

**Krisenintervention im ländlichen Raum  
24.10.1998 in TRIER**



**Fachtagung des Landesverbandes  
der Psychiatrie-Erfahrenen  
Rheinland-Pfalz e.V.**

**Zusammengestellt:**

**LVPE-Rheinland-Pfalz e.V.  
Franz Wagner & Brigitte Theisen  
Petrusstr. 23 · 54292 Trier**

## **Inhaltsverzeichnis**

### **1. Seite:**

**Einladung zur Fachtagung des Landesverbandes der  
Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz e.V.**

### **2. Seite:**

**Krisenintervention im ländlichen Raum  
Samstag den, 24.10.1998 im Rokokosaal des  
Kurfürstlichen Palais zu Trier  
Zeitliche Übersicht der Referenten**

### **3. - 4. Seite**

**Vorwort des 2.Vorsitzenden des LVPE Rheinland-Pfalz e.V.  
Franz-Josef Wagner**

### **5. Seite**

**Grußwort von Frau Roswitha Beck  
Vorsitzende des Kuratoriums & Verein zur Unterstützung  
gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz**

### **6.- 9. Seite**

**Grußwort von Bernhard Scholten  
Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit**

### **10. - 12. Seite**

**Grußwort von Dr. H. Michels  
Gesundheitsamt Trier**

### **13.- 19. Seite**

**Forderungen an eine Krisenintervention aus Sicht der  
Angehörigen von Herr Wolfgang Gottschling**

### **20. - 34. Seite**

**Forderungen an eine Krisenintervention aus Sicht der  
Betroffenen von Brigitte Theisen**

### **35. - 40. Seite**

**Zur Konzeption eines Psychosozialen  
Kriseninterventionsdienstes für die Stadt Mainz  
Joachim Speicher vom Paritätischen Wohlfahrtsverband  
Landesverband Rheinland-Pfalz / Saarland e.V.**

**41. - 59. Seite**

**Strukturmodell der Krisenintervention und Lösungsansatz  
im Landkreis St. Wendel & Das St. Wendeler Krisentelefon  
von Gernot Reppmann LVPE - Saar e.V.**

**60. - 70. Seite**

**Strukturen und Resultate des Krisendienstes für den  
Kreis Gütersloh von Monika Burek  
Beiratsmitglied des Vorstandes Krisendienst e.V.  
Ambulanz der WKPPPN Gütersloh**

**71. - 77. Seite**

**Krisentelefon für Menschen mit seelischen Problemen und  
deren Angehörige im Kreis Neuwied von Dr. Ulrich Kettler  
Psychiatriekoordinator des Kreises Neuwied**

**78. Seite**

**Veröffentlichung in der Fachzeitung für Sozialpsychiatrie  
Kerbe 4/98**

**Wir danken allen, die an dieser  
erfolgreichen Fachtagung  
mitgewirkt haben!**

# Einladung

Wir, der Landesverband Psychiatrie Erfahrener (LVPE) Rheinland Pfalz e.V., treten für einen Erfahrungsaustausch zwischen Professionellen, Angehörigen und Uns ein, mit dem Ziel, das Selbstbewußtsein zu stärken und die Vorurteile in der Gesellschaft gegenüber psychisch Kranken abzubauen.

Dieses haben wir 1997 mit der ersten Fachtagung „Alternativen in der Akutpsychiatrie - Soteria“ begonnen. Zu dieser Veranstaltung kamen 150 Interessierte aus Deutschland, der Schweiz und Luxemburg, die andere Möglichkeiten in der therapeutischen Behandlung von psychisch Kranken aufzeigte.

Dieses Jahr wollen wir unsere Sichtweisen und Erfahrungen mit gesundheitspolitischen psychischen Strukturen zum Ausdruck bringen, Ziele und Forderungen in der Öffentlichkeit formulieren und diese auf Gemeinde-, Kreis- und Landesebene durchsetzen. Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG) nennt die ehrenamtliche Hilfe und Selbsthilfe in §6 ausdrücklich „... Projekte der Selbsthilfe sind in die Versorgung psychisch kranker Personen einzubeziehen. Soweit dies deren Wünschen entspricht, haben diese Hilfen Vorrang vor öffentlichen Hilfen“.

Anmeldung nicht erforderlich

Kosten: Psychiatrie Erfahrene 10,- DM  
Angehörige, Profis und Interessierte 20,- DM

LVPE Rheinland Pfalz e.V.  
c/o W. Krolla  
Gottfried Schwallbach Str 21  
55127 Mainz



# Krisenintervention im ländlichen Raum

## Fachtagung des LVPE Rheinland Pfalz e.V. in Trier

Schirmherrschaft : Frau Roswitha Beck, Kuratoriumsvorsitzende des Vereins zur Unterstützung gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz

am Samstag den, 24.10.1998

im Rokosaal des Kurfürstlichen Palais zu Trier

Willi-Brandt-Platz 3 / an der Basilika

9 Uhr 45    **Grußworte**

10 Uhr 30    **Warum ist Krisenintervention für Menschen mit psychischen Krisen notwendig**  
Dr. R. Thissen, Wallerfangen

11 Uhr 00    **Forderungen an eine Krisenintervention aus Sicht der Betroffenen**  
Brigitte Theisen, LVPE Rheinland-Pfalz, Ortsgruppe Trier

11 Uhr 20    **Forderungen an eine Krisenintervention aus Sicht der Angehörigen**  
W.Gottschling Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rhld.-Pfalz e.V.

