischen Lebens wieder und müssen *auch dort* gelöst werden. Sie können z. B. sowohl *Ursache*

für als auch *Wirkung von* Partnerschaftsproblemen oder Problemen in der Arbeitswelt sein. Der professionelle Helfer blickt aber meist mit seiner oder ihrer speziellen Sichtweise auf die Krise: Sei dies psychiatrisch-medikamentös, psychotherapeutisch oder als Paarberater bzw. Arbeitsberater. Oftmals wird nur ein Problemfeld bearbeitet oder die Problemfelder werden separat betrachtet; wirkliche Lösungen können aber nur erfolgen, wenn die Probleme und ihre Ursachen gemeinsam und in ihren Wechselwirkungen, in diesem Sinne also ganzheitlich behandelt werden.

Daraus folgt sofort die 4. These: Um ein Leben zu haben, in dem es mir gut geht, muss ich meine Krisen bzw. Phasen der Krankheit ansehen.

Es ist eine Aufarbeitung nach der Krise notwendig, das Anschauen: »Was ist da passiert?«, »Welchen Sinn hatte die Krise bzw. Phase oder auch wieso ist es dazu gekommen und so verlaufen?«

Ich muss erkennen, was mich in diese Episode geführt hat; was mir gut tut, was mir schlecht tut. Ich muss lernen, meine Bedürfnisse zu erkennen und in mein Leben zu integrieren, meine Bewertungen und mein Verhalten verändern. Auch muss ich lernen, heranziehende Phasen früh zu erkennen.

Erst diese Kombination aus Wissensakquise, Sinnsuche, Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation, weiteren psychotherapeutischen Angeboten, Pharmakotherapie, sowie Änderungen in Partnerschaft, Arbeitssituation und Alltagsstruktur haben dazu geführt, dass ich heute sagen kann: Ich schwanke nur noch in einem für mich tolerierbaren Rahmen und es geht mir gut, vielleicht sogar besser als vielen Menschen, die nie die Erfahrung schwerer psychischer Probleme gemacht haben.

Die 5. These ist eigentlich eine Korollar zur 4. These: Krisenbewältigung ist keine Sache nur einer kurzen akuten Krise.

Eine *kontinuierliche* Begleitung durch *Bezugspersonen* ist notwendig. Diese Begleitung muss in ihrer Intensität flexibel sein, je nach den aktuellen Bedürfnissen des Menschen mit psychischen Problemen. Eine Zeitlang reichen vielleicht nur kurze Kontakte alle paar Monate, aber manchmal sind Kontakte auch mehrmals die Woche notwendig bis hin zu einer Rundum-die-Uhr-Begleitung in besonders kritischen Phasen. Dies ist im herkömmlichen medizinischen Hilfesystem nicht vorgesehen; dort gibt es die Dichotomie zwischen einer niederfrequenten ambulanten Behandlung durch Psychiater und Psychotherapeuten einerseits und einer stationären Versorgung auf der anderen Seite. Viele Menschen, die eigentlich keine stationäre Behandlung bräuchten, sind nur deswegen im Krankenhaus, weil sie sonst nur die Alternative einer niederfrequenten ambulanten Be-

handlung haben, die phasenweise nicht ausreicht. Hier plädiere ich für eine integrierte Versorgung mit flexibler Begleitungsdichte und Kontinuität der professionellen Helfern und der Einbeziehung aller wichtigen Akteure und Bezugspersonen des Erkrankten.

Dann kann es gelingen, die Krise wirklich als Weichenstellung in eine positive Zukunft zu sehen.

Kontakt:

Uwe.Wegener@bipolaris-mail.de

bipolaris ist eine Landesorganisation der Selbsthilfe in Berlin und Brandenburg. Ihr gehören Menschen mit Bipolaren Störungen, ihrer Angehörigen und Selbsthilfegruppen an.

Weitere Informationen: www.bipolaris.de, bipolaris@bipolaris.de

V Krisenhilfe als Angebot der Selbsthilfe

Einleitung

Jurand Daszkowski, Jörg Holke

Krisenhilfe wird geleistet durch Kommunen, Institutsambulanzen der psychiatrischen Kliniken, durch niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten und in wenigen Regionen durch Angebote sozialpsychiatrischer Träger.

Krisenhilfe wird aber auch von der Selbsthilfe psychisch Kranker, der Suchtselbsthilfe und der Familienselbsthilfe psychisch Kranker getragen. Krisenhilfe findet hier in unterschiedlicher Form statt.

In der Krise kann die Selbsthilfegruppe eine wichtige erste Hilfeform und Anlaufstelle sein. Wiebke Schneider beschreibt in ihrem Symposiumsbeitrag, wie und wann die Suchtselbsthilfegruppe für ihre Mitglieder aber auch für andere eine Anlaufstelle sein kann. Diese Form der Selbsthilfe wird auch in der Selbsthilfe von Psychiatrieerfahren genutzt, wie Jurand Daszkowski im Symposium berichtete.

Eine erste Krisenhilfe – zumindest aber die Vorbeugung und Verhinderung von akuten Krisen – kann auch über das Telefon erfolgen. Die Suchtselbsthilfe bietet in mehreren Städten Not-Telefone an. Der Bundesverband der Angehörigen hat ein Angebot »SeeleFon« zur telefonischen und E-Mail-Beratung bei psychischen Erkrankungen eingerichtet. Beate Lisofsky berichtet in ihrem Beitrag über die Ausgestaltung, die bisher gesammelten Erfahrungen aber auch über die Finanzierungsprobleme.

Selbsthilfe kann sich an der Sicherstellung von regionalen Krisenhilfen beteiligen. So stellen Robin Boerma und Birthe Groth dar, wie in der psychiatrischen Landschaft in Kreis Herzogtum Lauenburg Mithilfe und Mitarbeit von Psychiatrie erfahrenen »Peers« in der Bereitstellung von Kontaktmöglichkeiten und Krisenhilfe praktiziert wird und welche positive Erfahrungen damit verbunden sind.

In Herford ist der dortige Angehörigenverein Träger des regionalen Krisendienstes. Gudrun Schliebener schildert die Beweggründe, die Möglichkeiten und die Grenzen dieser Form der Selbsthilfetätigkeit.

Das SeeleFon – telefonische Selbsthilfeberatung bei psychischen Erkrankungen

Beate Lisofsky

Explizit kein Angebot der Krisenhilfe, aber präventiv im Sinne der Vorbeugung und Verhinderung von akuten Krisen, ist die telefonische und E-Mail-Beratung des Bundesverbandes der angehörig psychisch Kranker e. V., Das »SeeleFon«. Seit Mitte 2011 hat der BApK unter der Rufnummer 01805 950 951 und der Festnetznummer 0228 71 00 24 24 sowie der Emailadresse seelefon@psychiatrie.de sein Angebot zur bundesweiten Selbsthilfeberatung zu psychischen Erkrankungen ausgebaut und erweitert.

Seit 2000 betreibt der Verband bereits eine Hotline, wo Angehörige und Betroffene als Beraterinnen und Berater Information, Hilfe und Unterstützung zum Thema psychische Erkrankungen geben. Dabei ist die Zahl der Anrufer Jahr für Jahr angestiegen und die Erfahrungen zeigen:

Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Psychosen sind nicht selten. Aber darüber spricht »man« nicht. Deshalb ist es schwierig, die richtige Unterstützung zu finden.

Viele Angehörige, Betroffene aber auch die Helfer, Freunde, Kollegen und Nachbarn suchen Antworten auf ihre Fragen und wissen oft nicht, wohin sie sich wenden sollen. Dabei ist der Informations- und Beratungsbedarf ebenso enorm wie die angesprochene Themenvielfalt. Sie umfasst unter anderem Krankheitsbilder, die Behandlungsoptionen, den Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen, rechtliche Fragen und auch den Wunsch, über sehr persönliche Dinge zu sprechen. Unabhängige Information, Verständnis und Offenheit können helfen. Den Betroffenen, den Familien und dem sozialen Umfeld.

Unsere Beraterinnen und Berater sind ehrenamtlich tätige Menschen aus verschiedenen Bereichen der gesundheitlichen Selbsthilfe bei psychischen Erkrankungen, z. B. der Deutschen DepressionsLiga, und kommen aus verschiedenen Altersgruppen und Wirkungsbereichen. Durch eigene, teilweise sehr unterschiedliche Betroffenheit – ob selbst erkrankt oder als Angehörige – verfügen sie über ein großes gemeinsames Erfahrungspotenzial. Sie fangen auf, haben Verständnis und weisen auf Hilfsangebote im professionellen System und der Selbsthilfe hin. Durch Hilfe zur Selbsthilfe stärken sie Anrufende in ihrer Verantwortung, Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit.

Um den Problemen der Anrufenden weitestgehend gerecht zu werden, sind das Absolvieren einer vorbereitenden Schulung und der regelmäßige Besuch von Fortbildungen für unsere Beraterinnen und Berater verpflichtend. Neben aktuellen Informationen zu neuen Entwicklungen sind der konstruktive Umgang mit den eigenen Erfahrungen und der Abstand zur persönlichen Betroffenheit die wichtigsten Bausteine unserer Schulungen.

Grundlagen der Beratungstätigkeit sind:

Die SeeleFon-Beratung

- ist unabhängig von finanziellen, weltanschaulichen oder politischen Interessen,
- ist transparent, d. h. legt offen, woher die Informationen stammen,
- unterliegt der Schweigepflicht,
- geschieht ehrenamtlich,
- ist offen für alle (erkrankte Menschen, Angehörige, Nachbarn ...),
- steht auch anonymen Fragestellern offen.

Zu beachten ist aber auch:

SeeleFon-Beratung

- kann keine langfristige Begleitung sein,
- ist kein Ersatz für eine Therapie,
- kann keine Krisenintervention bieten.

Qualität und Wirksamkeit

Es ist uns ein besonders wichtiges Anliegen, dauerhaft eine gute Qualität der Beratung zu gewährleisten und unser Angebot an dem Bedarf der Ratsuchenden auszurichten. Um dies zu gewährleisten, lassen wir unser Angebot auch von unabhängigen Instituten überprüfen.

Im Jahr 2012 wurde die SeeleFon-Beratung von Phineo analysiert und mit dem Phineo-Wirkt-Siegel ausgezeichnet. In der Beurteilung wird dem Projekt bescheinigt, es habe »das Zeug dazu, die wichtigste Informationszentrale zu psychischen Erkrankungen in ganz Deutschland zu werden«.

Um die Wirkung des Angebots auf die Ratsuchenden einschätzen zu können und mögliche Entwicklungspotenziale des Projekts herauszuarbeiten, wurde in diesem Jahr eine externe Evaluation des Angebotes in Angriff genommen. Unterstützt wurde dies vom Bundesministerium für Gesundheit. Beauftragt mit der Untersuchung wurde die Kölner Univation GmbH. Bis einschließlich Oktober 2013 wurden Online-Befragungen der Ratsuchenden

sowie Befragungen von Expertinnen und Experten aus dem Umfeld des Projekts durchgeführt. Wir wollten wissen, wie hilfreich unser Angebot erlebt wird. Im Moment läuft die Auswertung der Befragung noch. Doch soviel lässt sich jetzt schon sagen: 94 Prozent der Ratsuchenden sind sehr zufrieden oder zufrieden mit der Beratung; es besteht ein sehr hoher Deckungsgrad zwischen Angebot und Nachfrage. Über 90 Prozent der Befragten können/würden das »SeeleFon« weiterempfehlen. Die Ergebnisse der Evaluation werden Anfang nächsten Jahres veröffentlicht.

Auch in diesem Jahr konnte die nötige Verstärkung für das »Seelefonisten-Team« gefunden werden. Nach erfolgreichem Verlauf der Schulungsveranstaltungen stehen nun insgesamt sieben neue ehrenamtliche BeraterInnen zur Verstärkung bereit.

Um so bedauerlicher ist es, dass es uns bisher nicht gelungen ist, eine nachhaltige Finanzierung des bundesweit einzigartigen Beratungsangebotes zu gewährleisten.

Obwohl uns von vielen Seiten Lob und Anerkennung für das Projekt gezollt wird und die Notwendigkeit eines derartigen niederschweligen Beratungsangebotes außer Zweifel steht, sieht es mit der finanziellen Förderung durch die Krankenkassen, die öffentliche Hand oder private Sponsoren düster aus.

Hier gangbare Wege der Finanzierung zu finden, wird also im nächsten Jahr eine unserer Schwerpunktaufgaben sein. Gerade im Sinne der Ratsuchenden wäre es sehr schade, wenn es beim SeeleFon aus Kostengründen zu den vielen Fragen zu psychischen Erkrankungen wieder heißen würde: »Kein Anschluss unter dieser Nummer«.

Beratungszeiten:

Montag bis Donnerstag 10:00 bis 12:00 Uhr und 14:00 bis 20:00 Uhr,
Freitag 10:00 bis 12:00 Uhr und 14:00 bis 18:00 Uhr.

Unter seelefon@psychiatrie.de sind unsere Beraterinnen und Berater schnell erreichbar. Eine erste Antwort erfolgt wochentags innerhalb von 48 Std.

Krisendienst Herford

Gudrun Schliebener

Ich sitze heute nicht hier für den Bundesverband der Angehörigen, sondern als Vorsitzende des Herforder Angehörigenvereins, der Interessengemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker im Kreis Herford. Und ich möchte Ihnen etwas erzählen zum Psychosozialen Krisendienst im Kreis Herford.

Der Kreis Herford ist nördlich von Bielefeld gelegen d. h., wir haben im Süden die Stadt Bielefeld, im Osten den Kreis Lippe, im Norden den Kreis Minden-Lübbecke, im Nordwesten das Land Niedersachsen und im Südwesten den Kreis Gütersloh.

Wir haben uns etliche Jahre bemüht, einen Krisendienst auf die Beine zu stellen. Das Land Nordrhein-Westfalen hatte ein Modellprojekt aufgelegt und die Städte Bielefeld, Gütersloh, Münster und noch eine weitere Region, die mir nicht mehr präsent ist, hatten sich im Ministerium die Gelder gesichert, bevor wir das überhaupt erfahren haben.

Wir haben dann in intensiver Diskussion mit unserem Sozialdezernenten ein gewisses Budget vereinbaren können, um einen Krisendienst im Kreis Herford einzurichten. Nach längerer Diskussion in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ist dieser Krisendienst dann in Trägerschaft des Angehörigenvereins eingerichtet worden.

Wir arbeiten im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung mit dem Kreis Herford und Bestandteil ist eine enge Vernetzung mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Das war uns von Anfang an extrem wichtig, weil ein frei schwebender Krisendienst so ohne irgendeine Anbindung ans Hilfesystem aus unserer Sicht nicht über Gebühr sinnvoll ist.

Ziel des Psychosozialen Krisendienstes ist es, den Menschen, die sich im Kreis Herford aufhalten, Hilfe und Unterstützung zur Bewältigung von Krisen zu geben. Menschen, die sich von außerhalb melden, werden telefonisch beraten. Denen wird möglicherweise auch der Verweis auf Krisendienste in ihrer Gegend bzw. Hilfemöglichkeiten oder Beratungsstellen gegeben. Der Nutzer, derjenige der anruft, definiert die Krise. Das haben wir von vornherein sehr wichtig gefunden, um dieses Angebot auch möglichst niedrigschwellig zu machen.

Es ist auch Aufgabe des Krisendienstes, andere Institutionen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen, wenn das im Interesse der Menschen ist, die sich melden. Dazu gehört Unterstützung der Kliniken, der

Tagesklinik, aber auch Unterstützung der Ordnungsbehörden und der Polizei zur Vermeidung von Zwangs- oder Gewaltmaßnahmen. Besondere Schwerpunkte der Arbeit des Psychosozialen Krisendienstes sind einmal psychiatrische Krisen bis hin zum psychiatrischen Notfall in Zusammenarbeit mit weiteren Stellen, aber auch suizidale Krisen, auch Prävention in der Suizidnachsorge.

Jeder Mensch, der im Kreis Herford nach einem Suizidversuch ins Krankenhaus kommt, erhält innerhalb weniger Stunden Besuch vom Krisendienst. Und dieser Krisendienst verweist nicht nur an weitere Dienste, sondern versucht, auch den Kontakt zu vermitteln. Am Wochenende wird der Sozialpsychiatrische Dienst (SpD) nicht kommen können, weil die Mitarbeiter des SpD nicht arbeiten. Dann wird auch der Psychosoziale Krisendienst wiederum in der Klinik auftauchen und am Montag oder Dienstag wird dann der Sozialpsychiatrische Dienst entsprechend dort versuchen, die Begleitung fortzusetzen bzw. eine möglichst enge Begleitung durch Beratungsstellen oder weitere Hilfeangebote zu organisieren.

Es geht um Suchtkrisen, posttraumatische Krisen, Lebenskrisen in Partnerschaft, Sinnkrisen, soziale Krisen.

Diese sind in der letzten Zeit aus meiner Wahrnehmung mehr geworden, woran auch immer das liegen mag. Es gibt sehr viel mehr Meldungen von Menschen, die mit ihrer sozialen Situation nicht mehr gut zurecht kommen. Wir machen unser Angebot für Menschen aller Altersgruppen. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist üblicherweise zuständig für Menschen über 18 Jahre. Wir kümmern uns auch um jüngere, wenn sie sich denn bei uns melden. Ein Schwerpunkt der Arbeit ist aufsuchend, d. h. unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind gehalten, möglichst sich die Situation vor Ort anzuschauen, um ein besseres Bild, einen besseren Überblick über die häusliche Situation und über die Situation der Betroffenen zu bekommen.

Ziel der Krisenintervention ist es, eine Zuspitzung zu vermeiden, möglichst eine einvernehmliche Lösung zu vereinbaren in Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld und diese Lösung auch umsetzbar zu machen. Dabei arbeiten wir zusammen mit anderen Notdiensten und verweisen an andere geeignete begleitende oder betreuende Einrichtungen. Wir haben eine Kooperationsvereinbarung über alle Einrichtungen im Kreis Herford, einschließlich des Jugendamtes, um sicher zu stellen, dass einfach auch Augenmerk in der Krise in den Familien darauf gerichtet ist, was mit vorhandenen Kindern ist. Sind Kinder zu versorgen, zu begleiten, zu schützen und ähnliches? Dafür haben unsere Mitarbeiter das Notruftelefon und Telefonnummer des Ju-

gendantes und ebenso nutzt das Jugendamt das Angebot des Krisendienstes bei Einsatz in Familien, wenn es der Meinung ist, dass es angesagt ist, dass sich mal jemand aus einem anderen Blickwinkel die Situation anschaut.

Die Krisenintervention ist beziehungsorientiert und ist niedrigschwellig. Die Definition wird vom Nutzer geprägt. Derjenige, der anruft sagt, ich habe dieses Problem oder jenes Problem. Die Krisenintervention ist zur Vermeidung von Wartezeiten da. Sie wird an dem Tag eingeleitet, an dem der Dienst Kenntnis erhält. Sie ist psychosozial ausgerichtet. Nicht nur als psychiatrischer Notfall, sondern kann auch nicht-medizinische Formen annehmen. Die Vernetzung mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst wird in der Außendarstellung und in der inneren Organisation hergestellt. Auf beide Krisendienste wird als Ganzes hingewiesen. Wir haben als Krisendienst Flyer, auf dem die Zeiten der Erreichbarkeit nicht differenziert dargestellt sind. Das heißt: von Montags bis Freitags von 8:00 Uhr bis 22:00 Uhr, samstags, sonntags und feiertags von 10:00 Uhr bis 22:00 Uhr.

Das ist ein Foto aus der Tagespresse, worauf wir Wert gelegt haben, um diese enge Verzahnung auch optisch darzustellen: Ein Sozialpsychiatrischer Dienst und Krisendienst unter einer Nummer erreichbar.

Beide Krisendienste können sich verbindliche Aufträge erteilen. Das heißt, wenn die Leute am Sonntag sagen, morgen kommt jemand, dann kommt am Montag ein Mitarbeiter vom Sozialpsychiatrischen Dienst. Und wenn der Sozialpsychiatrische Dienst am Freitag sagt: Frau Meyer, morgen kommt jemand, dann kommt am samstagvormittag jemand vom Psychosozialen Krisendienst. Das ist so eingespielt das funktioniert eigentlich immer. Die Nutzung des Krisendienstes ist kostenfrei und ist natürlich vertraulich. Es sind jeweils zwei Damen oder Herren unterwegs, die gemeinsam und gleichverantwortlich arbeiten. Und die grundsätzlich gemeinsam vor Ort fahren. Alle unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in einem psychosozialen Beruf ausgebildet. Wir haben dabei Fachärzte für Psychiatrie, Psychologen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Pflegedienstkräfte aus der Klinik. Also quer durch das ganze Spektrum.

Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen mit rechtlichen, technischen und psychiatrischen Inhalten ist verpflichtend. Es wird dokumentiert. Wir haben eine gemeinsame Dokumentationssoftware mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Einfach auch, um Informationslöcher zu vermeiden, dass irgendeine Meldung irgendwo untergeht usw., wird in einer Software dokumentiert, dass der Dienst am nächsten Tag lückenlos Zugriff hat auf Daten, die er möglicherweise dann auch gerade braucht. Und es wird jährlich eine

Auswertung der Dokumentation erstellt, die dann im Gesundheitsausschuss und im Sozialausschuss des Kreises Herford vorgestellt wird.

In der Vereinbarung mit dem Kreis Herford ist Inhalt unter anderem, dass der Kreis Herford die technischen Voraussetzungen stellt. Er stellt die Räume. Wir haben einen Raum im Sozialpsychiatrischen Dienst, der logischer Weise zu unseren Dienstzeiten und an Feiertagen, Wochenende von der Kreisverwaltung nicht genutzt wird. Warum sollten wir ihn dann nicht nutzen? Wir haben ein Fahrzeug und dessen Nutzung zur Verfügung. Auch dieses Fahrzeug würde zu unseren Dienstzeiten einfach ungenutzt in der Garage des Kreises stehen. Und wir nutzen die Kommunikationsmittel Rechner, Telefon usw. Daher auch die Möglichkeit einer einheitlichen Telefonnummer.

Der Kreis Herford stellt dem Angehörigenverein ein Budget zur Verfügung, über das wir Euro genau jedes Jahr abrechnen. Die Erreichbarkeiten des Psychosozialen Krisendienstes, also ohne die Dienstzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes, sind in der Woche bis 22:00 Uhr, freitags ab 13:30 Uhr, wenn der Sozialpsychiatrische Dienst Feierabend macht und an allen anderen Tagen, auch an denen der Sozialpsychiatrische Dienst kein Angebot macht, von 10:00 Uhr bis 22:00 Uhr. Aufträge, Hilfeersuchen, die den Krisendienst vor Beendigung erreichen, werden bearbeitet. Das hat zur Folge, dass es Betroffene gibt, die regelhaft abends um 21:45 Uhr anrufen und die genau wissen, jeder Anruf, der um 21:45 Uhr ankommt, wird auch noch bearbeitet. Das heißt, dann fahren unsere Mitarbeiter auch noch raus. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten eine Aufwandsentschädigung.