11 Uhr 40    **Kriseninterventionsdienst als Aufgabe des gemeindepsychiatrischen Verbundes**  
Joachim Speicher, DPWW

12 Uhr 10    **Mittagspause**

14 Uhr 00    **Strukturmodell der Krisenintervention und Lösungsansatz im Landkreis St. Wendel**  
Gernot Reppmann, LVPE e. V. Saar

14 Uhr 30    **Struktur und Resultate der Krisenintervention in der Region Gütersloh**  
M.Burek WK Gütersloh

15 Uhr 00    **Pause**

15 Uhr 30    **Krisentelefon für Menschen mit seelischen Problemen und deren Angehörigen im Kreis Neuwied**  
Dr. Kettler, Psychiatriekoordinator Neuwied

16 Uhr 00    **Ist Krisenintervention im ländlichen Raum angebracht?**  
~~Podiumsdiskussion~~ mit allen Referenten

# Vorwort

## **des 2. Vorsitzenden des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz**

Im Jahre 1992 gründete sich der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) in Bedburg-Hau, der größten deutschen psychiatrischen Klinik. Zur gleichen Zeit trafen sich Psychiatrieerfahrene und bauten die Selbsthilfegruppe in Mainz auf, aus der 1996 die Aktivitäten zum Landesverband gestartet wurden. 20 Psychiatrieerfahrene aus den Ortsgruppen Mainz, Landau und Trier wählten den ersten Vorstand und Vertreter für den Landespsychiatrie-Beirat und den Liga-Ausschuß "Psychiatrie".

Im Frühjahr 1997 starteten die Ortsgruppen Landau, Mainz und Trier mit den ersten Bioethik- und Psychoseseminaren. Unter der Schirmherrschaft von der Frau des Ministerpräsidenten und Kuratoriums-Vorsitzenden des Vereins zur Unterstützung gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz, Roswitha Beck, besuchten über 120 Teilnehmer die erste Fachtagung "Alternativen in der Akutpsychiatrie-Soteria" in Trier

Heute hat der Verein 74 Mitglieder und 12 Fördermitglieder in den Ortsgruppen Mainz, Alzey, Worms, Diez, Neuwied, Wittlich und Trier und Mitglieder, die sich keiner Ortsgruppe in dem nördlichen und südlichen Rheinland-Pfalz angeschlossen haben. Wir unterstützten und regten Selbsthilfetage in den kreisfreien Städten und Kreisen des Landes Rheinland-Pfalz an, arbeiteten in Workshops wie "Hilfeangebot für die Kinder psychisch kranker Eltern" und "Wohnverband" mit, besuchten Seminare und Ausstellungen und installierten eine landesweite Beschwerdestelle für psychisch Kranke, deren Angehörigen, Professionelle und Interessierte. Wir regten die landesweite Einführung von Behandlungsvereinbarungen und Krisenpässe an und gingen durch Veröffentlichungen in der Tages- und Fachpresse in die Offensive. Aufgrund unserer Aktivitäten werden wir in den Regionen des Landes in Besuchskommissionen, Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG), Psychiatrie-Beiräten usw. aufgenommen. Ein Psychiatrie-Erfahrener ist 2. Vorsitzender eines Kreis-Psychiatrie-Beirates.

Mit der 2. Fachtagung "Kristenintervention im ländlichen Raum" im Kurfürstlichen Palais in Trier wollen wir den Erfahrungsaustausch zwischen Professionellen, Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen fortsetzen und die Vorurteile in der Gesellschaft gegenüber psychisch Kranken abbauen. Dieses Jahr haben wir uns zum Ziel gesetzt, unsere Sichtweisen und Erfahrungen mit gesundheitspolitischen Strukturen zum Ausdruck zu bringen, Ziele und Forderungen in der Öffentlichkeit zu formulieren und diese in den Gemeinde-, Kreis- und auf Landesebenen durchzusetzen.

Durch gefährdende Umstände wie Verlust eines Menschen, Spannungen in einer wichtigen Beziehung, Veränderung der Familienstruktur, Krankheit, Unfall, Verlust des Arbeitsplatzes und sozialer Rollen sowie Schritte der psychosozialen Entwicklung und Reifung geraten wir in Krisen. Mit ihrer aktiven Auseinandersetzung, dem Zulassen der erlebten Gefühle, die Bereitschaft, sich infragestellen zu lassen und sich neu zu orientieren, die richtige Einschätzung der Bedeutung der augenblicklichen Situation, die Suche nach realen Restitutionsmöglichkeiten und positive Vorerfahrungen mit den früheren Krisen können diese bewältigt werden. Das rasche Handeln verhindert Suizidalität oder Aggressivität sowie Zwangseinweisung oder den freiwilligen Gang in die Psychiatrie. Eine ambulante Betreuung - wie es eine Krisenintervention vorsieht - ist ein rechtliches Problem, das in der deutschen Gesetzgebung nicht vorgesehen ist. Demzufolge akzeptieren und finanzieren die Krankenkassen auch diese langfristige kostenmindernde Behandlung nicht. Unser Anliegen ist es, einen Anstoß für eine politische Diskussion des Grundsatzes "ambulant vor stationär" in Bewegung zu

setzen, mit den besten Erfahrungen des Krisendienstes aus Gütersloh und des Kristentele-  
fons aus Waldbreitbach. Denn mit der frühzeitigen ambulanten Behandlung können wir ne-  
ben den Kosteneinsparungen in den Krankenkassen unseren Arbeitsplatz behalten und un-  
serer Familie viel Leid aus der Öffentlichkeit ersparen.

Franz-Josef Wagner



# **Grusswort**

## **von Frau Roswitha Beck anlässlich der Fachtagung des LVPE "Krisenintervention im ländlichen Raum" am 24. Oktober 1998 im Kurfürstlichen Palais in Trier**

Sehr gerne habe ich die Schirmherrschaft für die zweite Fachtagung des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener übernommen. Der Arbeit des Landesverbandes gilt mein herzlicher Dank und meine ausdrückliche Wertschätzung. Es ist bemerkenswert, in welcher kurzen Zeit dieser noch junge Verband seinem Ziel, die organisatorischen Voraussetzungen für landesweite Aktivitäten im psychiatrischen Selbsthilfebereich zu schaffen, näher gekommen ist. Um nur ein Beispiel zu nennen, die erste Auflage des vom LVPE herausgegebenen Krisenpass war innerhalb kürzester Zeit vergriffen.

Wie bereits im vergangenen Jahr wurde für die LVPE-Fachtagung ein Schwerpunktthema gewählt, das von weitreichender Bedeutung ist: "Krisenintervention im ländlichen Raum". Es ist eine der Grundideen der gemeindenahen Psychiatrie und des Landespsychiatriegesetzes, ein Netz von Einrichtungen und Initiativen zu spannen, das eine umfassende Versorgung psychisch kranker Menschen sicherstellt. Damit psychiatrische Hilfen dort angeboten werden können, wo sie gebraucht werden: vor Ort und dort, wo psychisch Kranke Menschen leben. Und dass ein solches Versorgungsnetz damit zwingend auch den ländlichen Raum und den Bereich der Selbsthilfegruppen umfassen muss, ist evident. Daher bin ich überzeugt davon, dass auch diese Fachtagung ihre Resonanz über die Grenzen von Rheinland-Pfalz hinaus finden wird.

In diesem Sinne freue ich mich auf interessante Vorträge, Positionen und konstruktive Diskussionen, die dazu beitragen, unser gemeinsames Anliegen weiter voran zu bringen: Den Abbau von Vorurteilen, ein besseres Verständnis für psychisch kranke Menschen und ein Netz konkreter Hilfsangebote für Menschen, die unsere Hilfe brauchen.

Roswitha Beck

Vorsitzende des Kuratoriums

Verein zur Unterstützung gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz

**Grußwort für die Fachtagung des Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen am  
24. Oktober 1998 in Trier**

Anrede

Ich möchte mich bei Ihnen für die Einladung zu dieser Fachtagung recht herzlich danken. Ich bin gerne nach Trier gekommen, um Ihnen die Grüße von Herrn Staatsminister Gerster und Herrn Staatssekretär Jensen zu überbringen.

Sie wissen sicherlich, dass die Psychiatriereform in Rheinland-Pfalz ein wichtiges Aufgabengebiet der Landesregierung ist. In den letzten sechs Jahren haben wir gemeinsam intensiv über Strukturfragen debattiert und - so meine ich - auch schon einiges erreicht. Die psychiatrische Landkarte von Rheinland-Pfalz hat sich in diesen letzten sechs Jahren erheblich verändert. Sie kennen sicherlich diese Entwicklungen; denn der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen hat diesen Entwicklungsprozess immer mit konstruktiver Kritik begleitet. Dafür möchte ich Ihnen an dieser Stelle recht herzlich danken.

Doch Sie haben noch mehr getan: Sie haben mit Ihrer 1. Tagung im letzten Jahr zu den Behandlungsalternativen in der Psychiatrie inhaltliche Fragen begonnen, inhaltliche Fragen und Ansprüche an die Psychiatriereform zu stellen. Der Umbauprozess der Psychiatrie darf nicht nur die Strukturen verändern, sondern die Arbeit in der Psychiatrie muss sich entscheidend verändern.

Die Ergebnisse der Psychiatriereform müssen sich an der Frage messen lassen: Hat sich die Situation eines Menschen, der psychisch krank wird, letztlich verbessert? Wird dieser Mensch als Person von denen, die ihm Hilfe leisten, ernst genommen? Kann er nicht nur Wünsche für seine Behandlung formulieren, werden diese Wünsche auch in der Krisensituation von denen, die Hilfe leisten, auch respektiert?

Diese und ähnliche Fragen müssen wir uns in den kommenden Jahren stärker stellen und immer wieder neu - konkret vor Ort - auch beantworten.

Zur Beantwortung dieser Fragen hat der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen schon erhebli-

---

ches geleistet. So hat er im Landespsychiatriebeirat die Einführung von Behandlungsvereinbarungen in den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen in Rheinland-Pfalz vorgeschlagen. Diese Initiative wurden von den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen fast einhellig begrüßt. Jetzt gilt es, diese grundsätzlich positiven Reaktionen der Kliniken in die Praxis umzusetzen. Ich habe mir vorgenommen, durch eine Umfrage zum Jahresende einmal die Zahl der tatsächlich abgeschlossenen Behandlungsvereinbarungen zu überprüfen. Ich werde im Landespsychiatriebeirat über die Ergebnisse dieser Umfrage berichten.

Die Einführung des „Krisenpasses für Menschen in einer psychischen Krise“ geht ebenfalls auf eine Anregung des LVPE zurück. Mittlerweile sind bereits 17.000 Exemplare dieses Krisenpasses gedruckt und landesweit verteilt worden. Mit diesem großen Echo auf diesen Krisenpass habe ich nicht gerechnet.