Warum ist uns dieser Krisendienst, dieses Hilfeangebot so wichtig?

Wir haben die Erfahrung gemacht, was es heißt, an Wochenenden oder Feiertagen keine Hilfe zu bekommen. Ich habe regelmäßig im Oktober schon Magenschmerzen bekommen, wenn ich an Weihnachten gedacht habe. Wir haben die Erfahrung gemacht, wie es sich anfühlt, in akuten Krisen allein gelassen zu werden und wir möchten sicherstellen, dass die betroffenen Familien insgesamt im Rahmen einer Krisenintervention im Fokus stehen. Wir legen Wert darauf, dass Kinder nicht übersehen werden. Und wir haben erreicht, dass wir trotz problematischer Haushaltslage der Kommune unseren Krisendienst im Laufe der Zeit auf die eben dargestellten Zeiten haben erweitern können. Wir sind im Moment mitten im Versuch über den Gemeindepsychiatrischen Verbund eine »Rund um die Uhr«-Erreichbarkeit zu klöppeln, ob uns das gelingt, weiß ich noch nicht. Wir arbeiten daran.

Vielen Dank.

Peer Support im Kreis Herzogtum Lauenburg

Robin Boerma, Birthe Groth

Die psychiatrische Landschaft in Kreis Herzogtum Lauenburg hat schon mehrere Jahre Erfahrung mit der Mithilfe und Mitarbeit von Psychiatrie erfahrenen »Peers« in der Arbeit. Vor Jahren gründeten ehemalige Patienten der Tagesklinik einen eigenen Verein »Füreinander Miteinander« in Schwarzenbek. Im Rahmen dieses Vereins organisierten Betroffene ein Club Café, in dem viel Selbsthilfe entstand. Hier haben wir die Erfahrung gemacht, dass Betroffene teilweise in ihrer Arbeit fähiger waren als die Professionellen. Mittlerweile ist im Kreis Herzogtum Lauenburg eine ganze Landschaft an psychiatrischen Einrichtungen zur Unterstützung und Assistenz entstanden. So sind Psychiatrie Erfahrene tätig in einem Waschcafé, bei dem Verein Arbeit nach Maß e. V., bei Service nach Maß, beim Pflegedienst »Pflege nach Maß« und in einer Ergotherapie Praxis.

Im Krankenhaus gibt es diese Arbeit in verschiedenen Bereichen der Psychiatrischen Abteilung. Seit einem Jahr gibt es den Peer Support, zu dem sich Psychiatrie Erfahrene jeden Dienstag in Geesthacht treffen. Hier werden Arbeitsanfragen verteilt. Zudem bieten die Treffen eine Plattform, die Erfahrungen und eventuelle Schwierigkeiten besprechen zu können. An den Treffen nehmen auch Mitarbeiter des Krankenhauses und der Ergotherapie Praxis teil. Im Krankenhaus wurden durch Home Treatment und einer akuten Tagesklinik im stationären Bereich Betten überflüssig. So konnte ein überflüssig gewordenes Patientenzimmer als Peer Support Büro umgewandelt werden.

Die Tätigkeiten sind verschiedener Art: Peers unterstützen die Patienten beim Kochen die Mittagessen in der Tagesklinik. Das Kochen in der Tagesklinik und auf der Station ist seit vielen Jahren Teil der Therapie. Peers regeln den Samstagdienst in der Tagesklinik, wo Patienten im Zuverdienst arbeiten können. Peers können Patienten auf der Station begleiten, in der Morgenrunde mit den Patienten und dem Personal beteiligt sein als auch Patienten besuchen.

In Geesthacht werden auf diese Weise demente Patienten, aber auch Patienten mit Suchtproblematik oder anderen psychiatrischen Diagnosen in ihrem häuslichen Umfeld begleitet. Diese Hausbesuche sind meistens zeitintensiv und können, wenn notwendig bei akuten Krisen, täglich stattfinden. In der Zusammenarbeit mit dem Arzt, dem Pflegepersonal, der Ergotherapie

oder den Sozialarbeitern können Peers direkt in der akuten Krisenbehandlung mitarbeiten.

Patienten können eine akute Krise zu Hause ausstehen und erleben diese dadurch, dass sie die Krise nicht im Krankenhaus erleben, auf eine ganz andere Art. Krisen werden abgepuffert, stationäre Aufenthalte können vermieden werden. Die Krisen werden zu Hause in einer anderen Art erlebt. Auch können vulnerable Patienten längerfristig, regelmäßig oder auch weniger regelmäßig, im Kontakt stehen, so lange sie es brauchen. Hierdurch können sie einen Halt finden, und dramatische Formen von Krisen werden vermieden.

Herr K. ist ein ehemaliger Patient aus der psychiatrischen Abteilung im Johanniter Krankenhaus in Geesthacht mit Depression sowie suizidalen Gedanken. Er wurde nach einem kurzen Aufenthalt auf der Abteilung auch in der akuten Behandlungsphase weiter zu Hause von einem Arzt und Home Treatment im häuslichen Umfeld begleitet, wobei ein Peer intensiv einbezogen wurde. Durch die längerfristige Begleitung trat eine erhebliche Verbesserung ein.

Frau B. ist eine 76jährige Dame. Auf Grund ihrer demenziellen Erkrankung verwahrloste sie körperlich sowie beim Essen und Trinken. Sie zog sich sozial immer weiter zurück. Auch diese Frau wurde durch Home Treatment sowohl ärztlich als auch mit Unterstützung eines Peer Support behandelt. Dadurch, dass der Peer Zeit hatte und auch durch die Art des Umgangs wurde die Patientin stabiler und die Situation verbesserte sich. Diese Dame kann nun weiter immer noch zu Hause leben und braucht nicht in ein Pflegeheim zu ziehen.

Herr G. ist ein ehemaliger Patient aus dem vollstationären Bereich des Johanniter Krankenhauses mit einer schweren Diabetes, so dass hirnrorganisch Schäden entstanden. Er hat einen sehr starken Willen, in seiner eigenen Wohnung bleiben zu können. Im häuslichen Umfeld stürzte er mehrmals und wurde nach einem somatischen Krankenhausaufenthalt in ein Pflegeheim verlegt. Nach dem misslungenen Verbleib in diesem Pflegeheim wurde er in die Psychiatrie verlegt. Trotz schlechter Prognosen wurde er in seine eigene Wohnung entlassen. Auch durch die Unterstützung und die Hilfe des Peer Supports verbesserte sich die Situation zusehends.

Wir meinen, dass die Mitarbeit von Peer Support eine wichtige Ergänzung in der Behandlung psychiatrischer Patienten darstellt. Das ist ein Vorteil für die Patienten, aber auch für die Peers birgt diese Arbeit verschiedene Möglichkeiten.

Es besteht eine große Breite an verschiedenen Formen der Beteiligung, so dass sich jeder nach seinen individuellen Interessen und Möglichkeiten

beteiligen kann. Peers können für andere etwas bedeuten, wodurch ihr Selbstwertgefühl und ihre Stabilität steigen. Sie können die Erfahrungen, die sie selbst gemacht haben, einbringen.

Peers erhalten für ihre Arbeit grundsätzlich eine Bezahlung. Sie können somit Geld verdienen. Durch das regionale Budget in der Psychiatrischen Abteilung und andere Finanzierungsmöglichkeiten (persönliches Budget) können Peers finanziert werden. Die Bezahlung kann variieren von einer Aufwandsentschädigung über eine geringfügige Beschäftigung bis zu Vollzeitarbeitsverträgen.

Darüber hinaus bieten sich dadurch mehr Arbeitsmöglichkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt, so dass Psychiatrie Erfahrene verschiedene Arbeitsstellen in Teilzeit oder in Vollzeit gefunden haben.

Im Kreis Herzogtum Lauenburg haben wir mit dieser Betreuung durch die Peers sehr gute Erfahrungen gemacht. Ganz individuell und abgestimmt auf die jeweiligen Möglichkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen können die Peers eingesetzt werden und sich einsetzen. Es geht jedoch nicht nur darum, nur Peers einzusetzen, sondern es gibt eine große Bandbreite, ein Netz von Begleitung und Betreuungsmöglichkeiten durch Profis, Peers, Familie und Nachbarn im Sinne einer Breitbandpsychiatrie. Der Mix macht es!

Angebote der Suchtselbsthilfe

Wiebke Schneider

Seit jeher versteht sich die Suchtselbsthilfe in Deutschland in ihrer mehr als 100jährigen Tradition auch als »Krisenhilfe« für Menschen mit problematischem oder abhängigem Suchtmittelkonsum oder Suchtverhalten und für deren Angehörige. Suchtselbsthilfe bietet Unterstützung und Begleitung vor, während, nach oder anstatt professioneller Hilfen. Ehrenamtliche Helfer/innen, die in der Regel auch über eine eigene Erfahrung im Suchtgeschehen verfügen (das sind sowohl Betroffene als auch Angehörige) bieten in ca. 9.000 Suchtselbsthilfe-Gruppen in Deutschland Woche für Woche ihre Hilfe an, die sich nicht nur auf die »erste Hilfe« beschränkt, sondern langfristig eine Veränderung des Lebensstils und der Lebensperspektiven bewirken soll – weg vom Suchtmittelkonsum oder -verhalten, hin zu einem gesunden, sinnerfüllten Leben.

Krisen und kritische Situationen im Suchtverlauf können sein:

- Persönlicher Tiefpunkt und die Einsicht, die Kontrolle über das Suchtmittel/Suchtverhalten verloren zu haben
- Rückfall
- Einsamkeit, Überforderung, Gefühle von Sinnlosigkeit und Leere
- Zusammenbruch von stützenden Systemen, z. B. Trennung der Partnerin/des Partners
- Körperliche Schädigungen
- Und vieles andere mehr ...

In der Suchtselbsthilfe-Gruppe erleben Menschen ein wirksames Unterstützungssystem, überwinden ihre Isolation und finden Wege der Problembewältigung und der neuen Lebensgestaltung. Wirkfaktoren in der Gruppe sind:

- Solidarität und soziale Kontakte
- Gemeinsame Aktivitäten, Freizeitgestaltung, Lernen durch Erfahrung und in Schulungsangeboten
- Gegenseitige Unterstützung und Hilfe auf gleicher Augenhöhe
- Aufbau von Beziehungen
- Auseinandersetzung mit eigenen Kränkungen, problematischen Verhaltensweisen, Sinnfragen usw.
- Aktivierung von Ressourcen

- Kurz und knapp: Ziel der Suchtselbsthilfe ist nicht nur die Überwindung der akuten Problematik, sondern »Empowerment« und »Leben lernen«.

Krisen-Prophylaxe beginnt in der Gruppe in »guten Tagen«, also in Zeiten, in denen (noch) keine akute Krise besteht. So sind Themen rund um Rückfall-Gefährdungen, Sinnfragen, aktive und gesunde Lebensgestaltung, Verbesserung von Kommunikation und Beziehung in der Familie, im sozialen Umfeld und im Berufsleben häufige und wiederkehrende Gesprächsinhalte in der Gruppe. Für Angehörige besteht i. d. R. das Angebot, eine Suchtselbsthilfegruppe gemeinsam mit der/dem Abhängigen zu besuchen. Aber auch spezialisierte Gruppen, die ausschließlich den Angehörigen offenstehen, finden sich und werden genutzt, gelegentlich auch zusätzlich zu den sog. »gemischten Gruppen«. Angehörige haben ebenso ein Recht auf Unterstützung und Begleitung wie Abhängige oder Gefährdete. Um dieses Recht noch einmal deutlich zu machen und die Möglichkeiten der Suchtselbsthilfe zu erläutern, hat kürzlich der Fachausschuss Selbsthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen ein Memorandum »Angehörige in der Suchtselbsthilfe« erarbeitet und in die Homepage eingestellt.

Auch die Zusammenarbeit mit dem professionellen Hilfesystem ist ein wichtiger Aspekt, um in Krisen und kritischen Situationen schnell handeln zu können. So bestehen Kontakte der örtlichen Gruppen zu Krisendiensten, zu Allgemeinkrankenhäusern, Psychiatrien, Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, um bei Bedarf schnell und möglichst unbürokratisch in weiterführende Hilfen vermitteln und begleiten zu können.

Darüber hinaus bietet die Suchtselbsthilfe einige Beispiele und Modelle an, die Menschen in suchtbedingten Krisen erreichen wollen. So gibt es in mehreren Bundesländern ein Not-Telefon, das von ehrenamtlichen Kräften besetzt ist und eine 24-stündige Erreichbarkeit sichert. Gruppen bzw. ehrenamtliche Kräfte selbst bieten telefonische Hilfen an, nicht nur für die eigenen Gruppenteilnehmer/innen, sondern auch für andere Menschen, die Rat und Hilfe benötigen. Diese Telefonnummern finden sich i. d. R. in der örtlichen Presse. Ein besonders hilfreiches Modell, das sog. »Lotsen-Netzwerk« ist in einigen Bundesländern etabliert. Ehrenamtliche »Lotsen« besuchen Menschen mit Suchtproblemen auf der Entgiftungs-Station im Krankenhaus; dies geschieht auf Wunsch der Betroffenen und durch Vermittlung des Klinikpersonals. Die »Lotsen« besprechen mit der/dem Betroffenen weitere Schritte, die nach dem Klinikaufenthalt sinnvoll sind und stehen für

persönliche Gespräche und auch für aktive Hilfen über längere Zeiträume zur Verfügung. Ziel ist es, die Betroffenen vom Entgiftungsbett über evtl. Beratungs- oder Behandlungsmaßnahmen bis hin zur Gruppe zu begleiten und zu motivieren.

Auch die Gruppen selber organisieren häufig für ihre Gruppenteilnehmer/innen (die durchaus nicht alle Verbandsmitglieder sind!) Telefonkontakte, Patenschaften in der Gruppe und verbindliche Begleitung und Ansprache-Möglichkeiten. Auch die in frühen Jahren der Suchtselbsthilfe übliche Arbeitsform der »aufsuchenden Hilfen« gewinnt wieder an Bedeutung. Ehrenamtliche Kräfte machen auf Wunsch der Betroffenen oder Angehörigen Hausbesuche, um den manchmal angstbesetzten ersten Schritt in eine Gruppe oder in weitere Hilfemaßnahmen vorzubereiten.

Um diese Aufgaben bewältigen zu können, sind natürlich Schulungen für die ehrenamtlichen Kräfte erforderlich, die von allen großen Suchtselbsthilfeverbänden angeboten werden, häufig auch verbandsübergreifend.

Entsprechende Informations- und Adressmaterialien halten die Verbände und Gruppen bereit, aber auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen stellt Materialien zur Verfügung, die von Betroffenen für Betroffene erarbeitet wurden, z. B. die aktuellen, in 2013 entwickelten Broschüren »10 gute Gründe für den Besuch einer Selbsthilfegruppe« oder »Kritische Situationen meistern – Rückfällen vorbeugen«.

Krisen und kritische Situationen sind Bestandteil der Suchtproblematik, die sich als chronische Erkrankung manifestiert. Ein aktueller Flyer der Guttempler hat den Spruch gewählt: »Auch aus Steinen, die uns in den Weg gelegt werden, kann Schönes gebaut werden«. In guten wie in schweren Tagen stehen die Suchtselbsthilfegruppen und die Menschen in den Gruppen und Verbänden bereit, anderen eine hilfreiche Hand zu reichen.

Selbsthilfe und Krisenbegleitung

Jurand Daszkowski

In der Psychiatrie-Erfahrenen Selbsthilfe gibt es schon seit Langem den Gedanken der Krisenbegleitung auch als Alternative zu dem als mangelhaft empfundenem System der psychiatrischen Versorgung, aber für die organisierte Krisenhilfe und Begleitung fehlen oft die Möglichkeiten und Kapazitäten. Es wird informell versucht, von der Seite der Selbsthilfe die Menschen in der psychischen Krise zu beraten, zu begleiten und zu unterstützen, aber meistens ist es nicht möglich, die professionellen Hilfen zu ersetzen.

2008 hat der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener einen Leitfaden Krisenbegleitung herausgegeben, in dem versucht wird, die Krise aus Psychiatrie-Erfahrener Sicht zu definieren und zu beschreiben und auch auf der Basis der Selbstbestimmung und Gleichberechtigung auf die Bedürfnisse der Personen in der Krise einzugehen.

Ähnliche Ansätze gibt es in stationären Weglaufhäusern und ambulanten Initiativen, wo die Krisenhelfer, die oft eigene Psychiatrie-Erfahrung haben, versuchen, die Krisenbetroffenen so anzunehmen, wie sie sind und nach Absprache Unterstützung zu leisten, statt sie zu behandeln.

Nicht immer, aber in vielen Fällen kann solche Laienbegleitung doch die Krise zum Abklingen bringen, aber sie ist oft sehr zeit- und arbeitsintensiv und kann auch sehr belastend sein.

In kleinerem Rahmen können die Selbsthilferevertreter ergänzende Hilfen bei der Krisenbegleitung leisten, z. B. durch persönliche und telefonische Gespräche, Begleitung zu Ämtern und Ärzten, Krankenhausbesuche und Unterstützung im Alltag. Teilweise wurden die alternativen Konzepte mit Krisenwohnungen, Krisenpensionen, Netzwerkarbeit und Hometreatment unter Einbeziehung von Vertretern der Betroffenen und Angehörigen durch die Teams der Integrierten Versorgung aufgegriffen, aber leider können nicht alle Betroffenen diese Leistungen erhalten.

In Hamburg haben sich der Vertreter der Betroffenen- und Angehörigen-selbsthilfe für die Entstehung eines professionellen Krisendienstes eingesetzt, aber das Ziel nicht erreicht und ein Krisendienst ist wohl aus Kostengründen nicht entstanden. Die Selbsthilferevertreter stellen oft Forderungen nach einem dialogisch organisierten Krisendienst, der auch dazu beigetragen hätte, durch aufsuchende niedrigschwellige Begleitung und Behandlung die Zwangsmaßnahmen zumindest erheblich zu reduzieren.

Es fehlt aber an einer einheitlichen Regelung, wer für die Kriseninterventionen eigentlich zuständig ist, besonders am Feierabend und am Wochenende, was nicht selten zu Zwangseinweisungen in eine Klinik mit Polizeibegleitung und dadurch auch zusätzlicher Traumatisierung führt. Die Krisenintervention als niedrigschwellige Präventionsleistung wird beispielsweise in dem Papier, das den Umbau der ambulanten Sozialpsychiatrie in Hamburg beschreibt, kurz erwähnt. Insgesamt wird aber die aktuelle Situation bezüglich der Krisenhilfe nicht nur von der Seite der Selbsthilfe als sehr mangelhaft und unbefriedigend angesehen, wobei das auch stark regional variieren kann.

VI Nicht-Psychiatrische Krisenhilfen – bewährte Beispiele

Einleitung

Jessica Odenwald

Nicht immer sind professionelle psychiatrische Krisenangebote die erste Anlaufstelle für Menschen in psychischen Krisen. Dies kann unterschiedliche Gründe haben: Krisendienste und –telefone sind beispielsweise nicht ausreichend bekannt oder in vielen Regionen überhaupt nicht vorhanden. Manche Menschen in Ausnahmezuständen vermeiden wiederum das psychiatrische System, entweder ganz bewusst oder aus Unkenntnis der Zugangswege.

Nichtpsychiatrische Angebote sind daher wichtige Bausteine der Krisenhilfe, damit im Notfall Ansprechpartner schnell und unkompliziert zur Verfügung stehen. Wichtig ist es, dass diese Angebote in der Region gut orientiert sind und ihre eigenen Grenzen kennen, um bei Bedarf Wege in das psychiatrische Hilfesystem zu bahnen. Die Verzahnung mit professionellen Systemen vor Ort, wie einem Gemeindepsychiatrischen Verbund, wäre ideal, auch im Hinblick auf die Forderung der Gemeindepsychiatrie, den nichtpsychiatrischen Hilfen dort Vorzug zu geben, wo es möglich ist.

Das Symposium »Nicht-Psychiatrische Krisenhilfen« hat Beispiele in den Mittelpunkt gestellt, die flächendeckend Hilfen bei seelischen Problemlagen anbieten. Diese Angebote sollten so auch dem psychiatrischen Fachpublikum in das Bewusstsein gerufen werden.

Ein solches, der breiten Öffentlichkeit durchweg bekanntes Angebot, ist die Telefonseelsorge. Martina Kulms, hauptamtliche Mitarbeiterin der Telefonseelsorge Berlin e.V., hat in ihrem Beitrag Strukturen und Hintergründe vorgestellt.

Die Arbeit der Telefonseelsorge basiert auf ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, die sorgfältig ausgewählt und geschult werden, um diese Aufgabe erfüllen zu können. Entscheidend für den Einsatz im direkten telefonischen Kontakt sind neben einer guten Reflektion- und Ausdrucksfähigkeit persönliche – überwundene – Krisenerfahrungen. Dies sind Aspekte, die dazu beitragen, sich in die hilfesuchende Person hineinversetzen zu können.

Frau Kulms berichtete davon, dass in den letzten Jahren vermehrt Menschen mit einer psychische Erkrankung bzw. deren Angehörige anrufen, was vermutlich mit der Anonymität am Telefon und der einfachen Erreichbarkeit zusammenhängt. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass sich die

Telefonseelsorge Berlin e. V. unter anderem von einer Psychiaterin im Ruhestand fortbilden lässt, um adäquat auf besondere Problemlagen psychisch erkrankter Menschen reagieren zu können.

Die Telefonseelsorge ist sicherlich ein wichtiges Element im Zusammenspiel psychiatrischer und nichtpsychiatrischer Hilfen für Menschen in Notsituationen. Frau Kulms hat in ihrem Beitrag eindrucksvoll das hohe Maß an Professionalität dieser 24-Stunden-Krisenhilfe sichtbar gemacht.

Polizei- und Rettungseinsätze stehen häufig im Zusammenhang mit seelischen Ausnahmesituationen. Christine Gerlach ist als Psychologin bei der Polizei Berlin tätig und stellte in ihrem Referat unterschiedliche Schwerpunkte dieser Arbeit vor.

Oftmals findet bei polizeilichen Einsätzen ein erster Kontakt mit Menschen in akuten psychischen Krisen statt. Dieser muss im Vorfeld vorbereitet und nach der Akutsituation auch nachbereitet werden.

Frau Gerlach hat in ihrem Beitrag Beispiele aufgegriffen, in denen Einsätze von Menschen mit einem akuten Wahnerleben ausgelöst wurden und wie darauf seitens der Polizei reagiert werden konnte. Sie berichtet auch von anderen Krisenkontakten, zum Beispiel mit Menschen, die Suizidversuche unternehmen oder Opfer traumatisierender Gewalttaten geworden sind. Die Polizistinnen und Polizisten müssen für solche Einsätze gut ausgebildet sein und für den Umgang mit Menschen in psychischen Ausnahmezuständen sensibilisiert sein. Deeskalation und somit Beruhigung der Situation stehen jeweils im Vordergrund der Aktionen. Krisen können so im Idealfall beschwichtigt werden und die betroffenen Menschen an die Fachdienste der Region vermittelt werden.

Telefonseelsorge

Martina Kulms

Ich bin eine von vier Hauptamtlichen der Telefonseelsorge Berlin e. V. Wir haben ungefähr 150 Ehrenamtliche, die den Notruf rund um die Uhr besetzen. Die Telefonseelsorge ist inzwischen eine recht alte Organisation. 1953 hat in London der Pfarrer Chad Varah, alarmiert durch die vielen Suizide in London einen Aufruf in die Zeitung gesetzt: »Bevor sie sich umbringen rufen sie mich an«. Das war der Beginn der Telefonseelsorge in London, die bis heute eine sehr starke Organisation ist. 1956 ist dann in West-Berlin die erste deutsche Stelle gegründet worden. Damals war West-Berlin in Deutschland die Stadt mit der höchsten Suizidrate. Das Ziel war damals eindeutig Suizidprävention. Inzwischen gibt es in der ganzen Welt Telefonseelsorgestellen. Vor einer Weile hat uns der Leiter der Telefonseelsorge aus Tokio besucht und es war ganz erstaunlich, dass sie dort eine ähnliche Klientel von Anrufern und Anruferinnen haben, die Ausbildung und die Themen ganz ähnlich sind. So groß sind die kulturellen Unterschiede gar nicht.

Wir arbeiten mit Ehrenamtlichen, das ist natürlich etwas Besonderes. Wobei wir unsere Ehrenamtlichen sehr sorgfältig auswählen und ausbilden. Wer bei uns mitarbeiten möchte durchläuft ein Bewerbungsverfahren. In diesem Bewerbungsverfahren schauen wir, wie empathiefähig und beziehungsfähig jemand ist, wie über Sprache verfügt und wie eigene Entwicklung reflektiert werden kann. Uns ist es wichtig, dass die Menschen, die bei uns arbeiten, selbst Krisen erlebt haben und auch sagen können: »Wie hat sich das für mich entwickelt, dass ich in die Krise ging? Welche Symptome habe ich in der Krise erlebt? Was, wer hat mir helfen können? Was habe ich durch diese Krise vielleicht im Nachhinein an Gewinn erlebt?«

Nach dem Auswahlverfahren machen wir eine Ausbildung, die etwa eineinhalb Jahre dauert. Die Gruppen bestehen aus 12 bis maximal 14 Teilnehmern und Teilnehmerinnen. In den ersten vier Monaten handelt es sich um eine intensive themenbezogene Selbsterfahrungsgruppe. Die wichtigsten Lebens Themen, werden in der Gruppe aufgearbeitet, sodass jeder erleben kann: Welche Erfahrungen bringe ich zu diesem Thema mit? Welche Wertehaltungen, welche Gefühle verbinde ich damit? Dies soll natürlich auch vermeiden, dass jemand später am Telefon von eigenen Gefühlen überwältigt wird. Anschließend Im Anschluss wird in Rollengesprächen und mit Beispielen die Gesprächshaltung entwickelt, die für Telefonseelsorge grundlegend

ist. Erst nach einem Jahr Ausbildung arbeiten unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter alleine am Telefon.

Wir sprechen inzwischen häufig von einer Semiprofessionalität. Was uns vom Anspruch her grundsätzlich von Professionellen unterscheidet ist die Grundhaltung der Telefonseelsorge, ressourcenorientiert, nicht bewertend, annehmend, respektvoll und auf »Augenhöhe« in den Kontakt mit der anrufenden Person zu gehen. Es geht etwas schief, wenn auf unserer Seite jemand sitzt und meint zu wissen, was für den anderen das Richtige und Gute sei. Die Gespräche finden unter Gleichberechtigten statt. Das bedeutet natürlich auch, dass uns Diagnosen nicht interessieren.

Seit der Psychiatrie-Reform haben wir deutlich mehr psychisch kranke Anrufer. Zu den ursprünglichen Aufgaben Suizidprävention und Krisenintervention kommt die stabilisierende und entlastende Alltagsunterstützung hinzu.

Häufigstes Thema in den Gesprächen ist Vereinsamung.

Inzwischen sind viele spezialisierte Telefonnotdienste entstanden. .

Für uns ist das entlastend, weil unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen natürlich nicht immer über solch ein Detailwissen verfügen können und viele dieser neuentstandenen Notrufe ganz spezielle Auskünfte geben können.

Die Zahl der psychisch kranken Anrufer hat sehr zugenommen, ebenso die der betroffenen Angehörigen. Das hat sicherlich auch damit zu tun, dass die Telefonseelsorge sehr leicht zu erreichen ist. Man kann in der Nacht diese Nummer wählen, bleibt anonym, muss sich nicht aus seinem Raum bewegen, spricht mit einer Person, die einen nicht kennt, die nichts über einen weiß und die bereit ist, eine gute Stunde anteilnehmend zuzuhören. Die Ziele der Gespräche – besonders in der Nacht – sind vor allen Dingen beruhigend zu wirken. Unsere Kollegen und Kolleginnen versuchen, wenn eine große Aufregung da ist, zu einer Beruhigung hin zu leiten und im optimalen Falle jemanden ins Bett zu begleiten. Das kann dann sogar so aussehen, dass man sagt: »Was können sie jetzt noch machen, um ein bisschen ruhiger zu werden? Einen Tee trinken? Okay, dann nehmen sie mich mal mit. Dann kochen sie mal den Tee. Dann trinken wir den noch zusammen und dann gehen sie ins Bett.« Das funktioniert natürlich leider nicht immer. Für unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind das immer wieder sehr schwierige Gespräche, zumal am Telefon die Situation häufig schwer einzuschätzen ist.

Es gibt Anrufer und Anruferinnen, die nennen von sich aus Diagnosen. Sie sagen z. B.: »Bei mir ist eine Borderline-Störung diagnostiziert worden«.

Unsere Kollegen und Kolleginnen fragen in solchen Fällen: »Was heißt das bei Ihnen? Was für Symptome erleben sie? Worunter leiden Sie?« Die Diagnosen sind nicht das Interessante, es geht darum, im Gespräch zu erfahren, was diese Person erlebt, warum sie jetzt gerade angerufen hat und aus welcher Not heraus.

Gerade Menschen mit Borderlinestörung und anderen Persönlichkeitsstörungen sind oft sehr schwierige Anrufer und Anruferinnen, weil da häufig etwas nicht funktioniert, wovon die Gespräche in der Telefonseelsorge leben, nämlich vom Beziehungsaufbau. Die meisten unserer Anrufer und Anruferinnen rufen aus einer Einsamkeit heraus an, obwohl vielleicht drum herum viele Menschen sind. Aber es geht um ein inneres Einsamkeitserleben. Da kann es natürlich sehr hilfreich sein für etwa eine Stunde, Nähe zu einem anderen Menschen zu erleben.

Im Idealfall hat die anrufende Person einen Kontakt erlebt, der sie ein bisschen weiter trägt.

Bei mehreren psychischen Erkrankungen funktioniert genau das nicht und das ist für unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen oft nicht einschätzbar: Sie beginnen dann unter Umständen zu arbeiten und machen immer neue Angebote weil sie sie befürchten, etwas falsch zu machen.

Erst die Erfahrung hilft relativ schnell erkennen, ob über die reduzierte Möglichkeit der Beziehungsaufnahme hinaus nichts möglich ist. Das müssen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dann auch so stehen lassen können, ohne sich selbst die Verantwortung zuzuschieben.

Wir haben auch häufig Anrufer mit einem Wahnerleben. Das ist oft schwierig zu erkennen für unsere Kollegen, weil das Erzählte bis zu einem gewissen Punkt nachvollziehbar ist. An den Notruftelefonen werden sowieso sehr bunte Lebensgeschichten gehört, sodass hier auch eine große Toleranz besteht, etwas für möglich zu halten. Aber es gibt dann eigentlich immer einen Punkt, wo ein Gefühl von »das stimmt jetzt nicht mehr« entsteht. Was da auf keinen Fall passieren darf, ist, dass sich jemand die Detektivmütze aufsetzt und versucht die »Wahrheit« herauszufinden.

Wir haben auch Menschen, die die Notrufleitung missbrauchen. Angefangen von Sexanrufern über Leute, die ihre Aggressionen ins Telefon reinschreien. Interessant ist ein Phänomen, das nennt sich *Pseudologie*: Menschen, die eine Geschichte völlig frei von ihrer Lebenswirklichkeit erfinden, Eine schwierige Situation für die Telefonseelsorger!

Zwar kann beim psychotischen Wahnerleben mit Einfühlung Verständnis für die Hilfesuchenden entstehen, aber auch hier entstehen häufig Störungen

im Gespräch, weil unsere Mitarbeiterinnen nicht wissen, wie sie bestimmte Schilderungen einschätzen können und wie sie darauf eingehen sollen. Wichtig ist auch da immer zu fragen: Wie geht es der Person jetzt? Was wird da empfunden? Was wird erlebt? Wir versuchen hier nicht auf die Inhalte einzugehen sondern beim Gefühlserleben zu bleiben. Auch hier ist wieder der Versuch zu beruhigen vorrangig. Wenn es nicht möglich ist, versuchen wir, die Anrufenden darin zu unterstützen in eine Klinik zu gehen. Wir kriegen dann sehr häufig die Reaktion: »Da gehe ich nie wieder hin. Das war ganz fürchterlich. Da habe ich schreckliche Erfahrungen gemacht.« Oft bestehen auch Ängste, wir könnten uns mit der Polizei oder der Klinik in Verbindung setzen. Dies würde jedoch völlig gegen unsere Prinzipien sprechen, abgesehen davon, dass die Anrufer anonym sind.

Wir haben uns inzwischen angewöhnt zu sagen: »Das hören wir sehr häufig, dass die Klinik eine schlimme Erfahrung ist, aber wir wissen auch, dass es besser ist, früher und selbstständig hin zu gehen, um nicht zwangseingewiesen zu werden. Dann wird diese Erfahrung weniger schlimm.« Wir geben dann auch sehr klare Rückmeldung und sagen: »Ich habe ganz deutlich den Eindruck, sie müssen dringend in die Klinik. Sie müssen sich in Sicherheit bringen.« Das funktioniert immer mal wieder, jedoch nicht häufig, weil dann einfach die Aufregung und Angst zu groß sind. Wir versuchen in diesen Fällen auch das soziale Umfeld zu erkunden: »Gibt es in ihrer Umgebung irgend jemanden, dem sie vertrauen, den sie zu Hilfe kommen lassen können.« Da gibt es ab und zu auch jemanden. Es gibt Situationen, in denen wir am Telefon bleiben, bis diese Person oder auch bis die Polizei eingetroffen ist und hören dann manchmal noch mit, wie verhandelt wird.

Wir haben zunehmend den Eindruck, dass die Polizei wesentlich sensibler vorgeht und eine größere Wachheit für die Situation von Menschen in einer akuten Krise da ist. Wir können allerdings nicht verfolgen, wie es weiter geht. Es gibt Anrufer, die sich ein paar Monate später melden, berichten und sich bei uns bedanken oder spenden. Manchmal bekommt man mit, dass da offensichtlich eine Hilfe gut funktioniert hat. Aber im Allgemeinen wissen wir nicht, wie ein Leben nach dem Kontakt mit uns weiter geht.

Auch Angehörige von psychisch Kranken landen häufig bei uns. Das hat sicherlich viel damit zu tun, dass Angehörige nach wie vor Angst vor der Stigmatisierung und Mühe haben, mit ihrer Betroffenheit an die Öffentlichkeit zu gehen. Auch hier ist die Hilfe der Telefonseelsorge sehr niedrigschwellig. Ich kann anonym anrufen und mitten in der Nacht. Ich kann anrufen und

sagen: »Mein Mann wird wieder so unruhig und ich habe Angst. Was kann ich machen?« Und dann kann man zumindest über das Gespräch ein bisschen Entlastung und Unterstützung erfahren.

Rettungs- und Polizeieinsätze - Krisenhilfen bei psychisch kranken Menschen

Christine Gerlach

Mein Name ist Christine Gerlach. Ich bin Diplom-Psychologin und zusätzlich qualifiziert als Fachberaterin Psychotraumatologie, als Notfallpsychologin und Mediatorin. Ich bin bei der Polizei Berlin mit zwei Aufgabenbereichen betraut. Zum einen bin ich zuständig für das Konfliktmanagement innerhalb der Polizei Berlin mit ca. 21.000 Beschäftigten. Zum anderen bin ich zwei Tage pro Woche im Referat Gefangenenwesen der Polizei Berlin tätig. Selbstverständlich haben wir auch einen ärztlichen Dienst, der den Insassen rund um die Uhr zur Verfügung steht. Berlin hat eine Besonderheit gegenüber allen anderen Bundesländern. Wir haben ein eigenes Abschiebungsgewahrsam, geführt von der Polizei Berlin, in dem sich Menschen befinden, die über keine den Gesetzen entsprechenden Aufenthaltserlaubnis verfügen. Diese Menschen stellen einen interkulturellen Querschnitt der Bevölkerung dar. Inhaftierungen können Krisen nach sich ziehen. Des Weiteren befinden sich auch unter diesen Menschen nicht erkannte psychisch Kranke. In den Ländern, aus denen die Inhaftierten zumeist stammen, werden Psychosen oftmals aus verschiedensten Gründen nicht fachärztlich behandelt. Wenn diese Menschen dann zu uns kommen, leiden sie an den nicht behandelten psychischen Erkrankungen mit den möglichen dazugehörigen Krisen.

Und nun zum Thema »Nicht-Psychiatrische Krisenhilfen«: Sehr häufig haben Polizeibeamtinnen und –beamte sowie Polizeiangeestellte den Erstkontakt zu Menschen, die z. B. aufgrund von psychischen Erkrankungen in Krisen geraten sind. Manchmal werden auch Krisen erst durch die Haftumstände ausgelöst. Der Abschiebungsgewahrsam ist ein typisches Beispiel: Es wird jemand inhaftiert mit einem bestimmten kulturellen Hintergrund. Die Eingebrachten werden auf einer Etage verwahrt und die Polizeiangeestellten sind für die Bewachung zuständig. Wenn jemand inhaftiert wurde, der sich psychisch auffällig verhält, wird der Insasse dem Arzt vom ärztlichen Dienst vorgestellt. Befindet er sich noch im Residualzustand, dann müssen wir zunächst gut beobachten, ob im Rahmen der Inhaftierung die Psychose akut wird. Die Polizeiangeestellten werden diesbezüglich sensibilisiert, überwiegend wird ein sogenannter Beobachtungsbogen angelegt. Wenn es denn dazu kommt, dass sich ein Wahngeschehen beim Insassen entwickelt, dann bin oftmals weder ich auf der Etage noch ein Arzt, sondern die Polizeiangeestellten. Diese müssen dann – sozusagen im ersten Angriff – mit der Situation

fertig werden. Wenn wir Glück haben, liegt in diesem Moment keine akute Selbst- und Fremdgefährdung vor, sondern es ist einfach erst mal nur ein Wahngeschehen. Zum Beispiel kann ich mich an einen Insassen erinnern, bei dem ich relativ rasch den Verdacht hatte, dass er an einer Psychose leiden könnte. Ich hatte ihn auch gefragt: »Vous avez un problème?« Und er sagte immer: »Madame, Moi? Non«. Also, er hatte aus seiner Sicht kein Problem bzw. war sich dessen aufgrund seiner psychischen Erkrankung nicht bewusst. Schließlich lief er an einem Morgen um 04:00 Uhr schreiend über die Etage, veranstaltete eine Art Schattenboxen und rüttelte an allen Türen. Er war völlig außer sich und versuchte, einen imaginären Verfolger abzuschütteln. Die Angestellten waren sensibilisiert, sie sind ruhig mit ihm umgegangen und haben ihn mittels Körpersprache und ruhiger Stimme beruhigt. Der Sanitäter war rasch da und der Eingebachte ist umgehend in eine Psychiatrieklinik eingeliefert und fachärztlich versorgt worden. Hier sieht man, dass die Bewältigung der Krisen und die Beruhigung des Insassen in der Regel zunächst einmal den Polizeiangehörigen obliegen. Diese kritische Situation haben sie richtig gut gelöst.

Ein weiteres Beispiel ist dem ein oder anderen aus der Presse noch präsent: Ein Mann hatte nachts seine Frau getötet und zerstückelt. Die Nachbarn haben viele Schreie gehört und man hat erst lediglich auf häusliche Gewalt getippt. Der Täter war jedoch psychisch krank – das ist mittlerweile auch durch die Presse kommuniziert worden. Auch in diesem Fall waren zuerst Polizeibeamte vor Ort und mussten mit diesem psychisch kranken, erregten und bewaffneten Menschen umgehen. Natürlich stellt sich zunächst die Frage: Ist das einfach nur eine reine Gewalttat? Hat da jemand seine Frau im Affekt umgebracht oder steckt etwas anderes dahinter? Dieser Mensch war laut Presse schon lange psychisch krank, wurde auch entsprechend betreut. Er hat jedoch seine Medikamente nicht mehr genommen und dann in dieser Nacht ein Wahngeschehen entwickelt, dass seine Frau vom Teufel besessen sei. So hat er sie grausam gequält und getötet. Da in diesem Fall eine Waffe im Spiel war, würde auch erst mal kein Arzt an denjenigen herantreten. Hier muss die Polizei zunächst eingreifen, beruhigen und vor allem durch Entwaffnung die Situation sichern.

Das nächste große Thema sind Suizidversuche. Wenn jemand auf einem Dach steht oder sich schon in irgendeiner Form an Autobahnbrücken entlang hangelt, rufen Bürgerinnen und Bürger entweder den Notruf 110 an oder sie machen einen Streifenwagen aufmerksam. Die Beamtinnen und Beamten müssen dann den Erstkontakt zum Suizidanten aufnehmen, beruhigen

und versuchen, die Situation in den Griff zu bekommen, bis die Fachleute vor Ort sind. Die Polizei Berlin verfügt über eine sehr gut ausgebildete Verhandlergruppe, die von einer Psychologin betreut wird. Dennoch muss zunächst der ganz normale Schutzpolizist vor Ort damit umgehen, wenn er auf einen Menschen trifft, der sich etwas antun will. Auch hier gilt es, möglichst unmittelbar zu klären bzw. Hinweise zu erlangen, ob eine psychische Erkrankung vorliegt oder nicht, den Suizidanten zu beruhigen und vom Suizid abzuhalten, bis die Verhandlergruppe vor Ort ist.

Die Beamtinnen und Beamte haben oftmals auch den Erstkontakt zu Menschen, die Opfer einer Vergewaltigung oder von Gewalt geworden sind. Die Opfer befinden sich nach solch traumatischen Erlebnissen zumeist in einer psychischen Ausnahmesituation und bedürfen eines besonders sensiblen Umgangs. Auch in diesen Fällen können Menschen Opfer sein, die psychisch krank sind. Noch schwieriger wird es, wenn der Betroffene über wenig deutsche Sprachkenntnisse verfügt, psychisch krank ist und dann noch Opfer jeglicher Form von Gewalt wird. Das sind für die Beamtinnen und Beamte äußerst schwierige Situationen. Und auch hier müssen die Beamtinnen und Beamten solange mit dem/der Betroffenen umgehen, bis eine Fachkraft hinzugezogen werden kann.

Des Weiteren wird die Polizei tätig, wenn verwirrte Menschen als vermisst gemeldet und schließlich aufgefunden werden. Auch hier gilt es, mit diesen Personen sensibel umzugehen. Und das Thema Sprachkompetenz spielt ebenfalls eine Rolle als erhöhte Schwierigkeit, den Betroffenen zu beruhigen und die Situation zu klären.

Fazit: Polizeibeamtinnen und -beamte sind aus meiner Sicht sehr gut ausgebildet. Ich habe lange in der Ausbildung des gehobenen Polizeivollzugsdienstes Psychologie unterrichtet. Alle Studierenden im gehobenen Polizeivollzugsdienst bekommen umfassend Kenntnisse über psychische Erkrankungen und vor allen Dingen über den unterschiedlichen Umgang mit betroffenen Menschen vermittelt. Es ist wichtig, sich auf psychisch Kranke einzustellen, sich aber nicht auf das Wahngeschehen einzulassen, nicht darauf einzusteigen. Der guten Beschreibung und Dokumentation kommt eine immense Bedeutung zu, wenn es darum geht zu klären, wer für den psychisch Kranken zuständig ist. Die Kollegen meistern aus meiner Sicht fachkompetent jeden Tag viele kritische Situationen. Sie werden mit Menschen, Ereignissen und Krisen konfrontiert, ohne über ein Psychologie- oder Medizinstudium zu verfügen. Das müssen sie auch nicht. Sie sollen gut ausgebildete Polizeibeamtinnen und -beamte sein, die in der Lage sind, im

Fälle von Selbst- und Fremdgefährdung kritische und hochgradig schwierige sowie komplexe Situationen so zu lösen, dass möglichst niemand zu Schaden kommt. Sie sind aber in der Folge immer auf eine rasche, reibungslose und sehr gute Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachdienststellen in Berlin angewiesen, d.h. wir müssen gut vernetzt sein.

VII Suizidprävention – bewährte Beispiele

Einleitung

Niels Pörksen

Suizidalität, Suizidversuche und Suizide gehören mit zu den ernsthaftesten und folgenschwersten psychischen Krisen.

Ca. 300 000 Menschen im Jahr, die psychiatrische Hilfe in Deutschland suchen oder in Anspruch nehmen, haben Suizidgedanken; 100 000 Menschen unternehmen einen Suizidversuch und 10 000 Menschen nehmen sich das Leben in einem Jahr.

Erst seit 2001 gibt es ein umfangreiches und differenziertes Nationales Suizidpräventionsprogramm, das Prävention- Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention – und Hilfen einschließt und seither zu einer deutlichen Reduzierung der Suizidversuche und Suizide geführt hat.

Vergleicht man allerdings den Aufwand für die Prävention und Hilfen bei schweren Unfällen im Straßenverkehr – die Zahl der Verkehrstoten entspricht im Jahr etwa der Hälfte der Suizide – so sind die Hilfen im Rahmen der Suizidprävention immer noch zu gering.

Dennoch haben die umfangreichen Initiativen auf allen Ebenen, die allgemeinen und spezifischen Hilfen zu einer deutlichen Reduzierung der Suizide geführt. Die WHO bewertet das Nationale Suizidpräventionsprogramm deshalb auch als vorbildlich und nachahmenswert. Trotzdem werfen besonders spektakuläre Ereignisse – wie Suizide prominenter Persönlichkeiten, über die breit in den Medien publiziert wird – die Präventionsbemühungen durch Nachahmungseffekte zeitweilig zurück.

Insgesamt – das machen die detaillierten und sachkundigen Beiträge von Armin Schmidtke und Georg Fiedler im Symposium sehr deutlich – ist das Nationale Suizidpräventionsprogramm in Deutschland ein wirksamer Beitrag zu »ambulanten Hilfen bei psychischen Krisen«.

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland

Armin Schmidtke (aus der Folienpräsentation)

Größe des Suizidproblems

EU (27 Staaten):

Insgesamt ca. 60.000 Suizide pro Jahr:

132 Personen jeden Tag.

Deutschland:

Alle 51 Minuten nimmt sich ein Mensch selbst das Leben, etwa alle 4 Minuten findet ein Suizidversuch statt.