Diese Reaktion zeigt mir zweierlei:

1. Menschen, die von sich wissen, dass sie in psychisch Krisen geraten können, wollen vielfach zuvor das Krisenmanagement durch diesen Pass mitbestimmen und gestalten. Dieser Krisenpass gibt Sicherheit, dem der ihn mit sich führt und auch den Menschen, die in einer Krise Hilfe leisten wollen.
2. Menschen, die von sich wissen, dass sie in eine psychisch Krise geraten können, stehen auch dazu. Sie verstecken sich nicht, sondern sie erklären selbstbewusst und klar, auch psychisch krank zu werden, ist eine normale menschliche Reaktion.

Der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen hat einen großen Anteil daran, dass Menschen jetzt leichter und eher über ihre „Verrücktheiten“ sprechen. Dieses Selbstbewusstsein ist notwendig, damit Veränderungen - sowohl persönliche als auch gesellschaftliche - möglich werden.

Mit dem diesjährigen Tagungsthema ist es Ihnen wieder gelungen, eine spannende Frage für die psychiatrische Entwicklung zu stellen. Eine gute Krisenintervention ist sicherlich für den Menschen, der in eine psychische Krise gerät, eine wesentliche Voraussetzung, um sich mit seiner psychischen Reaktion und mit seinem Verhalten auseinanderzusetzen. Erfährt dieser Mensch - trotz seiner „Verrücktheiten“ - den ihm gebührenden Respekt, fühlt er sich an- und ernst genommen mit seiner Art, die Welt zu betrachten, dann wird es ihm eher möglich sein, auch diese - häufig auch für ihn selbst- unverständlichen Anteile seiner Person zu akzeptieren.

Doch wie ist eine solche Krisenintervention möglich? Kann dies ein spezifischer Krisendienst leisten? Oder ist es sinnvoller, dass die bereits vorhandenen Dienste einer Region hier durch ein gemeinsames Angebot helfen, Krisen zu bewältigen? Welche Aufgaben hat der ärztliche Bereitschaftsdienst? Was kann der Sozialpsychiatrische Dienst leisten? Wie sollte die Krisenaufnahme im Krankenhaus gestaltet werden? Muss eine Krise notwendigerweise zu einer stationären Aufnahme ins Krankenhaus führen?

Diese und noch manche andere Fragen fielen mir ein, als ich begann mich auf diese Tagung inhaltliche vorzubereiten. Mir ist dabei das Buch von Lilla Sachse „Heilsame Erfahrungen - Biotop Mosbach: Eine Gruppe als Wegbegleiter durch psychiatrische Krisen“ in die Hände gefallen. Lilla Sachse lebt und arbeitet als niedergelassene Psychiaterin in Mosbach am Neckar. Sie hat dort ein Haus eingerichtet, in dem sich Gruppen psychisch kranker Menschen treffen können. Dieses Haus ist ein offenes Haus, es bietet den Menschen einen Treffpunkt, bietet ihnen Gruppenangebote und im Krisenfall auch Übernachtungsmöglichkeiten.

Besonders spannend ist die Beschreibung der Gruppenarbeit. Durch eine gemeinsame Reise in die Berge lernen die Gruppenmitglieder für sich und in der Krise auch für den anderen Verantwortung zu tragen; sie lernen, dem anderen in einer psychischen Krise beizustehen. Ergebnis dieser Reise ist die Einrichtung eines Krisenbettes in dem Begegnungshaus. Am Ende des Buches werden sehr konkrete Erfahrungen dargestellt, wie die Gruppenmitglieder sich gegenseitig Kriseninterventionen leisten. Die Ärztin bleibt im Hintergrund, stabilisiert das System jedoch durch ihre „indirekte“ Präsenz.

Bemerkenswert ist auch, dass dieses „Biotop Mosbach“ nicht unter die uns bekannten klassischen Einrichtungstypen, wie Kontaktstätte, Tagesstätte, Heim, Außenwohngruppe, Integrationsbetrieb oder ähnliches, subsummiert werden kann. Hier wird der personenbezogene Ansatz gelebt, ohne, dass er explizit ausformuliert wird. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden in diesem Projekt als Menschen mit eigenen Erfahrungen und mit eigenen Erlebnissen begriffen. Psychose ist somit nicht mehr nur Erkrankung sondern immer auch eine Chance, sich zu verändern, sich zu entwickeln und sein eigenes, selbstbestimmtes Leben zu führen.

In dem Buch von Sachse wird jedoch auch deutlich, dass dieses „Biotop Mosbach“ kein Idyll ist. Das Leben der Menschen mit psychischen Erkrankungen ist hart und schwer; alle Gruppenmit-

---

glieder kämpfen um die tägliche Existenz; es gibt auch Kriseninterventionen, die scheitern mit der Konsequenz, dass der Eine oder Andere doch in das zuständige psychiatrische Krankenhaus eingewiesen werden muss. In einem Fall wird dieses auch als Flucht beschrieben; diese Flucht eines Gruppenmitglieds wird dann nachträglich auch von den Gruppenmitgliedern als eine angemessene Reaktion akzeptiert. Krisenintervention kann also auch bedeuten, das Krankenhaus als Ort der Behandlung und als Ort der Zuflucht zu begreifen.