Zweithöchste Absolutzahl von Suiziden in Europa 2011: 10644 (in EU Staaten: zweithöchste

Zahl nach Frankreich ca. 11.000, Polen ca. 6000)

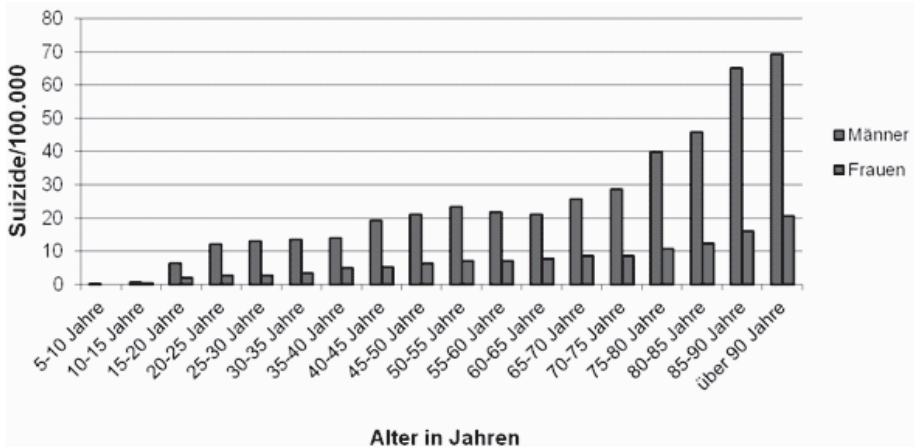


Abb. 1 Suizidziffern einzelner Altersgruppen in Deutschland (Daten: 2011)

Suizidversuche Schätzungen nach WHO Studien:

In Deutschland mindestens 100.000 Suizidversuche im Jahr, die mit dem Versorgungssystem in Kontakt kommen. (WHO, 2005; SCHMIDTKE et. al. 2013) Aufgrund der Größe des Problems ist Prävention suizidalen Verhaltens nach Auffassung der Weltgesundheitsorganisation WHO ein vordringliches gesundheitspolitisches Problem.

Deklaration der WHO Ministerial Conference am 14. 01. 2005 Helsinki:

5. Psychische Gesundheitsprobleme und Suizid verhüten
 - Gefährdeten Gruppen gezielt Präventionsprogramme gegen Depression, Angst, schädlichen Stress, Suizid und andere Risiken anbieten...

7. Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen durch gemeindenahe Dienste wirksam versorgen
 - ...Dienste... Bipolaren Störungen, schwere Depressionen... versorgen
 - Prävention von psychischen Gesundheitsproblemen und Suizid in die nationale Politik einschließen, ...

In mehreren anderen europäischen Ländern wurden daher nationale Suizidpräventionsprogramme etabliert (WASSERMANN, 2002). In Deutschland existierte bisher noch kein nationales Programm. Das WHO/EURO Netz plante auch ein deutsches Programm zu entwickeln. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) beschloss daher auf einer Sitzung im Dezember 2001 in Berlin eine Arbeitsgruppe mit der Aufgabenstellung zu gründen, die in Zusammenarbeit mit allen relevanten gesellschaftlichen Gruppierungen und Vereinigungen ein nationales Suizidpräventionsprogramm initiieren sollte.

Definition (United Nations, 1996)

Nationale Suizidpräventionsprogramme

Ziele:

Reduzierung:

- Morbidität
- Mortalität
- Andere Konsequenzen suizidalen Verhaltens

Die UN identifizierte verschiedene Elemente, die wichtig sind:

- Unterstützung durch Regierungspolitik
- Konzeptueller Rahmen
- Gut etablierte Ziele
- Messbare Ziele
- Identifikation von Organisationen, die die Ziele implementieren können
- Fortlaufendes Monitoren und Evaluation (United Nations, 1996)

Grundsätze des deutschen Programms:

Suizidalität wird im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland als ein komplexes Phänomen gesehen. Suizidalität umfasst gesellschaftlich-kulturelle, individuell-psychologische und biologische Aspekte. Das Problem berührt Religionswissenschaften, Rechtswissenschaft, Soziologie, Literaturwissenschaft, Medienwissenschaft, Pädagogik, Psychologie, Medizin, Biologie und Neurowissenschaften. Suizidprävention ist daher nur interdisziplinär unter Beteiligung aller betroffenen Berufsgruppen sowie auch Laien und Betroffener möglich.

Suizidprävention ist daher auf verschiedenen Ebenen nötig. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland soll Rahmenbedingungen schaffen, die ein generelles suizidpräventives Klima bewirken und Forschung und praktisches Handeln stimulieren. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm soll dazu befähigen, auf die Suizidproblematik einzugehen und wirkungsvolle, regional angepasste Strukturen für eine

- bessere Primärprävention (allgemeine suizidpräventive Maßnahmen),
- sekundäre (Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Menschen) und
- tertiäre Prävention (Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch) zu schaffen.

Struktur des Nationalen Suizidpräventionsprogramms:

1. Einbezug aller relevanten Gruppen – nicht nur der direkt professionellen Gruppen
2. Offene Matrixstruktur (Gruppenspezifisch/crosssectional)
3. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von Beginn an

Bereich der mitwirkenden Institutionen/Gesellschaften

Kirchen, Bischofskonferenzen: Telefon Hotlines
Arbeitsplatz, Gewerkschaften: Arbeitgeber
Politik, Ministerien: Polizei, Organisationen

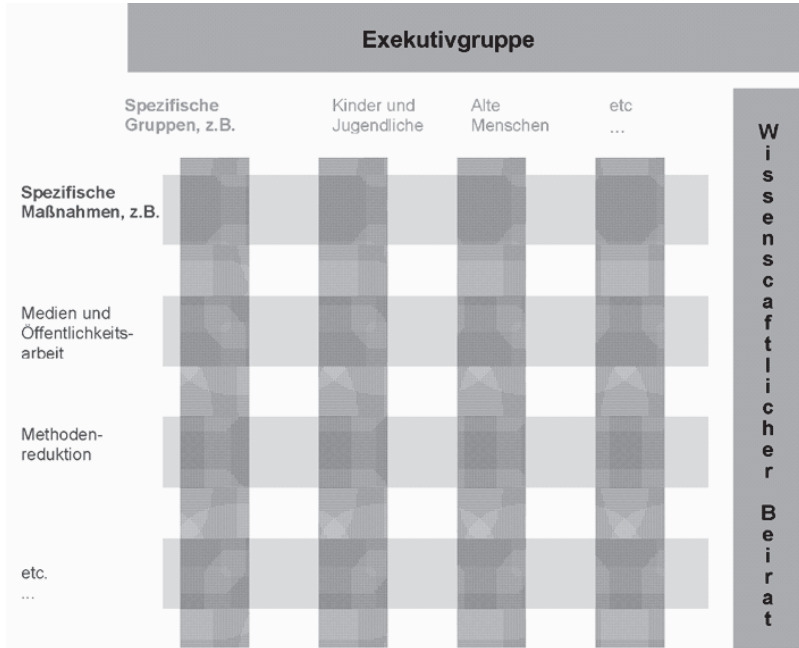


Abb. 2 Struktur des Programms

Bundestag

Deutscher Bundestag – Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend,
Deutscher Bundestag – Ausschuss für Gesundheit

Bundesministerien

Bundesministerium für Gesundheit: Ministerialrat Dr. A. Statz
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Ministerialrätin P. Weritz-Hanf
Bundesministerium des Innern: Dr. D. Bachhausen
Bundesministerium der Verteidigung: Flottillenarzt R. Braas

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm besteht aus 19 Arbeitsgruppen, 2 Expertengruppen, über 80 beteiligte Organisationen und mehr als 200 bisher mitarbeitenden Personen. Es besteht ein zunehmendes Interesse an Mitarbeit und ein zunehmendes Interesse der Öffentlichkeit

Zentrale Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit

- Website Informationen über Suizid (suizidpraevention-deutschland.de)
- Kontakt zu Ministerien, Gesundheitsausschüssen, Vorstellen des Programms
- Pressekonferenzen zum Weltsuizidpräventionstag (zusammen mit Bundespressekonferenz in Berlin)
- Zentrale Veranstaltungen zum WSPD
- Materialien zur Vorstellung des Programms, Materialien für High-Risk Gruppen
- Vorträge/Schulungen
- Teilnahme an Kongressen/Symposien/Messen/Kirchentagen/Präventionstagen
- Sonstige Materialien (Filme, Plakate)

Organisation der AGs

Organisieren ihre Struktur selbst: Vorsitz, Anzahl der Treffen
Können Subgruppen bilden oder Task-Gruppen mit anderen AGs

Finanzielle Ausstattung

Finanzieren die Treffen selbst (Uni, Bahn)
Flyerherstellung: AGs erhalten zentrale Mittel, von NaSPro bei Stiftungen beantragt
Verhandeln selbst mit Verlagen. Es werden jetzt Möglichkeiten der Kommunikation innerhalb der AGs auf der zentralen Website erstellt

Beispiele bisheriger Ergebnisse/Begonnene Projekte

Informationsbroschüre (AG »Kinder und Jugendliche«)
Informationsbroschüre (AG »Umfeld«, Flyer für Survivors)
Informationsbroschüre (AG »Alte Menschen«) 1. Auflage von 25.000 vergriffen; 2. Auflage gedruckt, vergriffen, 3. Auflage
Informationsbroschüre (Flyer) für Presseberichterstattung (AG »Öffentlichkeit«)
Ausbildungsmaterial für Altenpfleger (AG »Alte Menschen«)
Suizidprävention durch Apotheken (AG »Primärprävention«)

Hot Spot Projekt (AG »Primärprävention«)
Kfz-Abgase (AG »Primärprävention« in Zusammenarbeit mit Autoindustrie)
Erhebung zu suizidalem Verhalten im Strafvollzug (AG »Strafvollzug«)
Beratung(en), Gutachten: Projekte, Baumassnahmen, sonst. Aktivitäten
Sammlung von Ausbildungsinhalten (AG »Ausbildung«)
Gründung der Deutschen Akademie für Suizidprävention (DASP)
Aufgaben: Sammlung und Koordinierung von Ausbildungsaktivitäten, Qualitätssicherung, Technische Unterstützung
In Zusammenarbeit mit der AG »Fortbildung«
Projekte zur Verhinderung von Hot-Spots (z. B. Müngstener Brücke)
Implementierung von Ausbildungsinhalten mit (BÄK)

Herausgabe eines Informationsblattes

Publikationen:

- Wenn das Altwerden zur Last wird
- Wenn ein Mensch sich getötet hat
- Suizide, Suizidversuche und Suizidalität
- Darüber reden kann Leben retten
- Wenn die Zukunft dunkel scheint

Suizide in Justizvollzugsanstalten der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2000 bis 2005 (Katharina Bennefeld-Kersten Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges) nach Angaben/Unterlagen der Bundesländer zusammengestellt im September 2006

Empfehlungen zur baulichen Suizidprävention in Psychiatrischen Krankenhäusern (Arbeitsgruppe Bauwerke und Umwelt, Version 1.6.2012)

Autoren:

Dr.-Ing. Nadine Glasow, Geschäftsführerin der Universalraum GmbH, Institut für evidenzbasierte Architektur im Gesundheitswesen, Dresden
PD Dr. med. Thomas Reisch, Leiter der NaSPro-Arbeitsgruppe Bauwerke und Umwelt, IPSILON

(Schweiz), Ärztlicher Leiter Schwerpunkt Psychotherapie, Universitätsklinik für Psychiatrie Bern, Schweiz

Georg Oppermann, Bundesfachvereinigung Ltd. Krankenpflegekräfte in der Psychiatrie, Pflegedirektor, Bezirkskrankenhaus Augsburg

Projekt Suizidversuche: Häufigste Arzneistoffe

Tab. 1

Nürnberg 2000 - 2003		Würzburg 2000 - 2002		Würzburg 2003 - 2005	
Paracetamol	n = 94	Paracetamol	n = 33	Paracetamol	n = 20
Zopiclon	n = 67	ASS	n = 22	Doxepin	n = 14
Doxepin	n = 63	Lorazepam	n = 21	Ibuprofen	n = 13
Diphenhydramin	n = 62	Amitriptylin	n = 18	Lorazepam	
Amitriptylin	n = 61	Diazepam	n = 15	Amitriptylin	n = 12
Diazepam	n = 57	Temazepam	n = 14	ASS	n = 10
Lorazepam	n = 56	Zopiclon		Temazepam	n = 8
Ibuprofen	n = 54	Ibuprofen	n = 13	Bromazepam	n = 7
ASS	n = 49	Doxepin	n = 10	Tramadol	n = 6
Bromazepam	n = 42	Diphenhydramin		Diphenhydramin	n = 5
				Oxazepam	
				Citalopram	
				Chlorprothixen	

Stellungnahme und Material für Abteilung für Pharmakovigilanz des BfArM, Bonn und BMG, Bonn

Vorschriften wurden geändert: Verschreibungspflicht für Paracetamol ab bestimmter Menge

Monitoring suizidaler Intoxikationen: Substanzbeschaffungswege I

Giftnotruf München

15-Tages-Stichprobe 2011, 99 suizidale Beratungsfälle zu Medikamenten

Beschaffungswege:

- 68 x eigene Medikation
- 12 x von Person aus Umfeld
- 7 x frisch aus Apotheke besorgt
- 3 x von stationärem Aufenthalt
- 9 x unbekannt

Hitliste der eingenommenen Stoffe:

Ibuprofen und Citalopram je 12x, Quetiapin 10x, Opipramol, Paracetamol je 4x, Lorazepam 3x

Sozialdaten:

38 m, 61 w; 9 Kinder und Jugendliche, 90 Erwachsene

(Quelle: Th. Zilker, persönliche Mitteilung 2011)

Polizeidirektion Stuttgart:

Selbstmord mit Hilfe von Reinigungs-, Kosmetik- und Pflanzenschutzmitteln ist eine neuere Methode, die laut Veröffentlichungen aus Japan, den USA und Großbritannien immer mehr in Mode kommt. Interpol gab eine Warnmeldung heraus, da Beschreibungen dieser Selbstmordmethode und Informationen dazu mehrfach im Internet auftauchen.

Eine Methode, die des öfteren beschrieben und scheinbar immer häufiger angewendet wird, ist die Verwendung von säure- oder schwefelhaltigen Haushaltschemikalien zur Produktion des tödlichen Gases Dihydrogensulfid (H₂S). Diese neue Art des Selbstmordes ging von Japan aus, wo mindestens 500 Menschen – Männer, Frauen und Kinder- in der ersten Hälfte des Jahres 2008 auf diese Art zu Tode kamen.

Stellungnahmen:

- Stellungnahme zum Gesetzentwurf § 217 an Ministerium, MdBs
- Stellungnahme zum Bericht der BMJ Arbeitsgruppe
- »Patientenautonomie am Lebensende«
- Stellungnahme der AG »Alte Menschen«: »Patientenautonomie am Lebensende«
- Teilnahme an Bundestagsanhörung zu Präventionsgesetz
- Teilnahme an Anhörung des Landtages NRW zur Lage der Psychiatrie in NRW
- Treffen mit Vorsitzender des Bundestagsausschusses für Gesundheit
- Beantragung von Projekten bei BMG

Suizidales Verhalten in Deutschland:

Plenarsitzung des Deutschen Ethikrates am 27.09.2012 (<http://www.ethikrat.org/sitzungen/2012/suizid-und-suizidbeihilfe>)

Für das in dieser Zeit entgegengebrachte Vertrauen und die gute Zusammenarbeit bedanke ich mich ganz herzlich. Vielleicht werden sich unsere Wege auch in den kommenden Jahren immer mal wieder kreuzen. Darauf freue ich mich bereits heute.

Mit freundlichen Grüßen und der Hoffnung, dass meine Kinder Psychologen
in schaffen, die notwendigste Intervention durchzuführen. Vielen Dank
für Ihr Engagement
Heinrich Heine

Abb. 3 Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit und soziale Sicherung,
Der Vorsitzende

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm erhielt sehr gute Beurteilung durch WHO, Mental Health Europe (MHE) und EU.
Matrixstruktur wird teilweise übernommen

The German National Suicide Prevention Programme (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland) (2003) (11) is remarkable in terms of the broad set of working groups, administrative agencies and federal institutions covered. The following inter-ventions are indicated: public education, crisis inter-vention, suicide prevention in children and young people, suicide prevention in work-place, reduction to access of means of suicide, detection and treatment of depression and related conditions and dealing with specific psychiatric disorders, training of health pro-fessionals and awareness training on comorbidity factors.

Specific working groups are dedicated to substance abuse disorders and populations at risk, as well as to survivors and bereaved family members. Working with the media is also a key issue covered by the programme. (Mental health: facing the challenges, building solutions; WHO 2005)

Mögliche Mitarbeit von Organisationen und Institutionen:

Bestandsaufnahme im eigenen Bereich

1. Ressourcen, Defizite
2. Planung zur Verbesserung der Situation
 - Curriculum für suizidologische Weiterbildung
 - Mögliche Aktivitäten
3. Prüfung von möglichen Synergieeffekten

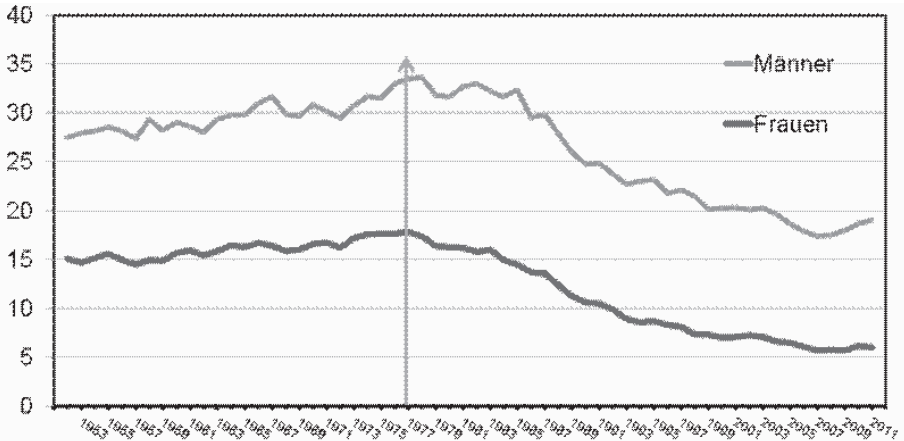


Abb. 4: Deutsche Aktivitäten und Verlauf der Suizidziffern in Deutschland 1952–2011

Von der Schwierigkeit Hilfe zu suchen und zu finden

Georg Fiedler (aus der Folienpräsentation)

Schätzungen:

- Suchen bis zu einer Million Menschen im Jahr Hilfe?
- Ungefähr 10.000 Suizide im Jahr nach der Todesursachenstatistik
- Mehr als 100.000 Suizidversuche im Jahr geschätzt
- Geschätzt 300.000 Menschen in psychiatrischen Abteilungen haben Suizidgedanken
- Menschen außerhalb dieser Statistiken ...?

Bis zu 75 % von Menschen, die sich das Leben genommen haben suchten im Monat davor einen Arzt auf. Nicht alle gefährdete Menschen, die in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung sind thematisieren ihre Suizidalität.

Angebote

Es existiert ein breites Angebot für suizidgefährdete Menschen

Im Rahmen der Angebote des Gesundheitswesens

- Psychiatrisch Kliniken und Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Ambulanzen
- Spezialabteilungen für spezifische psychische Erkrankungen (Depression, Sucht, Borderline, ...)
- Niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten, Allgemeinmediziner
- Psychiatrische (Not-) Dienste

Im Rahmen der Angebote nicht klinischer Einrichtungen

- auf dem Gebiet der Suizidprävention
 - für spezielle (Risiko-) Gruppen (Sucht, sexuelle Gewalt ...)
 - Telefonische Hotlines
 - Internetberatung
-

Suizidalität

Suizidalität ist ein vielschichtiges Phänomen

Menschen, die

... die an einer psychischen Erkrankung leiden und jene, die sich einer Diagnose entziehen

... wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung befinden, und jene, die es nicht sind

... zum ersten mal in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung sind und jene, die schon langjährig Erfahrungen haben

... akut suizidal gefährdet sind, und jene, die (noch) nicht vor suizidalen Handlungen stehen

... nur ein suizidale Krise im Leben haben und jene, die Suizidgedanken einen großen Teil des Lebens begleiten

... die jung und adolescent sind oder jene, die an den Einschränkungen des Alters leiden

... die körperlich gesund sind oder an einer schweren oder unheilbaren Erkrankung leiden

... die offen über ihre Suizidgedanken reden und jene, die darüber schweigen

... die Hilfe in Krisen bei anderen Menschen suchen und jene, die es sich nicht vorstellen können

... jene, die sich in Drogen flüchten, und jene, die es nicht tun

Suizidalität

... ist subjektiv ein Zustand einer extremen psychischen Krise geprägt durch Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit, Sinnlosigkeit, Scham- und Schuldgefühle, Ärger, Wut.

... ein Zustand der Ambivalenz. Es geht nicht darum, unbedingt zu sterben, sondern nicht zu wissen, wie man weiterleben kann. Suizidalität kann vor diesem Hintergrund immer als ein mehr oder weniger bewusster Hilferuf verstanden werden

... ein interaktionelles Geschehen. Suizidalität steht häufig in Beziehung zu Anderen. Sie kann bei ihnen Gefühle von Alarmierung, Fürsorge, Angst, Scham, Schuld, Ärger, Wut, Inkompetenz ... Auslösen

... ein durch »Sprachlosigkeit« gekennzeichnetes Phänomen: Befindlichkeiten werden nicht in Worten sondern in Handlungen ausgedrückt.

... ein durch Angst begleitetes Phänomen. Häufig Angst über Suizidgedanken zu sprechen, Befürchtung vor Stigmatisierung, Ablehnung, Psychia-

triesierung und Autonomieverlust (Angst vor Zwangsmaßnahmen), auch in Behandlungen nicht thematisiert.

Hindernisse

Auf der Seite der Betroffenen

Menschen, die Angst haben über ihre Suizidalität zu sprechen

... weil sie damit die Beziehung zu ihrem Behandler gefährden könnten oder ihn nicht belasten möchten.

... weil sie befürchten, dann gegen ihre Willen stationär aufgenommen zu werden

... weil sie befürchten, dass sie nicht ernst genommen oder abgelehnt werden könnten

Menschen,

... die schlechte Erfahrungen mit der Psychiatrie (erlebt) haben

... die Angst haben, dass traumatisierende Lebenserfahrungen in einer Behandlung thematisiert und wiederbelebt werden könnten

... die sehr impulsiv sind oder eine geringe Frustrationstoleranz haben (jetzt oder gar nicht)

Wunsch, eine verlässliche Beziehung zu haben, feste Ansprechpartner, ernst genommen zu werden, nicht verurteilt zu werden, verstanden zu werden, dass die Suizidalität/der Todeswunsch akzeptiert wird und nicht als eine störendes Begleitphänomen betrachtet wird und ausgedet wird.