Beeindruckend an diesem Bericht ist, dass Menschen, die selbst psychisch krank und damit leicht verletzbar sind, in der Lage sind, sich gegenseitig in einer Krise zu helfen. Sie benötigen die professionelle Unterstützung, leisten jedoch so, so Sachse, im Wesentlichen die Aufgabe der Krisenintervention. Sie leben und wohnen gemeinsam mit den Beteiligten in dem „Biotop Mosbach“. Lilla Sachse zeigt, dass Krisenbewältigung nicht nur die Aufgabe von Professionellen, von Diensten oder von Einrichtungen sein kann. In der Krise braucht ein Mensch den anderen, der ihn in seiner Krise in seinem Anderssein respektiert. Dieser respektvolle Umgang miteinander kann allerdings nicht verordnet werden, wir müssen ihn gemeinsam einüben - immer wieder neu. Die Zusammenarbeit im Alltag, sei es im Landesverband der Psychiatrie-Erahrenen oder im Ministerium, können ein gutes Übungsfeld sein; sicherlich auch diese Fachtagung.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen, einen intensiven, spannenden und gemeinsamen Arbeitstag.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

**Sehr geehrte Frau Beck, sehr geehrter Herr  
Regierungspräsident, sehr geehrter Herr Scholten, sehr  
geehrter Herr Wagner, meine sehr verehrten Damen und  
Herren.**

**Leider ist Herr Landrat Dr. Groß wegen anderweitiger  
Verpflichtungen heute verhindert hier selbst ein Grußwort zu  
sprechen, ich darf Ihnen jedoch seine herzlichsten Grüße zu  
Ihrer interessanten Veranstaltung überbringen.**

**Die Entwicklung der Psychiatrie läßt sich in der  
medizingeschichtlichen Literatur weit zurückverfolgen.**

**Bereits Herkules wurde nach Überlieferungen wegen  
Wutanfällen mit Nieswurz behandelt. Plato beschrieb, dass  
die Götter dem Wahnsinn des Menschen seelische Kraft  
verliehen hätten. Bereits in der berühmten Medizinschule von  
Epidaurus wurde von Priesterärzten eine ganzheitliche  
Behandlung vollzogen, die unserer heutigen Psychoanalyse  
und Psychotherapie sehr ähnlich war. Zusätzlich wurden  
diätetische, medikamentöse und hydroklimatische  
Behandlungsmethoden eingesetzt. König Karl der VI. Von  
Frankreich soll unter einer Geistesstörung gelitten haben, in  
einem Augenblick der Vernunft verjagte er seine  
behandelnden Ärzte.**

**Der Begriff „Psychiatrie“ wurde erstmals 1808 von J.C. Reil,  
Professor in Halle und Berlin, eingeführt, der bedeutende  
Arbeiten auf dem Gebiet der Physiologie und Anatomie  
hauptsächlich des Nervensystems verfasste. Seit dem Jahre  
1845 setzte sich durch Wilhelm Griesinger, Professor für  
Psychiatrie in Tübingen und Kiel, der ab 1864 die  
psychiatrische Abteilung der Charité in Berlin leitete, in der  
Lehre ein somatisch, d.h. körperlich begründetes Konzept  
zur Erklärung und Erforschung von „Geisteskrankheiten“  
durch.**

**Beginnend durch das Zeitalter der Aufklärung, die sich auf  
das politische und soziale Leben auswirkte, begann auch ein  
Wandel in der Behandlung und der Einstellung gegenüber  
dem psychisch Kranken. Nachdem lange Zeit der Schutz der  
Gesellschaft vor den vermeintlich „gefährlichen Menschen“  
durch eine reine Bewahrung und Absonderung oberste  
Priorität hatte, wurde nun schrittweise sein „Anderssein“ als**

**Erkrankung akzeptiert, eine Behandlung ermöglicht und eine Heilung für denkbar gehalten.**

**Weitere Meilensteine sind Erkenntnisse von Freud, die mit dem Begriff Psychoanalyse als Methode einhergehen, insbesondere im Unterbewußtsein ablaufende psychische Prozesse zu studieren und zu beeinflussen. Hierauf begründen sich nach wie vor auch moderne psychotherapeutische Behandlungsverfahren.**

**Ab 1952 wurden wirksame pharmazeutische Substanzen in der Behandlung von Psychosen eingesetzt. Inzwischen existiert ein breites Spektrum wirksamer Substanzen, die es häufig ermöglichen in Verbindung mit anderen Therapieverfahren, den Verlauf von psychischen Erkrankungen günstig zu beeinflussen und zu einer Gesundung oder Re-Integration in Familie, Arbeit und Gesellschaft beizutragen.**

**Wichtig hierbei ist das Zusammenwirken von Psychisch Krankem, seiner Familie und seinen sonstigen Bekannten und Freunden im privaten und beruflichen Umfeld, von Selbsthilfegruppen und den Professionellen in verschiedenen Berufsgruppen um schnellst- und bestmögliche Hilfeleistungen zu organisieren und einzuleiten.**

**Hierfür ist im professionellen Bereich ein verschiedenartiges, den Bedürfnissen des Einzelfalles gerecht werdendes Netz an Leistungen zu stricken.**

**In unserer Region ist inzwischen dieser „handwerkliche“ Vorgang weit fortgeschritten. Das Ziel ist der gemeindepsychiatrische Verbund, der in zahlreichen Einzelbausteinen inzwischen bereits vorhanden ist. Die Stadt Trier und der Landkreis Trier-Saarburg arbeiten bei dem weiteren Ausbau dieses Verbundes eng und partnerschaftlich zusammen.**

**Stadt und Landkreis haben inzwischen in Kooperation mit verschiedenen Einrichtungsträgern und sonstigen Partnern in diesem Bereich, nicht zuletzt auch durch Anregungen aus Ihrem Landesverband der Psychiatrieerfahrenen, mit dazu beitragen können, die Situation psychisch Kranker deutlich zu verbessern.**

**Das durch das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit angeregte und finanzierte Projekt „Wohnverbund**

für psychisch Kranke“ ist ein weiterer Fortschritt in der Betreuung psychisch Kranker Menschen, der zu einer Qualitätsverbesserung des Angebots und zu einer individuell besser ausgestalteten Betreuung führen soll. Insbesondere soll erreicht werden, dass jeder so heimatnah wie möglich, wenn gewünscht, betreut werden kann.