Auf der Seite des Gesundheitswesens

- Häufige Abweisungen
 - Zu viele Ansprechpartner bis zur Behandlung
 - Wartezeiten
 - Grenzen der niedergelassenen Praxis
 - Fehlende »Nachsorge«
 - Zu schnelle geschlossene stationäre Aufnahme
 - Suizidgedanken werden nicht erkannt und/oder nicht angesprochen
-

Bedarf

Was benötigen wir?

- Mehr niedrigschwellige und auf suizidgefährdete spezialisierte Angebote innerhalb und außerhalb des klinischen Rahmens
- Mehr zielgruppenorientierte Angebote (junge und alte Menschen, Migranten, ...)
- Reduzierung von Strukturen, die vielfältige Stationen zur Folge haben, bis jemand Hilfe findet
- Eine verstärkte Ausbildung hinsichtlich der Erkennung und der Behandlung oder Betreuung suizidaler Menschen den Bereichen der Medizin, Psychotherapie und aller weiteren sozialen Berufe
- Aufklärung über Suizidalität und Suizidpräventive Angebote suizidpräventive Angebote.
- Aufklärung, Unterstützung und Einbeziehung der Angehörigen
- Eine Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung und Aufklärung über deren Möglichkeiten. Aufklärung über die Möglichkeiten des Sterbens bei tödlich verlaufenden Erkrankungen.

Auch wenn alle Maßnahmen mit höchster Qualität realisiert werden, man wird nie alle Suizide vermeiden können.

Wir können nur die Tür zur Hilfe weit aufstoßen.

Materialien

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland
www.suizidpraevention-deutschland.de

VIII Rechtliche Aspekte (auch: Krisenhilfe statt Zwang)

Einleitung

Jörg Holke

Der Auftrag, Hilfen in psychischen Krisen zu gewährleisten, berührt unterschiedliche sozialrechtliche Zuständigkeiten. So ist die gesetzliche Krankenversicherung laut dem fünften Sozialgesetzbuch in Bezug auf Prävention und Behandlung gefordert. Aber auch der Sozialhilfeträger ist nach dem SGB GIX und XII bei Krisen im Rahmen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verantwortlich. Nicht zuletzt ist die Kommune im Rahmen der allgemeinen Daseinsfürsorge mit in der Verantwortung.

Der Symposiumsbeitrag von Celia Wenk-Wolff zeigt an Hand des Ringens um eine flächendeckende psychiatrische Krisenversorgung in Bayern diese Folgen des gegliederten Sozialrechtssystems in Deutschland anschaulich auf. Die in dem Beitrag vorgenommenen Zuordnungen geben dann auch die Richtung für die Finanzierungsverantwortung vor, wie sie in Bayern jetzt praktiziert wird. Hier sind es die bayerischen Bezirke als überörtliche Sozialhilfeträger und die Krankenkassen, die über die Finanzierung der Institutsambulanzen eingebunden werden.

In der Diskussion im Symposium wurde eine anteilige Finanzierung über den Präventionsauftrag nach § 20 SGB V angeregt. Zudem sollte eine prozentuale kommunale Beteiligung in den Psych-KGs der Länder verankert werden.

Eine gute Hilfe in der Krisensituation ist in vielen Fällen auch geeignet, einer psychisch bedingten Selbst- und Fremdgefährdung zu begegnen und somit auch das beste Mittel, Zwang und Gewalt in der Psychiatrie zu vermeiden. Welche Rolle den rechtlichen Betreuern in der akuten Krise in Bezug auf Unterbringung bzw. Zwangsbehandlung zukommt und wie die Klärung von Selbstbestimmung vor Zwang betreuungsrechtlich verankert ist, führt Volker Lindemann in seinem Beitrag aus.

Rahmenprogramm von der Funktion her denken!

Celia Wenk-Wolff

Seit vielen Jahren wird in Bayern wie im übrigen Bundesgebiet um eine adäquate flächendeckende psychiatrische Krisenversorgung gerungen. Psychiatrische Notfälle sind der dritthäufigste Grund für Notarzteinsätze. Der Beitrag zeigt, dass die Krisenversorgung insuffizient bleibt, obwohl sich viele Akteure an ihr beteiligen. Die Hauptursache liegt darin, dass psychiatrische Krisenversorgung an der Schnittstelle verschiedener Leistungssysteme stattfinden muss.

Um diese Schwierigkeiten zu beschreiben und möglichst zu überwinden, hat eine Arbeitsgruppe im Auftrag des Bayerischen Bezirktags ein Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung erarbeitet, das im Oktober 2012 vom Hauptausschuss des (damals noch) Verbandes der bayerischen Bezirke politisch verabschiedet wurde (siehe unter www.bay-bezirke.de, dort unter Aufgaben / Gesundheit / Rahmenkonzepte). Die Fachlichkeit dieses Impulsbeitrags baut auf der Fachlichkeit der Mitglieder der Arbeitsgruppe auf, wichtigste Bausteine waren dabei die Erfahrungen aus dem Krisendienst Psychiatrie München (www.krisendienst-psychiatrie.de) und dem Krisendienst Mittelfranken (www.krisendienst-mittelfranken.de).

Ziel des bayerischen Rahmenkonzeptes ist es, das Versorgungssystem durch den Baustein »Krisenversorgung« zu ergänzen, um Eskalationen und unnötige Traumatisierungen zu vermeiden, einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zu leisten und die Eingliederungshilfe zu entlasten. Dabei geht es auch darum, die bestehenden Leistungsangebote schnell und gezielt zugänglich zu machen. Dazu bedarf es eines Dienstes, der die Lotsen- und Steuerungsfunktion mit der erforderlichen Kompetenz zur Einschätzung der Dringlichkeit und zur Durchführung gegebenenfalls sofort einsetzbarer Interventionen wahrnimmt.

Was ist eine Krise im Sinne des Konzepts?

Die Zuständigkeit möglicher Akteure der Gesundheitsversorgung oder auch komplementärer Versorgung bis hin zur Daseinsfürsorge hängt unter anderem davon ab, wie man eine Krise definiert. Aus Sicht des Bayerischen Bezirktags setzt eine angemessene Krisenversorgung voraus, dass der Begriff der Krise weit gefasst ist:

Krisen sind demnach seelische Notlagen und akute psychische Ausnahmezustände unabhängig von diagnostischer Zuordnung, Entstehungshintergrund psychiatrischer Grunderkrankung sowie akute psychosoziale Krisen, wobei die Übergänge fließend sind. Entscheidend ist dabei die Perspektive des Betroffenen bzw. eines beteiligten Dritten. Die Zielgruppe sind also Menschen, die sich selbst oder einen Dritten als jemand definieren, der sich in einer psychiatrischen oder psychosozialen Krise befindet, deren Bewältigung mit eigenen Mitteln nicht mehr möglich erscheint. Es kommt damit auf die subjektive Perspektive des Hilfesuchenden an. Ein leistungsfähiges niederschwelliges System setzt voraus, dass der Betroffene nicht zunächst langwierig prüfen lassen muss, welches Hilfesystem nun für ihn gerade zuständig ist oder selbst über eine genaue Kenntnis der Schnittstellen zwischen den Hilfesystemen verfügt. Nur eine weite Fassung der Zielgruppe gewährleistet eine entsprechende frühe Interventionsmöglichkeit.

Der Auftrag im Rahmen des SGB V

Der Gesetzgeber weist im SGB V über die verschiedenen Sicherstellungsaufträge den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen entsprechende Rechte und Pflichten zu.

- *Der Sicherstellungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung*

Nach § 23 Absatz 1 Nr. 1 SGB V besteht ein Anspruch auf medizinische Vorsorge bei Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde. Daraus folgt, dass ein Versicherter nicht erst dann Anspruch auf medizinische Leistungen hat, wenn eine akute Erkrankung bereits festgestellt ist. Er hat Anspruch auf entsprechende Vorsorgeleistungen, aber auch auf eine ärztliche Diagnose, die auch dann von der gesetzlichen Krankenversicherung zu vergüten ist, wenn die (subjektiven) Symptome keinen (objektiven) Krankheitswert aufweisen.

Gemäß § 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V haben alle Versicherten Anspruch auf Krankenbehandlung, soweit sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen und eine Verschlimmerung zu verhüten. Gemäß Satz 2 ist dabei den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

- *Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen*

Gemäß § 72 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V obliegt der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung den Kassenärztlichen Vereinigungen.

gen. Nach § 73 Absatz 1 Nr. 4 SGB V umfasst die hausärztliche Versorgung auch die Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen. Gemäß § 75 Absatz 1 Satz 2 SGB V umfasst der Sicherstellungsauftrag auch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten, also eine notärztliche Versorgung. Wie sieht dem gegenüber jedoch das Behandlungsangebot aus?

Die fachärztliche Versorgung ist stagnierend beziehungsweise rückläufig, es sind zunehmend lange Wartezeiten zu beobachten. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, die genaue Darstellung würde an dieser Stelle zu weit führen. Klargestellt werden muss jedoch, dass die Ursache nicht etwa im bösen Willen niedergelassener Fachärzte begründet ist. Zudem werden in erheblichem Umfang psychische Erkrankungen von Hausärzten versorgt. Die explizit psychiatrische notärztliche Versorgung ist in Bayern in der Fläche nicht gewährleistet. Außer in München und Würzburg bestehen keine fachärztlich psychiatrischen Bereitschaftsdienstangebote in Bayern. Daher findet die Versorgung überwiegend durch den hausärztlichen Notdienst über die Vermittlungs- und Beratungszentralen (VBZ) der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern statt.

- *Der Auftrag der stationären Leistungserbringer durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)*

Gemäß § 118 SGB V haben die PIA diejenigen Patienten zu versorgen, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung oder zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Damit liegt also der Schwerpunkt des Behandlungsauftrags auf einer Langzeitbehandlung schwer und chronisch psychisch Kranker. In den bayerischen PIA werden jedoch etwa 15 Prozent der Patienten als Notfall versorgt. Aufgrund ihres besonderen Auftrags verfügen die PIA über eine besondere Struktur; zur Leistungserbringung wie auch der Krisenintervention steht ein multiprofessionelles Team zur Verfügung. Aufgrund der gesetzlich normierten und gerichtlich sehr strikt gehandhabten räumlichen und organisatorischen Anbindung der Ambulanz an das Krankenhaus bzw. eine Tagesklinik stehen die Leistungen der PIA trotz der Möglichkeit aufsuchender Tätigkeit nicht flächendeckend zur Verfügung.

- *Die Verpflichtung der Krankenhäuser*

Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser haben die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung zu

bieten, das heißt, sie haben im Rahmen ihrer vereinbarten Kapazitäten im entsprechenden Bedarfsfall rund um die Uhr hilfeschende Patienten aufzunehmen.

■ *Die Rolle der Kommunen im Rahmen der Daseinsfürsorge*

Der Inhalt der Daseinsfürsorge im Zusammenhang mit psychiatrischer Krisenversorgung ist weder in der Gemeindeordnung noch in der Landkreisordnung konkret ausgeführt. Die verschiedenen kommunalen Ebenen haben im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit die für das menschliche Dasein als notwendig erachteten Güter und Leistungen bereit zu stellen. Bei der Erfüllung der sozialen Verantwortung der verschiedenen kommunalen Ebenen kann somit ein Auftrag gesehen werden, an der Sicherstellung der Versorgung von ihren Bürgern mit seelischen Notlagen zumindest aktiv mitzuwirken. Eine konkrete und möglichst einklagbare Hinwirkungsverpflichtung speziell einer kommunalen Ebene lässt sich daraus leider nicht entnehmen.

Akteure und Auftrag des Leistungssystems des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches

Als Rehabilitationsträger sind die Träger der Sozialhilfe gemäß § 6 SGB IX ebenfalls ein wichtiger Akteur. Die Grundvoraussetzung für den Zugang zum Leistungssystem des SGB IX besteht jedoch in einer, zumindest drohenden, Behinderung. Nach gesetzlicher Definition sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Somit ergibt sich zwischen akutmedizinischer Behandlungsbedürftigkeit aufgrund einer Erkrankung und einer (drohenden) Behinderung ein Überschneidungsbereich. Zudem normiert § 3 SGB IX den Vorrang der Prävention: Auch die Reha-Träger wirken auf die Vermeidung des Eintritts einer Behinderung hin. Menschen mit einer wesentlichen (drohenden) Behinderung haben gemäß § 53 SGB XII Anspruch auf Eingliederungshilfe bei Teilhabebeeinträchtigungen, dabei ist es eine besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe eine (drohende) Behinderung zu verhüten (§ 53 Absatz 3 Satz 1 SGB XII). Also auch hier gilt der Vorrang von Prävention, siehe auch § 14 SGB XII und dem Anspruch auf vorbeugende Leistungen. Die wesentliche Einschränkung von Leistungs-

ansprüchen des SGB XII bildet jedoch das strenge Nachrangprinzip des § 2 SGB XII: Soweit also andere Leistungsträger wie zum Beispiel die gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet sind, besteht kein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe.

Angebote im Rahmen des SGB XII

In Bayern haben sich dank der Finanzierung der jeweiligen Bezirke als überörtliche Sozialhilfeträger und mit teilweise etwas geringerer Beteiligung der jeweiligen Stadt vier Krisendienste mit jeweils unterschiedlichem Wirkungskreis und unterschiedlicher zeitlicher Erreichbarkeit entwickelt (Krisendienst Psychiatrie München, Krisendienst Mittelfranken, Krisendienst Würzburg, Krisendienst Horizont Regensburg). Weiter gibt es eine Notschlafstelle und neben Beratungsstellen für besondere Zielgruppen die allgemein zugänglichen Sozialpsychiatrischen Dienste. Aus der Leistungsbeschreibung der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) in Bayern ergibt sich eine Zuständigkeit für Kriseninterventionsleistungen, die als kurzfristiges professionelles Handeln verstanden werden, das zumindest der Schadensbegrenzung dient. In der aktuellen Krisensituation seien laut Leistungsbeschreibung psychosoziale Leistungen zur Abklärung der Situation notwendig. Ziele können die Vermeidung einer Klinikeinweisung durch eine kurzfristige Intensivierung des Gesprächskontakts verbunden mit der Sicherstellung einer ambulanten medizinischen Versorgung sein oder aber, bei Selbst- oder Fremdgefährdung, die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik. Explizit ausgenommen sind psychiatrische Notfallversorgungsleistungen. Aus dem hier beschriebenen Inhalt ergibt sich keine trennscharfe Linie zur Leistungsverpflichtung der PIA mit multiprofessionellem Team, da auch dort bei Bedarf psychosoziale Leistungen zu erbringen sind.

Das Dilemma vieler Akteure und Angebote

Eine wichtige Rolle bei seelischen Notlagen spielen weiter die Rettungsleitstelle, die Rettungsdienste, Polizei und Feuerwehr, aber auch Telefonseelsorge, Allgemeinkliniken und Psychotherapeuten. Menschen mit einer seelischen Notlage zeigen nicht selten fehlendes Krankheitsgefühl, sie nehmen die Situation nicht unbedingt selbst als krisenhaft wahr, typisch sind Vermeidungsverhalten, Scham und Unsicherheit. Dies macht die Wahl des geeigneten und nicht unbedingt zwingend zuständigen Angebots nicht ein-

facher. Hinzu kommen häufig sehr lange Wartezeiten, eine Überforderung des Hilfesystems, fehlendes Fallmanagement oder auch Verzögerungen durch Zuständigkeitsklärungen, die eine frühzeitige und rasche Intervention nicht begünstigen. In Bayern stellen nur 1,4 Prozent der Vermittlungen durch die Zentrale Beratung und Vermittlung der Kassenärztlichen Vereinigungen das Meldebild »psychiatrische Erkrankung« dar. In München sind es immerhin schon 3,1 Prozent. Dies entspricht bei weitem nicht dem Anteil psychischer Erkrankungen an allen Notfällen. Die Autoren des Fachkonzepts »Regionale Psychiatrische Krisenversorgung«, Dr. Michael Welschhold, Simone Eiche und Dr. Gabriele Schleuning (zu finden unter www.krisendienst-psychiatrie.de/dokumente), gehen davon aus, dass die geringe Inanspruchnahme der VBZ unter anderem darin begründet liegt, dass entweder ein fehlendes Krankheitsgefühl das ärztliche Hilfesystem nicht als geeignet erachtet, oder kein Vertrauen in dieses Hilfesystem besteht. Entweder weil man nicht erwartet, dort tatsächlich eine angemessene Hilfestellung in der jeweiligen Notsituation zu bekommen oder aber weil befürchtet wird, dass man gegebenenfalls auch gegen den eigenen Willen in eine Klinik gebracht wird.

Die vier Säulen der ambulanten Krisenversorgung

Nach dem Bayerischen Rahmenkonzept erfordert eine angemessene Krisenversorgung vier Leistungsbausteine:

- Ein rund um die Uhr besetztes Krisentelefon (entsprechend kompetent besetzt, nicht flächendeckend vorhanden)
- Entsprechende medizinische und psychosoziale Anlaufstellen der ambulanten Basisversorgung (diese sind in der medizinischen wie auch der komplementären Regelversorgung vorhanden)
- Ein mobiler aufsuchender Dienst bei besonderer Eilbedürftigkeit oder wenn der Betroffene nicht in der Lage ist die Anlaufstelle selbst aufzusuchen (nicht flächendeckend vorhanden)
- Ein fachärztlicher (Not-) Dienst (Regelversorgung)

Von jeder dieser vier Säulen kann die Nachsorge und die Vermittlung in eine – regelhafte – weiterführende Behandlung oder Beratung erfolgen. Zwei dieser Säulen stellen selbst bereits Bausteine der Regelversorgung dar. Die im Rahmen der Krisenversorgung erbrachten Regelleistungen werden auch im Bayerischen Rahmenkonzept wie bisher zugeordnet finanziert.

Der Krisendienst im engeren Sinne

Der Krisendienst im engeren Sinne besteht aus Leitstelle und mobilem Dienst, also den beiden Bausteinen, die nicht aus der Regelversorgung bisher schon bereit gestellt sind. Er arbeitet dabei direkt an der Nahtstelle zwischen SGB V und SGB XII, das heißt, er muss Leistungen für verschiedene Auftraggeber und Kostenträger erbringen können. Aus Gründen der Synergie mit bestehenden psychosozialen Diensten, wegen der Niedrigschwelligkeit, aber auch aus Praktikabilitätsabwägungen heraus scheint die sogenannte Einkaufslösung am ehesten zu realisieren. Dabei erbringt ein mit besonders geschulten Sozialpädagogen besetzter mobiler Dienst in freier Trägerschaft in enger Kooperation und unter ärztlicher Supervision der PIA aufsuchende Leistungen im Auftrag und auf Rechnung der PIA, *soweit* der Hilfesuchende Anspruch auf SGB V-Leistungen hat. Die Leistung des Krisendienstes ist dabei jedenfalls immer dann dem SGB V zuzurechnen, wenn sie in eine medizinische Intervention mündet.

Trägerschaft und organisatorische Anbindung der Leitstelle wird von den Gegebenheiten vor Ort anhängen. Eine Besetzung mit kompetentem Personal ist unumgänglich, wenn dort ein verantwortungsvolles Screening und Weitervermittlung erfolgen soll. Eine telefonische Krisenintervention, die zu einer tagesgleichen Vermittlung führt, wird von der PIA als vorangegangene, der Behandlung zugehörige Leistung dokumentiert. Die mobilen Einsätze werden in der Regel von der Leitstelle initiiert, wenn ein benennbares Leitsyndrom mit Krankheitswert vorliegt. Dann jedenfalls wird die Leistung eindeutig im Auftrag der PIA erbracht. In allen anderen Fällen dient die psychosoziale Begleitung dazu, den Eintritt einer Behinderung zu verhüten. Die Eingliederungshilfe trägt damit die nicht anders refinanzierte Personalausstattung der Leitstelle, da Vorhaltekosten über das SGB V nicht refinanzierbar sind. Letzteres sind allerdings praktische und nicht rechtliche Erwägungen. Sie trägt die Kosten der Rufbereitschaft des mobilen Teams und die telefonische Krisenberatung, die in keine ausdrückliche Weiterbehandlung mündet. Weiter werden über die Eingliederungshilfe Kriseneinsätze finanziert, die Weitervermittlungen an Sozialpsychiatrische Dienste, Gerontopsychiatrische Dienste und andere von der Eingliederungshilfe finanzierte Leistungserbringer zur Folge haben.

Schwierigkeit der Verzahnung von Leistungssystemen

Eine solch enge Verzahnung verschiedener Leistungssysteme begegnet großen Schwierigkeiten. In einer verbindlichen Kooperationsvereinbarung muss geklärt werden, wer wann welche Leistungen erbringt. Dabei sind die verschiedenen Systemlogiken der Kostenträger bzgl. Finanzierung, Abrechnung, Dokumentation usw. zu berücksichtigen, genauso aber auch die Systemlogiken und die Sprachgewohnheiten der verschiedenen Leistungserbringer. Beispielsweise steht der Einzelleistungsvergütung der PIA die pauschale Finanzierung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes gegenüber. Die erforderliche Vorlage einer Versichertenkarte und die umfangreiche Dokumentationsverpflichtung der PIA unterscheiden sich deutlich von der niederschweligen Beratung eines SpDi, bei der gegebenenfalls nicht einmal der Name mitgeteilt wird und der damit verbundenen Leistungsdokumentation. Es stehen sich konsiliarische ärztliche Beratung und die ärztliche Letztverantwortung bei Leistungserbringung durch die PIA gegenüber. Fragen von Haftung und Datenschutz, aber auch von Qualifizierung und ärztlicher Supervidierung müssen im Vorfeld sehr sorgfältig geklärt sein.

Fazit

Um eine angemessene flächendeckende Psychiatrische Krisenversorgung sicherzustellen, wird es nicht reichen, die vorhandenen Ressourcen zusammenzuführen. Wenn man diese Leistung sieben Tage in der Woche, rund um die Uhr sicherstellen will, sind Vorhaltungen erforderlich, da (glücklicherweise) nicht flächendeckend rund um die Uhr Notfälle abrechenbar auftreten. Ein mobiles aufsuchendes Team und ein kompetent besetztes Krisentelefon als Erstanlaufstelle und Zuweiser zur Regelversorgung sind bisher weitgehend nicht vorhanden. Diese Angebote müssen neugeschaffen und damit neu finanziert werden.

Es gibt zwar viele Verantwortliche, die einen Anteil an der Krisenversorgung haben und auch jetzt schon Angebote bereitstellen. Es fehlt jedoch ein justiziable Hauptverantwortlicher, der die Systeme zusammenführt. Es fehlt ein gesetzlich eindeutig definierter Akteur, der die Leistung an der Schnittstelle zu organisieren hat und gegebenenfalls bis zur abschließenden Klärung der Kostenverantwortung in Vorleistung gehen muss. Ein Akteur, der gegebenenfalls mit einer Untätigkeitsklage überzogen werden könnte. Klar ist aber auch, dass der Erstzugang zum Hilfesystem des SGB V ohne

die Hürde einer echten Erkrankung normiert ist. Das heißt, sobald eine subjektive oder objektive Krise eintritt, besteht jetzt schon ein Anspruch auf Diagnose und Hilfe.