Geplant ist in naher Zeit die Einrichtung einer Aufnahmekonferenz, um den lückenlosen zeitgerechten Übergang von einem stationären zu einem „Wohnangebot“ besser zu ermöglichen und die für den Einzelfall beste Hilfemöglichkeit abzustimmen.

Gemeinsame Einrichtungen, wie die PSAG, die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, die von der Stadt Trier organisatorisch betreut wird und der gemeinsame Psychiatriebeirat, dessen Geschäftsführung von der Kreisverwaltung Trier-Saarburg wahrgenommen wird sind inzwischen als Ideen spendende Gremien etabliert, wobei der Psychiatriebeirat auf der guten Vorarbeit zum einen der PSAG, zum anderen aber auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialämter von Stadt- und Landkreis aufbauen kann.

Stadt- und Landkreis haben durch die Etablierung von Koordinatoren der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung, wie sie im Psychiatriegesetz verankert ist, Rechnung getragen.

Trotz dieser insgesamt positiven Entwicklung sind noch einige Eckpfeiler des gemeindepsychiatrischen Verbundes nicht ausreichend vorhanden, hierbei denke ich insbesondere an Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich von Arbeitsplätzen für psychisch Kranke, eine erste Sichtung von Möglichkeiten hierzu soll auf der nächsten Sitzung des Psychiatriebeirates erfolgen.



## **Forderungen an eine Krisenintervention aus Sicht der Angehörigen**

*Wolfgang Gottschling*

Haben wir Fieber, kommt der Notarzt oder Hausarzt in die Wohnung. Werden wir am Wochenende von Zahnschmerzen geplagt, packt der Zahnarzt das Übel an der Wurzel, brechen wir uns bei Glatteis ein Bein, kommt der Krankenwagen zu uns.

Wie aber sieht es aus, wenn eine seelische Krise droht? Wird ein Notarzt gerufen und falls er überhaupt kommt, so ist er meist hilflos. Wie soll auch ein Allgemeinmediziner, Internist oder Kinderarzt mit psychischen Problemen fertig werden? Er hat es doch nicht gelernt.

An Wochentagen hat man vielleicht noch Glück, wenn ein Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes vorbeischaut. Wehe aber wenn die Krise abends, nachts, feiertags oder an Wochenenden ausbricht, dann sind qualifizierte Helfer nicht zu bekommen. Auf dem Anrufbeantworter heißt es dann lakonisch: "Wir sind erst wieder am Montag für Sie da, Sie können uns aber eine Nachricht hinterlassen".

Was aber soll der Hilfesuchende nun tun? Die Möbel zertrümmern, sich selbst oder andere bedrohen, damit man auf ihn aufmerksam wird? Erst wenn der Notfall diese "öffentliche Dimension" erreicht hat, der Druck so groß geworden ist, das Umfeld, die Angehörigen, die Augenzeugen und der allgemeine Notdienst reagieren müssen, dann setzt sich automatisch die Maschinerie in Bewegung. Rettungswagen, Polizei, Arzt und Gesundheitsdienst sind plötzlich da, als wäre ein Katastrophe eingetreten. Der arme Sünder wird dann unter den neugierigen Blicken des Publikums abgeführt. Muß denn das so sein? Wie oft wird da die kranke Seele noch mehr verletzt.

Für so einen spektakulären Einsatz steht eine Menge Geld bereit, nicht aber für ein präventives und deeskalierendes Handeln eines vorgeschalteten Krisennotdienstes. In Sachen qualifizierter Hilfsangebote sind viele Bundesländer immer noch Entwicklungsländer und leider gehört auch Rheinland-Pfalz dazu.

Das Minimalmodell eines komplementär-vernetzten 24 Stunden-Krisennotdienstes aller beteiligten Träger einer Versorgungsregion kostet nach Feststellung des Diplom-Psychologen Wienberg von den Bodelschwingschen Anstalten Bielefeld jährlich etwa 400.000 DM. Das entspricht nach seiner Auffassung etwa 1000 Krankenhauspflegetagen von je 395 DM oder 33 stationären Behandlungsfällen mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 30 Tagen. Im Grunde müssten die Krankenkassen und Kommunen ein Interesse daran haben, sich an der Finanzierung zu beteiligen.

Tatsache ist, die meisten Betroffenen leben außerhalb von Einrichtungen; viele werden von Angehörigen betreut, die nicht selten überfordert sind. Oft werden sie mit der Last der Verantwortung alleingelassen. Besonders schwer gestörte Menschen sind unter den Wohnungslosen anzutreffen. Für diese Betroffenen ist typisch, daß sie keine psychosoziale Hilfe holen können, also aufgesucht werden müssen.

Schon vor 10 Jahren haben wir Angehörigen auf einem Bundestreffen der Angehörigen psychisch Kranker in Bonn die Einrichtung von Krisendiensten zur Entlastung der Familien und psychisch Kranken gefordert. An Bundestag und Bundesregierung wurde bereits damals eindringlich appelliert, im Rahmen der Gesetzgebung zur Reform des Gesundheitswesens die Voraussetzungen für die Finanzierung der Dienste zu schaffen. Bisher ist aber nichts geschehen, im Gegenteil. Leistungen wurden abgebaut, die Selbstbeteiligung erhöht und bei Behinderten gespart.

Die bisherige Bundesregierung hat sich bisher mit dem Argument, für die Gesundheitsdienste seien die Länder zuständig, um eine Rahmengesetzgebung für psychiatrische Notfalldienste gedrückt. Nach wie vor ist die Benachteiligung der psychisch Kranken ein vielfach belegtes Unrecht. Es darf auch in Zeiten vielfältiger Probleme, wie großer Arbeitslosigkeit und schwieriger Kassenlage, nicht einfach hingegenommen werden.

Nun wollen wir einmal sehen, wie sich die neue Bundesregierung verhält. Aber nicht nur sie ist in der Pflicht, sondern auch die Verantwortlichen in Ländern, Kreisen, Städten, der Krankenversicherungen und der Fachwelt. Sie dürfen sich nicht verstecken und den schwarzen Peter hin und her schieben. Sie sind aufgefordert, sich endlich zusammenzusetzen und in einem gemeinsamen Bündnis die Hilfen einzurichten.

Die Forderungen, die vom Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker auf seiner Tagung am 07. November 1988 in Bonn aufgestellt wurden, sind nach wie vor aktuell. Damals wurden folgende Rahmenbedingungen als Voraussetzung angesehen:

1. Die Rund-um-die-Uhr- Bereitschaftsdienste sollen nicht einzelnen, isolierten neuen Spezialdiensten oder gar entlegenen Krankenhäusern übertragen werden, sondern durch Personalaufstockung bzw. Kooperationsmodelle in die bereits vorhandenen und mit den Gemeinden vertrauten Basisdienste, wie Sozialpsychiatrischen Dienste, Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstellen usw. integriert werden.
2. Die Dienste müssen sich vorrangig um psychiatrische Krisen kümmern und die Bearbeitung allgemeiner Lebenskrisen anderen Stellen, wie z.B. der Telefonseelsorge überlassen. Die Dienste müssen auch aufsuchend tätig sein, das heißt Hausbesuche bei den Betroffenen machen, da diese von sich aus oft nicht mehr in der Lage sind, zu kommen.

Dies halte ich für außerordentlich wichtig. Was nutzt ein Notfalldienst, der nur auf Kunden wartet und seine Dienstzeiten absitzt.

3. Zur Klärung und Bearbeitung psychiatrischer Krisensituationen sind grundsätzlich alle Berufsgruppen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Psychologen, geeignet, sofern sie psychiatrische Erfahrung haben. Gleichwohl ist es aus fachlichen und juristischen Gründen erforderlich, daß Nervenfachärzte verantwortlich in die Dienste einzubinden sind. Dies kann auch durch Kooperationsmodelle sichergestellt werden, falls im Team kein Arzt ist.

4. Im Einzugsgebiet eines Dienstes sollten aus Gründen der Überschaubarkeit nicht mehr als 100.000 bis 150.000 Einwohner leben.

5. Der Notdienst sollte über eine kleine Zahl von Betten verfügen, um in Krisensituationen auch ohne in Anspruchnahme einer Klinik den erforderlichen Schutz in einer möglichst reizarmen und ihm vertrauten Umgebung gewähren zu können..

6. Der Dienst muß so organisiert sein, daß er Tag und Nacht telefonisch zu erreichen ist. Dabei reicht ein telefonischer Anrufbeantworter nicht aus, am Apparat muß ein Gesprächspartner sitzen, der die Region gut kennt und die Situation abschätzen kann. Dieser "Einsatzleiter" muß seinerseits über jederzeit einsetzbares Fachpersonal verfügen, falls Hausbesuche erforderlich sind. Der dafür erforderliche Mehraufwand an Personal und Geld ist vielfach geringer als Mitarbeiter, Träger und Verwaltungen behaupten.

Auch hier ist zu sagen, was nutzt ein Krisentelefon, wenn es nicht Tag und Nacht fortlaufend rund-um die-Uhr und zwar auch an Wochenenden und Feiertagen direkt anwählbar und nicht über eine Zentrale oder Zwischenschaltung zu erreichen ist.

In einigen Bundesländern bestehen inzwischen Krisendienste. Sie sind aber nur punktuell , so in Berlin, dort nur in zwei Bezirken und in wenigen Städten, wie Bremen, Bielefeld, Mannheim, Solingen oder Münster, vorhanden. In ländlichen Gegenden sucht man dagegen vergeblich nach einem Rettungsanker. Die bestehenden Dienste in den genannten Städten arbeiten völlig unterschiedlich. Von einem einheitlichen Konzept kann keine Rede sein.

Nehmen wir das Beispiel der Stadt Münster. Hier wurde 1993 ein psychosozialer und psychiatrischer Wochenendnotdienst auf Initiative des Arbeitskreises Psychiatrie ins Leben gerufen. Es handelt sich um einen kooperativen Bereitschafts- und Krisendienst für Menschen in schweren seelischen Krisen. Der Dienst wird von mehreren Einrichtungen gemeinsam getragen, darunter den psychiatrischen Kliniken, dem Psychosozialen Zentrum, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, einem Verein Krisenhilfe und der Telefonseelsorge.