Lösung?

Zu überlegen wäre, ob die Lösung in einer gesetzlich geregelten Komplexleistung zu suchen wäre. Aus den Erfahrungen mit anderen Komplexleistungen zeigt sich jedoch, dass die Realisierung von Komplexleistungsangeboten häufig außerordentlich zäh und streitbehaftet erfolgt. Der Bundesgesetzgeber müsste hier klare Vorgaben machen, wie die Finanzierung der Komplexleistung zu erfolgen hat. Bevorzugt würden Pauschalen, in denen die erforderliche Vorhaltung refinanziert ist. Die beteiligten Akteure und deren jeweilige Aufgabe wären konkret zu beschreiben. Weiter sind die Anteile der verschiedenen Kostenträger konkret festzulegen, die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen von Prävention und Versorgung muss vorrangig verpflichtet sein.

Betreuungsrechtliche Klärung - Selbstbestimmung vor Zwang

Volker Lindemann

Betreuungsrecht gilt seit 1992. Es löste das mit dem BGB 1900 in Kraft getretene Recht der Entmündigung und Vormundschaft für Volljährige als Teil des Familienrechts ab. Bis dahin galt, dass bei Vormundschaft und Gebrechlichkeitspflegschaft der Wille von Vormund und Gebrechlichkeitspfleger für die Aufgabenerledigung maßgeblich war. Dagegen besteht die Aufgabe der rechtlichen Betreuer in erster Linie darin, die Angelegenheiten der Betreuten im Rahmen der vom Gericht übertragenen Aufgaben so zu besorgen, wie es dem durch die eigenen Wünsche und Vorstellungen der Betreuten geprägten Wohl entspricht (§ 1901 BGB). Die Betreuer haben also ihren Betreuten zu helfen, ihr Selbstbestimmungsrecht, in dessen Ausübung sie durch ihre Krankheit oder Behinderung eingeschränkt sind, durch Beratung, Unterstützung oder erforderlichenfalls durch Stellvertretung zu verwirklichen.

Der zweite Zweck ihrer Bestellung besteht darin, die Betreuten vor sich selbst zu schützen, wenn deren selbstschädigendes Verhalten auf ihrer Krankheit oder Behinderung beruht.

Zwangsbefugnisse der Betreuer bei der Personensorge waren im Betreuungsrecht ausdrücklich nur in Form der Unterbringung (Freiheitsentziehung) zur Verhinderung von Selbsttötung oder erheblichen gesundheitlichen Schäden geregelt (§ 1906 BGB a. F.). Ärztliche Maßnahmen gegen den natürlichen Willen der Betreuten (Zwangsbehandlungen) sollten allerdings nach dem Willen des Gesetzgebers (mit Ausnahme der Sterilisation, § 1905 BGB) weder verboten noch ausdrücklich geregelt werden (BT Drucksache 11/4528 S. 70 ff.). Erst im Jahre 2000 hatte der BGH Gelegenheit zu entscheiden, dass die gesetzliche Regelung keine Erlaubnis zu ambulanter Zwangsbehandlung enthält. 2006 äußerte er sich dann in einer Entscheidung über die Unzulässigkeit der Vorlage eines OLG dahingehend, dass 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB eine ausreichende Grundlage jedenfalls für eine stationäre Zwangsbehandlung sei.

Infolge der Entscheidungen des BVerfG aus dem Jahr 2011 über die Verfassungswidrigkeit der Zwangsbehandlungsregelungen in den Maßregelvollzugsgesetzen von Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg und über die Voraussetzungen einer verfassungsgemäßen Regelung dieses schwerwiegenden Eingriffs in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit gab der

BGH 2012 seine Auffassung über die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung auf der Grundlage des § 1906 BGB a. F. auf. Das veranlasste den Bundesgesetzgeber zu einer Neuregelung im Betreuungsrecht, die im Februar 2013 in Kraft getreten ist.

Dadurch, dass dazu eine Ergänzung der Unterbringungsregelung des § 1906 BGB gewählt wurde (Abs. 3 und 3a), wird zunächst geklärt, dass eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff gegen den natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme) nur im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung mit dem Zweck einer Heilbehandlung, nicht also zum Selbstschutz (Abs. 1 Nr. 1) oder ambulant oder gar zum Schutz der Rechtsgüter Dritter in Betracht kommt.

Weitere Grundvoraussetzung für die Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen ist – wie schon für die Unterbringung – dass der Betreute auf Grund seiner psychischen Krankheit oder geistiger oder seelischer Behinderung die Notwendigkeit auch der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann, also einwilligungsunfähig ist.

Die Entscheidungsbefugnis ist zunächst beim Betreuer angesiedelt, wenn ihm der Aufgabenkreis Aufenthaltsbestimmung und Gesundheitsorge vom Gericht übertragen worden ist. Dann kann er den Betreuten – wie bisher – unter den Voraussetzungen des § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB – jetzt ausdrücklich eingeschränkt auf den Zweck der Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens – mit Genehmigung des Betreuungsgerichts (Abs. 2) geschlossen unterbringen.

Die angestrebte Behandlung ist dann zunächst Sache des Arztes auf der Grundlage des zustande gekommenen Behandlungsvertrages. Er muss sich über Diagnose und ärztliche Indikation klar werden, den Patienten unabhängig von dessen Einwilligungsunfähigkeit informieren und versuchen, im Gespräch eine freiwillige Behandlung zu erreichen, § 630 c BGB. Hält er den Patienten für einwilligungsunfähig, braucht er – außer im Notfall – die Einwilligung des Betreuers. Maßgeblich für dessen Entscheidung darüber sind die tatsächlich (schriftlich oder mündlich) geäußerten oder die mutmaßlichen Wünsche des Betreuten (§§ 1901, 1901 a BGB). Auf ihrer Grundlage hat er die vom Arzt vorgeschlagenen Maßnahmen mit diesem zu erörtern (§ 1901 b BGB). Stimmen Patient und Betreuer zu, kann die Behandlung stattfinden. Eine gerichtliche Genehmigung der Betreuereinwilligung ist nur in den Fällen des § 1904 Abs. 1 BGB (gefährliche ärztliche Maßnahmen) erforderlich.

Widerspricht die ärztlich indizierte Maßnahme dem natürlichen Willen des Betreuten, kommt die Anwendung von Zwang unter weiteren einschränkenden Voraussetzungen in Betracht. Der Arzt muss zunächst entscheiden, ob die Voraussetzungen der Indikation auch auf die zwangsweise Durchsetzung der Maßnahme zutreffen. Bejaht er das und bietet er also eine entsprechende Vorgehensweise an, darf der Betreuer die erforderliche Einwilligung nur erteilen,

- wenn kein verbindliches Behandlungsverbot nach § 1901 a BGB (Patientenverfügung) vorliegt ;
- wenn der nach §§ 1901 a Abs. 2, 1901 b BGB ermittelte früher erklärte oder mutmaßliche Wille des Betreuten trotz der aktuellen Ablehnung von Zwang dafür spricht, dass der Patient einwilligen würde, wenn er ohne Krankheitseinfluss entscheiden könnte ;
- wenn der Betreuer sich überzeugt hat
 - dass alles versucht worden ist, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung des Betreuten zu erreichen,
 - dass die ärztliche Zwangsmaßnahme zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens erforderlich ist,
 - dass dieser Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
 - dass der zu erwartende Nutzen der Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

Diese Einwilligung des Betreuers bedarf in allen Fällen der vorherigen Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1906 Abs. 3 a BGB). Dies muss dazu das Vorliegen aller Wirksamkeitsvoraussetzungen für die Einwilligung prüfen und feststellen. Die dafür beschlossenen Ergänzungen der Verfahrensvorschriften im FamFG sind u. a. nachzulesen in BtPrax 2013 (Heft 2) S. 45 f.

Die Anschlussfrage, wieweit diese betreuungsrechtliche Regelung tatsächlich dazu beitragen wird, dass gegen Betreute weniger Zwang ausgeübt wird, wird sich ohne statistische Erhebungen nicht gültig beantworten lassen. Eine ganze Reihe von Stellungnahmen aus der klinischen Psychiatrie schon während des Gesetzgebungsverfahrens 2012 macht aber Hoffnung, dass Hilfen für psychisch Kranke oder Behinderte auch ohne Zwang Erfolg versprechen.

Für die Rolle der Berufsbetreuer dabei gibt es Hindernisse. Das sind vor allem das Fehlen einer verbindlichen Berufsordnung und also Ausbildung und die fast gänzlich leistungsunabhängige Fallpauschalierung in ihrer

Vergütungsordnung. Das erstgenannte Defizit führt im hier maßgeblichen Aufgabenbereich der Gesundheitspflege dazu, dass die Betreuer sich häufig mangels eigener Kompetenzen nur als »Handlanger« der Ärzte betrachten, die die gerichtliche Genehmigung »besorgen« sollen. Die seit 2005 geltende Vergütungsregelung hat vermehrt dazu geführt, dass Berufsbetreuer sich 80 und mehr Betreuungen übertragen lassen mit der Folge, dass sie den meist hohen Zeitaufwand in Unterbringungs- und Zwangsbehandlungsfällen im erforderlichen Umfang immer weniger leisten können.

Die Hoffnung, dass es dennoch nicht zur Vermehrung von »Kunstfehlern« kommt, gründet sich darauf, dass die erörterten Krisenfälle im Gesamtaufgabenfeld der Berufsbetreuer nur einen kleinen Teil ausmachen, dass die Betreuer notfalls Prioritäten, wenn auch zulasten ihrer anderen Betreuten, setzen können und dass sie wie alle Professionellen unter erhöhtem Arbeitsdruck durch Delegation (in zulässigem Umfang) und durch Rationalisierung der Arbeitsvorgänge die Effizienz ihrer Tätigkeit steigern können.

Im Übrigen ist die Verantwortung für die Vermeidung von Zwang gegen Menschen mit Behinderungen auf so viele Schultern verteilt, dass es schwer sein wird, die maßgeblichen Faktoren für die weitere Entwicklung in die eine oder andere Richtung dingfest zu machen. Der Versuch dazu sollte aber in jedem Fall gemacht werden.

IX Krisenmanagement bei Demenz

Einleitung

Regina Schmidt-Zadel, Ralf Ihl

Demenzen stellen für die Krisenversorgung eine besondere Herausforderung dar, da die Krankheitszeichen der Demenz zu allen erdenkbaren Verhaltensänderungen führen können. Fehlende Einsichtsfähigkeit, Aggressivität, Wahnvorstellungen und Kontrollverlust ohne zielgerichtete Motivation sind neben den Gedächtnis- und Orientierungsstörungen herausragende Beispiele dafür. Eine Überforderung der versorgenden Angehörigen und Pflegenden stellt daher keine Seltenheit dar. Ganz im Gegenteil ist sie häufig Anlass für eine Institutionalisierung. Nur äußerst selten wollen Erkrankte eine institutionelle Versorgung. Sie würden lieber zuhause versorgt werden. Hilfen für Angehörige und Pflegende zuhause sind dazu Voraussetzung.

Um Angehörigen und Pflegenden bei der häuslichen Versorgung zu helfen, werden mehr oder weniger organisiert Versorgungsstrukturen aufgebaut. Art, Qualität und Finanzierungsmodelle der Versorgungsstrukturen sind dabei sehr heterogen. Häufig wird von Netzwerken gesprochen. Sie bestehen aber oft nur aus einer oder wenigen Beteiligten und umfassen nur selten einen größeren Teil der notwendigen Versorgung. Das Symposium hat sich zur Aufgabe gesetzt, Beispiele für hilfreiche Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen sowie politische Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Frau Sabine Jansen, Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V., stellt das Alzheimer Telefon der Deutschen Alzheimer Gesellschaft vor. Fragen wie, wer nutzt das Telefon, wie viele Anfragen gibt es, wird die Hilfe als nützlich empfunden, werden beantwortet. Herr Professor Dr. Ralf Ihl beschreibt, wie eine umfassende Versorgungsstruktur aussehen könnte, die von den Bedürfnissen der Menschen zuhause ausgeht. Darüber hinaus zeigt er Finanzierungsmöglichkeiten auf. Frau Regina Schmidt-Zadel stellt die Verbindung zur Politik her und beschreibt, welche gesetzgeberischen Maßnahmen anzustreben sind, um die Versorgung so zu optimieren, dass der Wunsch der Menschen, zuhause versorgt zu werden, umsetzbar wird.

Hilfe bei Demenz - das Alzheimer-Telefon

Sabine Jansen

In Deutschland sind etwa 1,4 Millionen von einer Demenz betroffen (Bickel). Nicht nur für diese sondern auch für ihre Angehörigen hat die Diagnose Demenz Auswirkungen auf ihr Leben. Viele Fragen entstehen: Wie verläuft die Krankheit? Wie muss ich mein Leben darauf einstellen? Wer soll für mich sorgen? Wie kann ich Pflege finanzieren? – Das sind nur einige Beispiele für die Themen, die die Menschen nach einer Diagnose beschäftigen. Leider ist es aber oft so, dass niemand ihnen diese Fragen beantwortet. Viele Fragen gehen über den medizinischen Bereich eines Arztes hinaus.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (DalzG) hat deshalb im Jahr 2002 ein bundesweites Alzheimer-Telefon (01803 171017 oder 030 259 37 95 14) eingerichtet, damit demenzkranke Menschen oder solche, die befürchten, sie könnten diese Krankheit haben, und ihre Angehörige eine Anlaufstelle für ihre Fragen haben. Das Telefon ist ein vertrautes, niedrigschwelliges Kommunikationsmittel und erlaubt auch einen anonymen Anruf. Das ist für viele Menschen wichtig, denen es schwer fällt, sich zu dieser Krankheit zu bekennen. Eine bundesweit zentrale Nummer kann außerdem gut beworben werden, wenn z. B. Journalisten in einem Zeitungsartikel zum Thema Demenz den Lesern eine Anlaufstelle zur Verfügung stellen wollen.

Die DalzG als Bundesverband der örtlichen und regionalen Alzheimer Gesellschaften, der Landesverbände und Alzheimer-Selbsthilfegruppen 1989 gegründet, schien besonders geeignet, ein solches Hilfsangebot zu etablieren und wird deshalb mit diesem Angebot seit vielen Jahren vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Bei der DalzG gibt es eine umfangreiche Adress-Datei mit Anlaufstellen vor Ort, an die ratsuchende Anruferinnen weitergeleitet werden können und es gibt eine Vielzahl von Broschüren, die als Ergänzung verschickt werden können.

Die Rahmenbedingungen

Das Alzheimer-Telefon ist zwar zu recht umfassenden Zeiten (Montag-Donnerstag von 9.00–18.00 Uhr, Freitag 9.00–15.00 Uhr) erreichbar, allerdings nicht wie andere Krisentelefone rund um die Uhr. Die Auswertungen der Anrufe und Anrufversuche der letzten Jahre haben gezeigt, dass

die meisten Anrufer am Vormittag anrufen. Danach nimmt die Anruferzahl langsam ab, außerhalb der Sprechzeiten sind diese nur gering, so dass bisher aus Kostengründen keine 24-Stunden-Hotline geschaltet wurde. Ergänzend zu den o. g. Sprechzeiten gibt es die Möglichkeit, außerhalb dieser einen Termin zu vereinbaren, aber dieser Service wird so gut wie nicht in Anspruch genommen.

Das Alzheimer-Telefon ist zu den Sprechzeiten von einem multiprofessionellen Team von Beraterinnen besetzt, dazu gehören in erster Linie Sozialarbeiterinnen, die zum Teil therapeutische Zusatzqualifikationen haben, eine Psychologin und eine Fachkrankenschwester für Psychiatrie. Alle Beraterinnen nehmen regelmäßig an Fortbildungen und Supervision teil. Neben der schon erwähnten Adress-Datenbank steht im Intranet der Alzheimer-Gesellschaften auch eine Wissensdatenbank sowie eine Medien-Datenbank zur Verfügung, die es auch Springerinnen, die in Vertretungssituationen die Beratung übernehmen, durch eine gezielte Schlagwortsuche ermöglicht, auch zu speziellen Themen qualifiziert Auskunft geben zu können. Ergänzend steht an zwei Terminen im Monat eine Rechtsanwältin für eine Erstberatung zur Verfügung. Aktuell, d.h. in der Zeit ab Sommer 2012 bis Ende 2013 gibt es im Rahmen des Forschungsprojektes Tele.TAndem.Transfer der Universität Jena für Angehörige die Möglichkeit ergänzend zur Beratung an einer verhaltenstherapeutischen Intervention mit 12 Sitzungen telefonisch oder face-to-face teilzunehmen.

Einige Zahlen

Seit Bestehen des Telefons wenden sich etwa 5.000 - 6.000 Anruferinnen pro Jahr an das Alzheimer-Telefon. Im Jahr 2012 waren es 5.393 statistisch erfasste Beratungen, davon fanden 21 % als E-Mail-Beratung statt – eine Zahl, die immer mehr zunimmt. Die Länge der Gespräche ist dabei sehr unterschiedlich von gezielten Auskünften von einer bis zu sechsundneunzig Minuten bei langen psychosozialen Gesprächen. Dabei ist die durchschnittliche Gesprächsdauer in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen von neun Minuten im Jahr 2002 auf vierzehn Minuten im Jahr 2012. Die Beraterinnen berichten, dass auch die Gesprächsinhalte zunehmend komplexer werden. Einfache Informationen werden im Internet eingeholt, können aber nur bedingt helfen. Lösungen für die eigene Situation zu entwickeln, ist dagegen sehr viel schwieriger und braucht Unterstützung. In vielen Fällen (2012 in 3.040 Fällen) vermitteln die Beraterinnen an eine Anlaufstelle vor Ort, damit

eine Weiterbegleitung stattfinden kann. Allerdings zeigen die Antworten aus der jährlichen Evaluation, dass längst nicht alle die genannte Anlaufstelle auch wirklich aufsuchen. Die Gründe dafür sind vielfältig: Die Sprechzeiten der Beratungsstellen sind nicht passend, die Entfernungen zu weit oder es gibt keine Betreuung für den Erkrankten. An 1.765 Personen, die beraten wurden, sind im Nachklang Informationsbroschüren versandt worden. Dies sind auch die Personen, die für eine Evaluation angeschrieben werden, da ihre Adressen bekannt sind.

Wer ruft an?

Die größte Gruppe der Anruferinnen, die zu 75 % weiblich sind, sind Angehörige. Nur 3 % der betroffenen Erkrankten rufen selbst an. Und immerhin fast jede sechste Anruferin kommt aus dem Bereich der professionellen oder ehrenamtliche Pflege oder einer anderen Berufsgruppe.

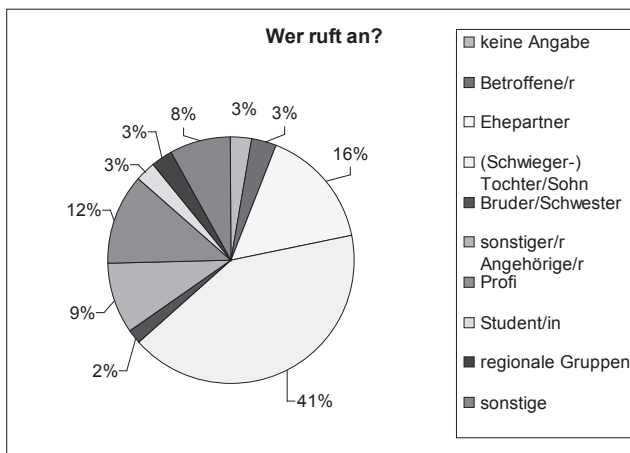


Abb. 1

Die Erkrankten, um die es in den Gesprächen geht, sind zu 64 % älter als 75 Jahre, aber immerhin 9 % sind jünger als 65 Jahre und haben damit ganz andere Probleme, z. B. die Aufgabe der Berufstätigkeit, die fehlenden Versorgungseinrichtungen usw. 57 % der Erkrankten sind weiblich und 27 % leben noch allein. Die größte Gruppe nämlich 57 % leben bei Angehörigen. Immerhin 12 % leben im Heim und auch hier hört die Sorge der Angehörigen nicht auf.

Gesprächsthemen der Angehörigen

Die Bandbreite der Themen ist groß, aber in jedem Jahr ist es insbesondere der für Angehörige als problematisch empfundene Umgang mit den Erkrankten das häufigste Thema. Weitere wichtige Themen sind die ärztliche Versorgung, finanzielle und rechtliche Fragen sowie die eigene Belastung und die Suche nach einem Ansprechpartner vor Ort.

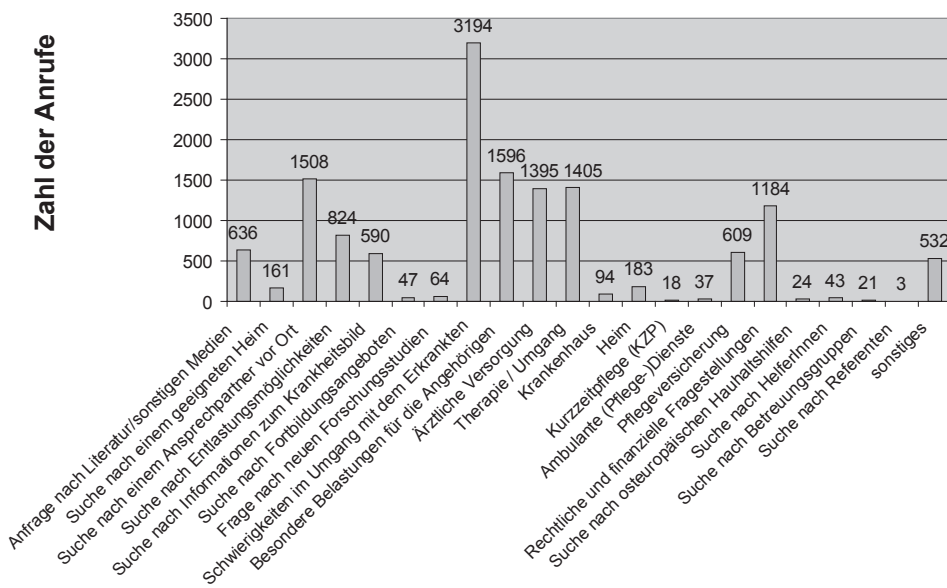


Abb. 2

Wenn man sich die »Schwierigkeiten im Umgang mit den Erkrankten« genauer ansieht, sind es insbesondere die folgenden Verhaltensweisen, die den Angehörigen zu schaffen machen (Reihung nach der Häufigkeit der Nennungen):

- Aggressives Verhalten
- Verleugnung der Krankheit
- Kann nicht mehr allein bleiben
- Weigert sich Hilfe anzunehmen
- Unruhe
- Weigert sich zum Arzt zu gehen
- Sonstige gesundheitliche Probleme
- Will noch Auto fahren

Ein wichtiges Ziel der Beratung ist es deshalb neben der Beratung und Information, Angehörige zu ermutigen, Hilfen anzunehmen, sei es in Form einer Helferin im Haushalt, einer Betreuungsgruppe oder Tagespflege oder der Teilnahme an einer Angehörigengruppe. Angehörige sollen wissen, dass Pflege langfristig nur gelingen kann, wenn man sich auch einmal Zeit für sich nimmt und die eigenen Grenzen erkennen kann, um nicht selbst krank zu werden.

Folgendes Beispiel aus dem »Tagebuch der Beraterinnen« verdeutlicht, wie komplex die Probleme sind:

Anruf einer Tochter im Februar 2012, aufgeschrieben von einer Beraterin:

Tochter und Vater haben an Alzheimer erkrankte Frau jahrelang zu Hause gepflegt, zuletzt mit viel Aggressivität von Seiten der Betroffenen. »Sie können sich nicht vorstellen, mit welcher Kraft meine Mutter mich und meinen Vater geschlagen hat – und wir haben wirklich mit Liebe versucht sie zu pflegen.« Das zweite Heim, sogar eines mit dem Pflegeansatz nach Böhlm hat es nicht geschafft mit der Aggression umzugehen und nach 3 Wochen aufgegeben. Jetzt ist sie im Krankenhaus und dort will man sie entlassen. Wo finde ich ein Heim für meine Mutter. Sie bekommt ein Haldol-Depot und kann nicht mehr laufen, ihre Schläge sind nicht mehr kraftvoll und sie ist fixiert. Wir können sie zuhause nicht mehr pflegen. Kann das Krankenhaus sie einfach entlassen?

Evaluation des Alzheimer-Telefons

Mit einem Online-Statistikbogen werden die Lebensumstände der Anrufer und Erkrankten, die Themen und Bedürfnisse erfasst, allerdings nicht systematisch sondern nur in dem Rahmen, der sich aus dem Gespräch ergibt. Auch bleibt die Anonymität dabei natürlich erhalten. Adressen werden nur zum Zweck der Zusendung von Informationsbroschüren und getrennt von der Statistik erfasst. Die Erkenntnisse aus der Statistik sind für die DALzG als Interessensvertretung auch für ihre Lobbyarbeit wichtig, weil dadurch nachweislich die Probleme der Familien sichtbar werden. Jährlich erfolgt stichprobenartig eine Auswertung durch Fragebögen, um die Zufriedenheit mit dem Angebot abzufragen.

Zusammenfassung

Auch nach fast zwölf Jahren seines Bestehens und der Zunahme von Beratungsstellen zum Thema Demenz ist der Bedarf an Beratung an einem solchen zentralen Telefon vorhanden. Das zeigen die Zahlen. Um eine gute Beratung zu bieten, sind die Fortbildungen und die regelmäßige Pflege der Datenbanken erforderlich. Ein ergänzendes Angebot wie die Rechtsberatung ist sinnvoll. Künftig wird es durch eine Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) eine Möglichkeit geben, zu Forschungsthemen an qualifizierte Ansprechpartner weiterzuvermitteln. Darüber hinaus hat die DALzG als Selbsthilfeorganisation auch die Möglichkeit Angehörige an andere betroffene Angehörige oder Erkrankte an andere Erkrankte in ihrem Netzwerk zu vermitteln, weil manchmal nicht die professionelle Beratung sondern der Austausch mit anderen Betroffenen sinnvoller und hilfreicher ist.

Damit Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen von dem Angebot erfahren ist eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit wichtig. So hat die DALzG in den letzten Jahren regelmäßig Multiplikatoren wie niedergelassene Ärzte, Therapeuten oder Kirchengemeinden über ihr Angebot und das der örtlichen Alzheimer-Gesellschaften informiert.



Abb.3

Literatur:

BICKEL, H. (2012): Die Epidemiologie der Demenz, Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hg.), Infoblatt »Das Wichtigste«
http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_2012_01.pdf

Krisenmanagement im Demenznetz Krefeld

Ralf Ihl

Ein gut aufgestelltes Krisenmanagement bei Demenz benötigt eine differenzierte Versorgungsstruktur, die ohne große Hürden erreichbar ist und die Bedürfnisse der Nutzer abdeckt. Um eine solche Versorgungsstruktur sicherzustellen sollen hier überblicksartig Demenznetz Kriterien beschrieben werden. Wird versucht, Ausgangspunkte für die Entwicklung von Demenznetzwerken zu definieren, ist eine Ausleuchtung des Ereignishorizontes zu möglichen Ausgangspunkten erforderlich. Ein Zugangsweg wäre z. B. eine Unterscheidung nach Struktur und Funktion, nach Inhalt und Organisation oder aus dem Blick der Bedarfe des Nutzers oder des Anbieters bzw. des Organisators.

Hier soll versucht werden, nach diesen Gesichtspunkten Kriterien für Netzwerke zu beschreiben. Eine Aufteilung ist in Abb. 1 visualisiert. Nachfolgend werden die verschiedenen Struktur Aspekte beschrieben und Funktionen zugeordnet.

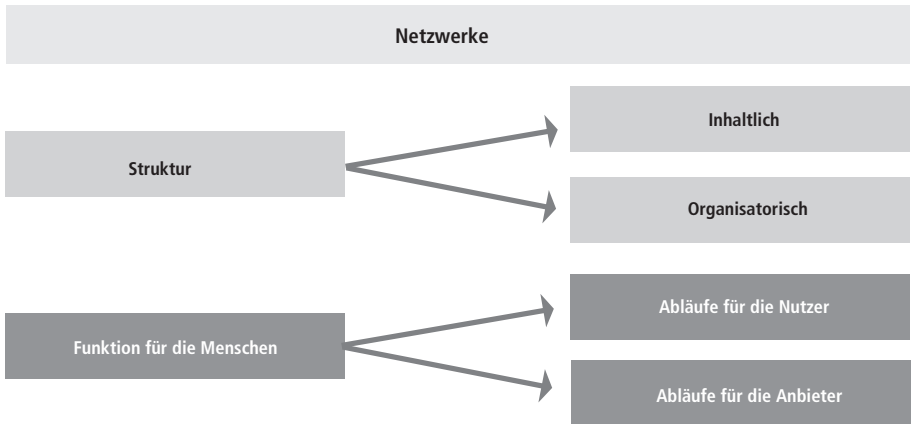


Abb. 1

Inhaltliche Struktur

Die inhaltliche Struktur charakterisiert die einzelnen Themenbereiche eines Netzwerks. Orientierung zum Einschluss von Inhalten können bekannte Inhalte aber auch die Ziele des Netzwerks sein. Bei der Beurteilung der Wer-

tigkeit von Themen bildet der Mensch mit seinen Belangen die Spitze der Versorgungspyramide. Hierbei sind folgende zwei Aspekte zentral: Weltbild und ethische Prämissen. Beide Aspekte gilt es zu definieren.

Hierbei wird von den Grundannahmen der humanistischen Psychologie ausgegangen. Es ist zu beachten, dass der Mensch

- mehr ist als die Summe seiner Teile
- in zwischenmenschlichen Beziehungen und
- bewusst lebt
- seine Wahrnehmungen schärfen und
- entscheiden kann, sowie
- intentional ist.

Die zu erreichenden ethisch relevanten Ziele lassen sich mit dem Erhalt von

- Selbstständigkeit
- Teilhabe
- Selbstbestimmung und
- Achtung der Menschenwürde

beschreiben. Hieraus ergibt sich ein breit gefächertes inhaltlicher Bedarf, der in Abb. 2 ersichtlich wird.

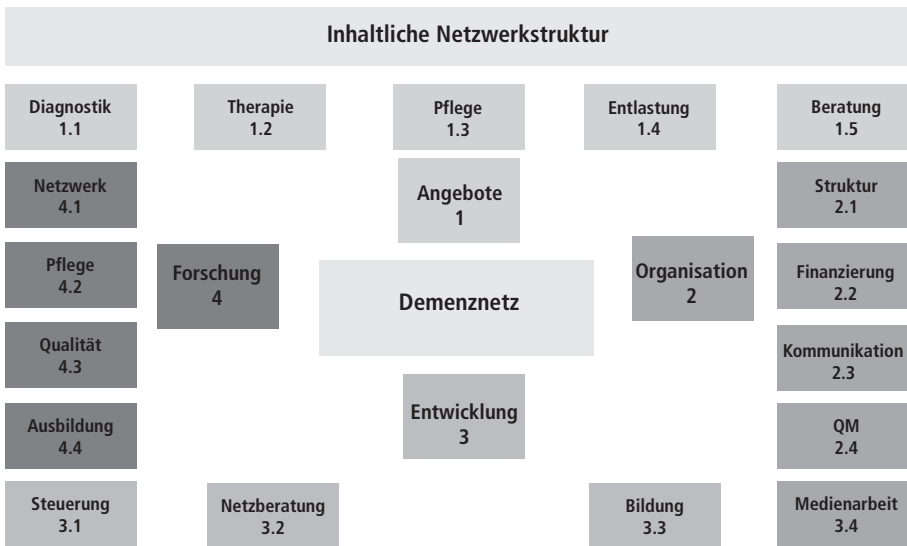


Abb. 2

Jedes einzelne, der in Abb. 2 dargestellten Felder öffnet die Tür zu weiterführenden Inhalten, auf die hier nur teilweise eingegangen werden kann. Eine erste Beschreibung findet sich in der Dokumentation des APK-Fachtages am 18.10.2011.

Organisatorische Struktur

Sollen Inhalte umgesetzt werden, stellt sich die Frage »wie«. Sie wird am besten mit einer Organisationsstruktur beantwortet. Aufgabe dieses Beitrages ist es, sinnvolle Organisationsstrukturen vorzustellen. Neben der Strukturbeschreibung ist den Organisationsstrukturen jeweils auch eine Aussage zu Finanzierung, Kommunikation und Qualitätsmanagement zuzuordnen. Um die Weiterentwicklung zu vereinfachen, ist es darüber hinaus wichtig, einen Ist-Zustand mit einer gemeinsamen Begrifflichkeit zu definieren, den die Beteiligten als Diskussionsbasis nutzen können. Die »Definitionen« verstehen sich somit als Anregung zur Diskussion.

Ausgehend von dem erkrankten Menschen ergeben sich mehrere organisatorische Versorgungsebenen, die in Abb. 3 dargestellt werden.

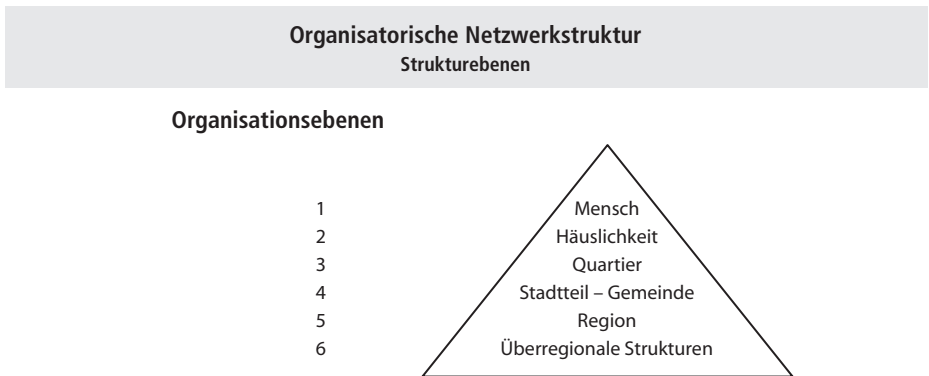


Abb. 3

Organisationsebene 1 und 2 – Erkrankter Mensch in der Häuslichkeit Definition Häuslichkeit

Die grundlegende Versorgung findet im direkten Umfeld des Menschen, der Häuslichkeit, statt. Der Begriff Häuslichkeit umfasst eine Vielzahl räumlicher und sozialer Konstellationen. Es ist zu unterscheiden, ob Menschen

allein oder mit anderen zusammen wohnen, ob es eine potenziell pflegende Person gibt oder ob bereits externe zugehende Hilfen (z. B. Essen auf Rädern) wahrgenommen werden. Unabhängig davon gehören hierhin auch die architektonischen Gegebenheiten, wieweit z. B. das Umfeld mittelfristig Versorgungsprobleme mit sich bringt (z. B. Wohnen im 6. Stock ohne Lift, Größe der Wohnung, Zugänglichkeit von Sanitäreinrichtungen etc.).

In der Häuslichkeit gilt es insbesondere, ein direktes Kümmern sicherzustellen. Typische Beispiele des Versorgungsgeschehens im häuslichen Umfeld sind Entscheidungen wie z. B. zur Notwendigkeit eines Arzt- oder Friseurbesuches, des Nägelschneidens, des Essens, Trinkens etc.

Selbstverständlich finden sich alle Aspekte der Häuslichkeit in Institutionen wie Altenheimen und Wohngruppen wieder, auf die an dieser Stelle aber nicht näher eingegangen wird.

Organisationsebene 3 – Quartier

Definition Quartier

Unter Quartier ist die unmittelbare Umgebung des Menschen mit seiner Häuslichkeit zu verstehen. In einem Quartier befindet sich eine bestimm- und überschaubare Anzahl benachbarter Häuslichkeiten mit sozialem Bezug. Das Quartier wird sichtbar durch die täglichen sozialen und versorgerischen Bezüge. Neben den Kranken und ihren Pflegenden, den Anbietern von Leistungen in der Versorgung, gehören zum Quartier z. B. auch die Besitzer von Geschäften sowie Beschäftigte von Feuerwehr, Polizei und Behörden.

In der Regel gelingt es Menschen, ihre eigene Versorgung im Quartier sicherzustellen. Treten Beeinträchtigungen dieser Fähigkeit auf, wie z. B. bei der Erkrankung an einer Demenz, bedarf es einer Vielzahl unterstützender Angebote und Maßnahmen. Sie werden dann schnell wirksam, wenn sie auch im unmittelbaren Umfeld also dem Quartier stattfinden.

Was »unmittelbares Umfeld« heißt bzw. wie sich eine *Quartiersgröße* bemessen sollte, ergibt sich aus den Bedürfnissen der erkrankten Menschen und den Möglichkeiten, ihre Bedarfe abzudecken. Die Entfernung von Hilfsangeboten und die erforderliche Gruppengröße von Hilfsangeboten bestimmen, ob Angebote hilfreich sind oder nicht.

Angebote müssen von der Häuslichkeit aus leicht erreichbar sein. Die mit der Erkrankung verbundene Gefahr einer sozialen Isolation lässt sich nicht alleine durch Hilfen in der Häuslichkeit abwenden. Hierfür sind soziale Gruppen notwendig, deren Größe bis zu zehn erkrankte Menschen umfassen

sollte. Da Demenzen alle relevanten Krankheitszeichen zeigen können, lässt sich an der Demenz aufzeigen, auf was in einem Quartier zu achten ist. Die Krankheit dauert im Mittel 6-8 Jahre und durchläuft *ansteigende Schweregrade*, die unterschiedliche Gruppenangebote erfordern. Sollen soziale Bezüge, Fähigkeiten und Kompetenzen gefördert werden, muss für Gruppenangebote eine sinnvolle Gruppengröße definiert werden. Gruppenangebote helfen allerdings nur eine begrenzte Zeit. Weit fortgeschritten erkrankte Menschen sind häufig nicht mehr in der Lage, Gruppenangebote wahrzunehmen und bedürfen ausschließlich der Pflege vor Ort.

Für das Entwickeln von Gruppen ist es auch erforderlich zu definieren, wie viele Menschen in einem Quartier insgesamt von Hilfen profitieren können. Für diese Berechnung sind Schätzungen zur Häufigkeit von Demenz wichtig.

Eine weitere Größe, die das Entwickeln von Gruppen beeinflusst, ist der *Wunsch an Gruppenangeboten teilzunehmen*. Inhalte und Interessen spielen hierbei eine Rolle. So kann sich der Personenkreis, der sich für eine Strickgruppe interessiert, durchaus von dem Interessentenkreis für eine Sportgruppe unterscheiden. Da es zu wenige Daten zur Berechnung gibt, bestimmen auch Erfahrungswerte die Definition der Größe eines Quartiers. Hier wurde als Ausgangsvorschlag davon ausgegangen, dass eine Region, in der 120 Menschen mit Demenzerkrankungen leben, den Quartiersbegriff bestimmen könnte.

Zahlen zur Bevölkerungsdichte und zur Häufigkeit z. B. von Demenzen ermöglichen die weiteren Berechnungen. Die Gesamtzahl der Menschen im Quartier läge damit bei ca. 6000 Menschen. Unter der Voraussetzung einer städtischen Bevölkerungsdichte könnte das Quartier einen Durchmesser von 1,6 km haben oder, anders beschrieben, der weiteste Weg zum Angebot nicht länger als 800 m sein. Im ländlichen Bereich werden insbesondere bei kleineren Gemeinden deren Strukturen den Rahmen abstecken. Diese Größenbestimmung sichert die Erreichbarkeit der Angebote. In dem so umschriebenen Raum von städtisch ca. 2,5 km² (berechnet aus der geschätzten mittleren städtischen Bevölkerungsdichte in Deutschland) ist die *Zusammenarbeit aller wie auch immer an der Versorgung Beteiligten* Grundvoraussetzung für eine optimierte Versorgung.

Innerhalb des Quartiers sind *zwei Angebotsstrukturen* zu charakterisieren, die auch überlappend existieren können: ein *zentraler Ort* wie ein Gemeindehaus, in dem Angebote zur Verfügung gestellt werden *oder ein Zusammenschluss* von Angeboten an verschiedenen Orten des Quartiers. Kernkriterium

für eine gute Quartiersstruktur wird aber das Maß an *Kooperation aller Beteiligten* sein. Hieraus ergibt sich unmittelbar der Bedarf von *Koordination*.

Vorhandene und fehlende Ressourcen im Quartier

Wird das Quartier über die Entfernung von Einrichtungen zur Häuslichkeit definiert, ist entsprechend der Bevölkerungsstruktur mit einer gewissen Spannweite bei der Anzahl zu versorgender Menschen zu rechnen. Für die Versorgungsdichte und die Differenzierung des Angebots gilt das gleiche. Hieraus resultiert die Notwendigkeit der Beschreibung des Hilfemixes, der in einem Quartier verfügbar sein sollte.

Zu den Ressourcen zählt auch der Grad an Kommunikation der Helfer mit den Menschen in der Häuslichkeit aber auch genauso der Helfer untereinander. Auch hier zeigt der Kommunikationsgrad eine große Spannweite. Optimierungsansätze finden hier einen Zugangsweg, der als Chance verstanden werden kann, besser miteinander zusammenzuarbeiten, um die Versorgung zu verbessern.

Ein ganz zentrales Element der Quartierskommunikation ist die Kommunikation zwischen ärztlichem und sozialem System. Hier bedarf es der Entwicklung einer verlässlichen Struktur. Sie kann geschaffen werden mit dem sogenannten medico-sozialen Team (MST). Sozialarbeiter stehen nach Absprache Ärzten mit ihrem gesamten Wissensspektrum zur Versorgung zur Verfügung, wann immer bei einem Arztbesuch der Verdacht auf eine sich entwickelnde Demenz aufkommt. Eine detaillierte Beschreibung findet sich in der Dokumentation des APK-Fachtages am 18.10.2011.

Wie die Praxis zeigt, entwickelt sich dieser Prozess nicht von alleine. Es bedarf einer Koordination. Die Koordination im Quartier ist am besten in den Händen eines Casemanagers aufgehoben. Hier sei darauf hingewiesen, dass zur Bezeichnung Casemanager viele Synonyme gebräuchlich sind wie z. B. Berater, Lotse oder begleitender unabhängiger Berater. Diese Menschen sind bereits vorhanden, nehmen aber die Koordination im Quartier noch nicht durchgängig als Aufgabe wahr. Bei der Beschreibung weiterer Versorgungsstrukturebenen ist daher auf die Koordination der Koordinatoren einzugehen.

Organisationsebene 4 Stadtteil- oder Gemeindekoordinator

Wird die Ebene des Quartiers, der die Angebote zugeordnet sind, verlassen, stehen immer mehr strukturierende und weiterentwickelnde Maßnahmen im Vordergrund. Im Regelfall finden sich hier zwischen 10 und 20 Quartieren. Daraus resultieren folgende Aufgaben:

- Es gilt zu ermitteln, ob in allen Quartieren hinreichend Angebote vorhanden sind und darüber Dokumentationen zu führen.
- Die Aufzeichnungen münden in einen Katalog noch aufzubauender Angebote.
- In Kommunikation mit den Trägern in Stadtteil oder Gemeinde muss ausgelotet werden, wer die Lücke wie schließen kann.
- In *Qualitätssteigerungstreffen (QST)* wird anhand von Fallbeispielen festgestellt, was zur Optimierung von Angeboten getan werden muss.
- Hier ist auch die Rückkopplung von Ergebnissen aus Qualitätsbefragungen zu den Angeboten angesiedelt.
- Weiterbildungen sind anzubieten, die primär spezifisch strukturelle Stadtteil- oder Gemeindeprozesse vor Ort betreffen (z. B. wer bietet hier was, wo und wann an.)

Diese Aufgaben sollte ein Stadtteil- oder Gemeindekoordinator übernehmen, der anteilig von den im Stadtteil aktiven Anbietern zu finanzieren wäre.

Organisationsebene 5 Regionale Koordination

In dieser Ebene finden sich kreisfreie Städte und Landkreise aber auch Institutionen wie die Demenz-Service-Zentren in NRW wieder. Ihre Aufgabe ist es, einen Erfahrungsaustausch der Stadtteil- oder Gemeindekoordinatoren zu sichern. Dabei werden Informationen zu den Aufgaben in Organisationsebene 4 ausgetauscht und es wird nach Optimierungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten gesucht. In dieser Ebene macht es auch Sinn, inhaltliche Weiterbildung für alle Beteiligten anzubieten, bzw. deren Angebot zu koordinieren. Dabei geht es um Fragen wie

- Was ist eine Demenz?
- Wie wird die Krankheit erkannt und behandelt?
- Welche Versorgungsangebote gibt es?
- Wie gehe ich mit rechtlichen und finanziellen Fragen um?
- Wie gehe ich mit Änderungen im Verhalten um?

um nur einige typische zu nennen. Bei der Weiterbildung ist besonders auf deren Qualität zu achten. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein Berufsabschluss wie Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Krankenschwester um nur einige zu nennen – alleine ausreicht, weiterzubilden. Es empfiehlt sich vielmehr, überregional ausgewiesene Experten einzubinden und gegebenenfalls auf diesem Wege die regionalen Kompetenzen im Sinne einer Multiplikatoren- und Fortbildung zu fördern. Anderenfalls entstehen oft durch Unwissen geprägte insuffiziente Strukturen, die durch Lokalpatriotismus gestützt nur schwer zu entwickeln und für die hilfebedürftigen Menschen eher kontraproduktiv sind.

Neben dem Wissensaspekt zu den Hilfebedarf auslösenden Krankheiten sind allerdings weitere Inhalte in der Region zu koordinieren. Als erstes ist die Qualitätsentwicklung zu nennen. Hier geht es um die Evaluation der Versorgungssituation in regelmäßigen Abständen (z. B. jährlich) oder z. B. Nutzerbefragungen etc.

Trägerübergreifende Absprachen (z. B. PSAG) für QM und Steuerung sollten von der regionalen Koordination initiiert werden. Eine Bedarfsanalyse anzustoßen und die Bedarfsdeckung von Angeboten zu planen und zu koordinieren sind weitere Angebote wie die Planung einer Adaptation städtebaulicher bzw. kreisweiter Neu- und Weiterentwicklungen.

Organisationsebene 6 – Überregionale Strukturen

Überregionale Strukturen werden durch die Politik und die Verbände von Angehörigen und Professionellen wie durch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft geschaffen. Zu den Aufgaben der überregionalen Strukturen gehört es vor allem, die Voraussetzungen für eine sinnvolle und hilfreiche Arbeit zu schaffen. Hervorzuheben ist, dass es hier auch um die finanzielle Sicherung von Angeboten geht, aber keinesfalls ausschließlich. Voraussetzung für eine hilfreiche Finanzierung ist, dass die Strukturen, die finanziert werden, direkt nützlich sind oder indirekt die Rahmenbedingungen fördern.

Von hier aus muss die Entwicklung einer Koordinatorenstruktur angestoßen und gefördert werden. Besonderes Augenmerk ist bei dem Entwickeln von Koordinatoren auf Quartiers-, Stadtteil- und Regionalebene auf die Unabhängigkeit zu legen. »Allheilmittel« sollte dabei nicht eine öffentliche Finanzierung sein. Die Unabhängigkeit der öffentlichen Hand ist in diesem Bereich nicht durchgängig gegeben, insbesondere dann, wenn sie z. B. als Träger von Altenheimen auftritt. Auch eine Finanzierung durch die Kas-

sen ist nicht sinnvoll, da auch sie Angebote wie Beratungen vorhalten, die in Konkurrenz zu denen der Anbieter stehen. Vorzuschlagen ist, wie oben angesprochen, eine umlagegesicherte Finanzierung durch alle Träger, die Angebote in der Versorgung in der jeweiligen Organisationsebene vorhalten. Die Rahmenbedingungen hierfür muss allerdings die Politik gesetzgeberisch definieren.

Eine weitere Aufgabe überregionaler Strukturen ist es, die übergeordnete Medienarbeit zu betreiben. Hier gilt es über die Krankheit aufzuklären, neue Erkenntnisse weiterzuvermitteln, Früherkennung, Behandlung und Versorgung zu fördern. Eine Kooperation der Fachgesellschaften für Gerontopsychiatrie, der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und der Politik ist hierfür Voraussetzung. Eine Struktur ständiger gemeinsamer Treffen zu diesem Thema, die notwendige Maßnahmen definiert und initiiert, wäre unabdingbar.

Fehlende Daten zur Versorgung und unzureichende Erkenntnisse zu Demenzen machen eine weitere Aufgabe zentraler Strukturen wichtig: die Forschung. Auch wenn Deutschland einen der hinteren Plätze in der Forschungsförderung bei Demenzen einnimmt und nicht einmal in der Lage ist, einen Demenzplan zu anzugehenden Zielen vorzulegen, heißt das nicht, dass Forschungsfragen in Deutschland gelöst werden müssen. Hierfür sprechen allenfalls ökonomische bzw. nationale Interessen, die den Kranken allenfalls sekundär helfen und alles andere als ressourcenschonend sind. Die Forschung ist international und die Politik täte gut daran, internationale Kooperationen besonders zu fördern. Eigenbrötlerische Ansätze einzelner Forschungsstätten in Deutschland sollten der Vergangenheit angehören. Demenzen sind weltweit ein ungelöstes Problem. Um zu erkranken bedarf es keiner Staatsangehörigkeit. Das sollte auch für die Forschung gelten.

Zusammenfassung

Inhaltlich wie organisatorisch gibt es eine Vielzahl von Chancen die Versorgung von Menschen mit Demenz zu optimieren. Die Unterscheidung von Organisationsebenen mit einer Aufgabenzuordnung ist eine wichtige Voraussetzung für eine sinnvolle Koordination und Steuerung, um Krisen, die noch viel zu häufig auftreten, zu vermeiden. Wenn es der Politik gelingt, eine durch Träger aufzubringende Umlage zur Finanzierung von Koordinatoren zu etablieren, ist eine zentrale Voraussetzung zur Versorgungsoptimierung geschaffen.

Ausblick

Matthias Rosemann

Die Diskussion über die Notwendigkeit niedrigschwelliger Hilfe in Krisensituationen begleitet die Entwicklung von Strukturen der psychiatrischen Versorgung seit sehr vielen Jahren (Steinhart in diesem Band). Ebenso alt ist die Erörterung der Frage, welche Aufgaben eine Krisenhilfe wahrnehmen und wie sich die entsprechenden Angebote in das Netzwerk von Hilfen in einer Versorgungsregion einbetten soll. Die Einrichtung von Sozialpsychiatrischen Diensten und von offenen Beratungsstellen nahezu flächendeckend in der Bundesrepublik weist in die richtige Richtung, bleibt aber ebenso flächendeckend fast überall auf halbem Wege stehen – zumindest mit Blick auf die Öffnungs- und Präsenzzeiten und die personelle Ausstattung dieser Dienste.

Der vorliegende Tagungsband zeigt, dass in vielen Regionen Deutschlands nach Antworten auf diese Fragen gesucht wurden. Daraus sind Initiativen entstanden, die ganz unterschiedliche Wege und Lösungen gefunden haben. Darunter sind einige Beispiele, in denen die Selbsthilfe eine wesentliche Rolle einnimmt; andere Beispiele zeigen institutionalisierte Formen von Krisenhilfen oder Krisendiensten. In einigen Regionen kann man nachvollziehen, welche Lösungen gefunden werden, wenn vorhandene Ressourcen kreativ genutzt und eingesetzt werden. Letztlich zeigt sich aber, dass wir nur über wenige Beispiele verfügen, in denen der Bestand einer Krisenhilfe systematisch von einem oder mehreren Kostenträgern gesichert ist und sich diese Hilfe organisch in das Hilfesystem einfügt.

Mit den Worten, die auf dieser Tagung häufiger gefallen sind: Da muss etwas geschehen. Das aber wissen wir schon seit vielen Jahren. Was also hat zu geschehen? Von wem soll die Initiative ausgehen? Wer steht in der Verantwortung?

Wir haben uns daran gewöhnt, die Forderungen an die Kosten- und Leistungsträger, an Politik und Verwaltung im Bund, in den Ländern und Kommunen zu richten. Nicht selten stehen wir in der Gefahr, die Untätigkeit dieser Akteure auf der Finanzierungsseite zur Begründung zu nehmen, dass sich ja nichts erreichen lasse. Die Tagung zeigte, dass dies nur die halbe Wahrheit ist. Denn die Entschiedenheit der Akteure auf der Seite der Leistungserbringer kann unter Ausnutzung kreativer Potentiale und Ideen Hilfen möglich machen. Fast immer steht dahinter die Bereitschaft, die eigenen vorhandenen Angebote anders zu strukturieren und zu organisieren.

ren. Diese Bereitschaft ist nicht zu unterschätzen. Denn das Bedürfnis der Bürger nach Zugänglichkeit von Hilfen zu jeder Tages- und Nachtzeit und möglichst an allen Tagen in der Woche kollidiert mit dem Bedürfnis der professionell Tätigen nach geregelten Dienstzeiten, freien Wochenenden und der Möglichkeit, Beruf mit Familienleben zu vereinbaren.

Allerdings zeigen einige Beispiele auch zugleich den Erfolg der Lobby-Arbeit für die Sache der psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürger. Kassenärztliche Vereinigungen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Haushaltspolitiker in Bundesländern oder in Gemeinderäten und »Entscheider« in kommunalen Verwaltungen oder bei größeren Organisationen für diese offene Hilfe in Krisensituationen zu gewinnen, ist eine Herausforderung an die Akteure, die sich für diese Hilfen eingesetzt haben und einsetzen. Lobby-Arbeit gelingt nur mit einer gehörigen Portion von Beharrlichkeit, Durchsetzungsvermögen, Zähigkeit und Kompromissbereitschaft. Entscheidungsträger müssen überzeugt werden und das erfordert neben der fachlichen Argumentation und Begründung auch die Bereitschaft, vorhandene Strukturen anzupassen und zu verändern.

Die Diskussion über Hilfen in Krisen ist zugleich eine Diskussion über die Zugänglichkeit eines Hilfesystems. Zugänglichkeit ist mehr als die Bereitstellung von Angeboten. Sie basiert auf dem Bewusstsein der Verantwortung, Hilfen auch den Menschen zugänglich zu machen, die sie nicht aktiv aufsuchen – oft genug gerade ein Ausdruck des eigentlichen Problems. Krisenhilfe muss also eine Eingangstür in das Hilfesystem sein für die Menschen, die diese Hilfen benötigen. Damit steht die Forderung nach zugänglichen Hilfen auch in Krisensituationen gegen den »Mainstream« des aktuellen soziapolitischen Diskurses, der von Angeboten, Verbrauchern und Wettbewerb handelt. Diese Kategorien mögen vielleicht noch geeignet sein, verschiedene Verfahren bei einer planbaren Operation zu vergleichen, als Kategorien für Hilfen für Menschen und Familien in akuten psychischen Krisen taugen sie nicht.

Die Forderung nach ambulanten Hilfen in Krisen offensiv anzugehen, setzt also Initiativen auf verschiedenen Ebenen voraus:

1. Wir müssen unablässig prüfen, wie wir unter den bestehenden Rahmenbedingungen mit den vorhandenen Angeboten Hilfen entwickeln können, die den Anforderungen einer offenen Hilfe in Krisen möglichst nahe kommen. Dies ist weniger eine Aufgabe eines einzelnen Anbieters, als vielmehr die Aufgabe, die verschiedenen Angebote in einer Region klug zu vernetzen. Dazu gehören auch, die neuen Möglichkeiten, die

- z. B. in der Integrierten Versorgung oder in Modellprojekten nach § 64b SGB V stecken, für dieses Ziel zu nutzen.
2. Auf den Bundesgesetzgeber müssen die Verbände der psychiatrischen Versorgung so einwirken, dass die Verantwortung der vorrangigen Kostenträger, insbesondere der GKV, für ambulante Krisenhilfe deutlich wird. Die Chancen für solche Initiativen sind am Beginn einer Legislaturperiode größer als am Ende; diese Chancen müssen wir nutzen und den Koalitionsvertrag für die Bundesregierung auf entsprechende Hinweise prüfen. Diese politische Aufgabe wird nur gelingen, wenn wir deutlich machen, welche Folgen für die Menschen, aber auch für die Kostensituation die Lücke in der ambulanten Krisenhilfe haben. Gleichzeitig müssen wir mit den gefundenen Modellen zeigen, was gelingen kann.
 3. Insofern benötigen wir mehr Forschung, die auch Folgen von Hilfen in Krisen, bzw. Folgen des Mangels an Hilfen in Krisen aufzeigt, nicht nur in ökonomischer Hinsicht, sondern auch in Hinsicht auf die Lebenssituation von Bürgerinnen und Bürgern, vielleicht auch in menschenrechtlicher Hinsicht (vergl. UN-Behindertenrechtskonvention).
 4. Eine große Chance stellt die aktuelle Diskussion über die Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKGs) in den Bundesländern dar. Die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs durch die Urteile aus den Jahren 2011 und 2012 erfordern politische Debatten über diese Gesetze. Diese Chance gilt es zu nutzen und in politischen Debatten in den Bundesländern einzubringen, wozu sich die Bundesrepublik Deutschland durch die Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verpflichtet hat, geeignete Vorkehrungen zu treffen, dass Menschen mit Behinderung nicht diskriminiert werden. Das ist das Terrain für vielfältige Initiativen in den Ländern, auf Politiker, Parteien und Akteure zuzugehen und Bündnisse zu suchen, in denen der Bedarf an Hilfen in Krisen deutlich gemacht werden kann. Der Umstand, dass in vielen PsychKGs die Sozialpsychiatrischen Dienste verankert sind, zeigt die Möglichkeiten, die in Gesetzgebungsverfahren stecken. Der Widerstand kommt aus den Reihen der Haushälter. Denen ist aufzuzeigen, dass die Hilfe in Krisen nicht unbedingt die Aufgabe der Kommunen ist, dass es aber zur Aufgabe von kommunaler Daseinsvorsorge gehört, für die Einrichtung von Krisenhilfen Sorge zu tragen. Ähnlich verhält es sich mit der Bildung von verbindlichen Verbundstrukturen. Auch hier sollten die Kommunen in

die Pflicht genommen werden, sich für deren Aufbau einzusetzen und sich an ihnen zu beteiligen. PsychKGs können dazu Anreize setzen.

Der Aufbau von einfach zugänglichen Hilfen in Krisen wird noch viel administrative Fantasie erfordern. Die Zusammenführung von verschiedenen Finanzierungssträngen ist innerhalb des deutschen gegliederten Systems der sozialen Sicherung eine große Aufgabe. An einigen Beispielen sehen wir, was schon gelingen konnte. Das sollte uns ermutigen, sich weiter zu engagieren.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Matthias ALBERS, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Kreis Mettmann

Prof. Dr. Thomas BOCK, Dipl.-Psych., Autor, Leiter einer Spezialambulanz in der Uniklinik Hamburg-Eppendorf, mit Dorothea Buck Mitbegründer des Trialogs, Hamburg

Robin BOERMA, Soziale Arbeit M. A., Johanniter-Krankenhaus, Geesthacht

Dr. Margitta BORRMANN-HASSENBACH, Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Fachkrankenhäuser (BAG), stellv. Vorstand der Kliniken des Bezirks Oberbayern, München

Jurand DASZKOWSKI, Mitglied im geschäftsführenden Vorstand, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE), Hamburg

Simone EICHE, Dipl.-Psych., gGmbH des Projektvereins, Leitungsteam Krisendienst Psychiatrie München

Georg FIEDLER, Dipl.-Psych., Uniklinik Hamburg-Eppendorf, stellv. Vorsitzender Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, Hamburg

Christine GERLACH, Dipl.-Psych. Fachberaterin Psychotraumatologie, Notfallpsychologin und Mediatorin, Polizei Berlin

Jens GRÄBENER, Dipl.-Psych., Leiter Berliner Krisendienst-Region West, Berlin

Nils GREVE, Vorsitzender, Psychosozialer Trägerverein Solingen e. V., Solingen

Margrit GROTELÜSCHEN, Peer-Beraterin, Hamburg

Birthe GROTH, Präsenzkraft, Arbeit nach Maß e. V., Geesthacht

Dr. Maik HERBERHOLD, Vorsitzender des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP), Köln/Bochum

Jörg HOLKE, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Prof. Dr. Ralf IHL, Chefarzt, Alexianer Krefeld GmbH, Maria-Hilf Krankenhaus Krefeld, Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Krefeld

Sabine JANSEN, Geschäftsführerin, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Berlin

Jörg KALTHOFF, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Bochum

Anni KAMMERLANDER, Dipl.-Soz.Päd., Vorstand, IfF-Refugio München e.V., München

Godeke KLINGE, Dipl.-Sozialpädagogin, Team-Leitung KIT K/J, Pädagogische Initiative Lüneburg e. V.

Dr. Kirsten KAPPERT-GONTER, Mitglied der Bremischen Bürgerschaft, Sprecherin für Gesundheitspolitik, Bündnis 90/Die Grünen, Bremen

Dr. Michael KONRAD, Geschäftsbereichsleiter Wohnen ZfP Südwürttemberg, Sprecher der Trägergemeinschaft GPV des Landkreises Ravensburg, Ravensburg

Prof. Dr. Otto Ernst KRASNEY, Vizepräsident des Bundessozialgerichts a. D., Kassel

Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Ehem. Ärztlicher Direktor, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bremen

Ulrich KRÜGER, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Helga KÜHN-MENGEL, Dipl.-Psych., Präsidentin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V., Brühl

Martina KULMS, Dipl.-Soz. Wiss., Telefonseelsorge Berlin e. V., Berlin

Marita LAMPARTER, Peer-Beraterin für Angehörige, Hamburg

Volker LINDEMANN, Vizepräsident des Oberlandesgerichts Schleswig a. D., Vorstand Betreuungsgerichtstag e. V., Bochum

Beate LISOFKY, Pressesprecherin des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BApK), Bonn/Berlin

Anne MEINERS, Dipl.-Psychologin, Leitende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Team-Mitglied KIT K/J, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Psychiatrischen Klinik Lüneburg

Dr. Norbert MÖNTER, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Berlin

Andrea MRAZEK, M. A., M. S. (USA), Vorstand Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

Dr. Alexander NAUMANN, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Psychiatrischen Klinik Lüneburg

Jessica ODENWALD, Psychiatriekoordinatorin, Landeshauptstadt Mainz, Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie, Mainz

Dr. Niels PÖRKSEN, Ehem. Chefarzt, Bielefeld

Matthias ROSEMANN, Geschäftsführer, Träger gGmbH Berlin, Vorsitzender der BAG GPV, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Berlin

Prof. Dr. Renate SCHEPKER, Chefärztin Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Weissenau, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Vorsitzende BAG leitender Klinikärzte KJPP, Ravensburg

Dr. Gabriele SCHLEUNING, Fachärztin für Neurologie, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefärztin des Atriumhauses – Psychiatrisches Krisen und Behandlungszentrum München Süd des kbo-Isar-Amper-Klinikums gGmbH, Klinikum München-Ost; Vorstand Krisendienst Psychiatrie München

Gudrun SCHLIEBENER, Vorsitzende, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V., Herford

Beate SCHMIDT, Solingen

Regina SCHMIDT-ZADEL, Mitglied des Bundestages a. D., Ratingen, stellv. Vorsitzende der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Ratingen

Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Armin SCHMIDTKE, Foreign Adjunct Professor für Suizidologie und Suizidprävention am Karolinska Institut, Stockholm, Vorsitzender der Initiativgruppe des Nationalen Suizidpräventionsprogramms, Würzburg/Stockholm

Wiebke SCHNEIDER, Geschäftsführerin, Guttempler in Deutschland, Hamburg

PD Dr. Olaf SCHULTE-HERBRÜGGEN, Oberarzt, Leiter Psychotraumatologie, Leiter Gerontopsychiatrisches Zentrum, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, Versorgungsregion Wedding, Berlin

Prof. Dr. Ingmar STEINHART, Dipl.-Psych, Geschäftsführer, Stiftungsbereich Bethel.regional Dortmund, Wissenschaftlicher Leiter Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern An-Institut der Universität Greifswald, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Dortmund/Greifswald

Dr. Thomas UHLEMANN, Leiter des Bereichs Bedarfsplanung, Psychotherapie, Neue Versorgungsformen im GKV-Spitzenverband, Abt. Ambulante Versorgung, Berlin

Dr. Hans-Peter UNGER, Chefarzt, Asklepios Klinik Harburg, Hamburg

Franz-Josef WAGNER, Vorsitzender des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland – Pfalz e. V., Trier

Uwe WEGENER, Vorsitzender der bipolaris – Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg e. V., Berlin

Peter WEIß, MdB Mitglied des Bundestags, Emmendingen-Lahr, CDU/CSU-Fraktion, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Memmingen

Dr. Michael WELSCHHOLD, Ärztlicher Leiter Krisendienst Psychiatrie München, Oberarzt Ambulanz Atriumhaus, Psychiatrisches Krisen- und Behandlungszentrum, kbo-Isar-Amper-Klinikum gGmbH, Klinikum München-Ost, München

Celia WENK-WOLFF, Referentin für Psychiatrie beim Bayerischen Bezirkstag (ehemals Verband der bayerischen Bezirke), München

Prof. Dr. Manfred WOLFERSDORF, Ärztlicher Direktor, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bayreuth

Dr. Dyrk ZEDLICK, Chefarzt, Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow Glauchau gGmbH, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Leipzig

Wolfgang ZÖLLER, ehem. MdB Mitglied des Bundestags, CDU/CSU-Fraktion, ehem. Patientenbeauftragter der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

- Band 1** »Gemeindenaher Psychiatrie«
vergriffen Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin
- nicht dokumentiert* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«
Gemeindenaher Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- nicht dokumentiert* »Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«
Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
- Band 2** »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung 07.10.1977 in Hamburg
- Band 3** »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«
vergriffen Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
- nicht dokumentiert* »Gemeindenaher Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 4** »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«
vergriffen Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- Band 5** »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«
vergriffen Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« am 31.01.1980
- Band 6** »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
- Band 7** »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«
vergriffen Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
- Sonderdruck** »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
- Band 8** »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«
vergriffen Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Band 9** »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn

- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 11** »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«
vergriffen Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
- Band 12** »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«
vergriffen Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 13** »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des
vergriffen gemeindepsychiatrischen Konzepts«
Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
- Band 14** »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«
vergriffen Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
- Band 15** »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch
Kranker – Ein internationaler Vergleich«
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 16** »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der
vergriffen Empfehlungen der Expertenkommission«
Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn
- Band 17** »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«
vergriffen Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 18** »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von
vergriffen antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«
Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
- Band 19** »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch
vergriffen Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem
Gebiet der ehemaligen DDR«
Tagung am 29./30. und 01.12.1990 in Berlin
- nicht* **Regionalkonferenzen über den Bericht**
dokumentiert »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«
im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991
in Neubrandenburg
im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt
im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf
im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg
im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 20** »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
vergriffen Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
- Band 21** »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale
vergriffen Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn

- Sonderdruck »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«**
Selbstverlag Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Sonderdruck »Personalbemessung im komplementären Bereich –
vergriffen vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und
Rehabilitation«**
Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn
- Band 22 »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die
vergriffen gemeindepsychiatrische Versorgung«**
Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
- Band 23 »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
vergriffen Tagung vom 8. bis 10.05.1996 in Bonn**
**»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen
mit Alkoholproblemen«**
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
Tagungsbeiträge dokumentiert in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.):
Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus,
Freiburg i. Br. 1997
- Band 24 »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn**
- Band 25 »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn**
- Band 26 »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn**
- Band 27 »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«
1 + 2 Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn**
- Band 28 »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung
im Gemeindepsychiatrischen Verbund«
Tagung am 30. und 01.12.2001 in Bonn**
- Band 29 »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung
für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin**
- Band 30 »Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen,
Erfahrungen und Perspektiven«
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel**
- Band 31 »Prävention bei psychischen Erkrankungen –
Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«
Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin**

- Band 32** »Worauf Du Dich verlassen kannst!
Gute Praxis und Ökonomie verbinden«
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel
- Band 33** Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen
mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin
- Band 34** »Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel
- Band 35** »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«
Tagung am 03. und 04.11.2008 in Kassel
- Band 36** »Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person
zur integrierten Hilfe im Verbund«
Tagung am 18./19.06.2009 in Berlin
- Band 37** Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern
und Jugendlichen braucht Hilfe!
Tagung am 8./9. November 2010 in Kassel
- Band 38** Psychiatriereform 2011 ... Der Mensch im Sozialraum
Festakt am 17. Oktober 2011 und
Fachtag am 18. Oktober 2011 in Berlin
- Band 39** Gleichberechtigt mittendrin
Partizipation und Teilhabe
Tagung am 6./7. November 2012 in Berlin

Bezug lieferbarer Titel durch:

AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Oppelner Str. 130

53119 Bonn

Download unter:

www.apk-ev.de