Der Dienst besteht aus zwei Mitarbeitern, in der Regel einem Facharzt für Psychiatrie und einem nichtärztlichen Mitarbeiter. Er richtet sich an Menschen mit schweren seelischen Krisen, an Angehörige die ratlos vor der Zuspitzung der Krise eines Familienmitgliedes stehen, an Suizidgefährdete, an Personen bei denen der Notarzt feststellt, daß eine sofortige psychiatrische Hilfe erforderlich ist. In Fällen also, wo auf die Angebote von Beratung und Behandlung zu den üblichen Zeiten nicht gewartet werden kann, etwa im Sozialpsychiatrischen Dienst, dem Psychosozialen Zentrum, den Ambulanzen oder bei den niedergelassenen Ärzten. Der kooperative Krisenbereitschaftsdienst ist ein aufsuchender Dienst. Er ist erreichbar über die Nummer der Telefonseelsorge, die nach Abklärung dem Notruf - Team, Name, Adresse und Art des Notfalls mitteilt, das dann einen Hausbesuch macht. Eine zweite Notrufnummer besteht bei der Westfälischen Klinik der Psychiatrie, die ebenfalls bei Bedarf den aufsuchenden Dienst aktiviert.

Als zweites Beispiel möchte ich die Stadt Bielefeld nennen. Hier besteht seit 1986 ein sozialpsychiatrischer Krisendienst. Er wurde als ambulanter institutsübergreifender Notdienst unter der Trägerschaft der Stadt Bielefeld beim Sozialpsychiatrischen Dienst eingerichtet. Vorangegangen waren längere Diskussionen bis endlich in einem Hearing die Politiker überzeugt werden konnten und mit Zustimmung aller Fraktionen

im Stadtparlament die Einrichtung eines Notdienstes beschlossen wurde. Zwei Mitarbeiter sind täglich über Nacht von 18.00 bis 8.00 Uhr im Krisendienst tätig und zwar ein städtischer Angestellter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, sowie ein Mitarbeiter der freien Träger bzw. der psychiatrischen Klinik. Die Intervention bei auftretenden Krisen erfolgt sowohl telefonisch als auch durch Hausbesuche. Wichtig ist, daß dieser Dienst an sprechstundenfreien Zeiten, nachts, an Wochenenden und Feiertagen präsent ist. Besonders bemerkenswert ist, daß die Stadt Bielefeld alle Kosten trägt.

Wie sieht es nun in Rheinland-Pfalz aus ? Hier finden wir erste Ansätze einer Krisenbewältigung.

So wurde im Januar 1998 am St. Antonius-Krankenhaus in Waldbreitbach ein "Krisentelefon für seelisch behinderte kranke Menschen und deren Angehörige" eingerichtet. obwohl wir Angehörigen uns eine ständige Ansprechstelle rund-um-die-Uhr wünschen würden, ist es schon ein Fortschritt, wenn die Rufbereitschaft wochentags von 17.00 bis 23.00 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen von 8.00 bis 23.00 Uhr besetzt ist. Der Dienst wird zur Zeit als Modellprojekt vom Kreis Neuwied für ein Jahr gefördert und es bleibt zu hoffen, daß es verlängert wird.

Ich möchte jetzt nicht näher darauf eingehen, denn Herr Dr. Kettler wird am Nachmittag einen Vortrag über das Krisentelefon im Kreis Neuwied halten.

Einen weiteren Ansatz gibt es in der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach. Hier wurde vor kurzem eine psychiatrische Institutsambulanz eingerichtet. Zwar werden dort Patienten mit schweren chronischen Psychosen nach ihrer Entlassung aus der Klinik auch ambulant-aufsuchend betreut, was zu begrüßen ist, doch ist dies nur ein gewisses Klientel. Aussen vor bleiben bisher die übrigen Betroffenen und ihre Angehörigen, zumal die Ambulanz nur während der Dienstzeiten und telefonisch über eine Station zu erreichen ist. Seitens des verantwortlichen Leiters wurde die Zusage gegeben, daß in Kürze das Personal aufgestockt wird. Wir Angehörigen halten es jedoch darüber hinaus für dringend erforderlich, daß ähnlich wie am St. Antonius - Krankenhaus in Waldbreitbach ein Krisentelefon eingerichtet wird und zumindest nach Dienstschluß und an Wochenenden und Feiertagen besetzt und direkt anwählbar ist. Ferner muß gewährleistet sein, daß der gefährdete Betroffene durch ein Notfallteam jederzeit zu Hause aufgesucht werden kann.

Als Fazit bleibt festzustellen:

1. Basis aller Formen von Krisendiensten ist eine Ansprechstelle, die im ersten Schritt zumindest telefonisch rund-um-die-Uhr und auch an Wochenenden besetzt ist. Beim Anruf sollte sich dabei nicht ein Anrufbeantworter melden, sondern ein im Umgang mit psychosozialen Krisen erfahrener qualifizierter Mitarbeiter, der auch mit der Versorgungsstruktur der Region vertraut ist. Dieser Ansprechpartner könnte erst einmal zuhören, dann beraten, aber vor allen Dingen auch Hilfsmöglichkeiten aufzeigen und notwendige Schritte einleiten.

2. Wesentlich neben einem Telefondienst, der rund-um-die-Uhr arbeitet, ist die Existenz von Mitarbeitern, die so flexibel sind, daß sie auch außerhalb normaler Dienstzeiten Hausbesuche machen und konkrete Hilfestellung vor Ort leisten können. Was nutzt ein guter Rat am Telefon, wenn nicht bei einer absehbaren Krise unmittelbar am Ort des Geschehens gehandelt wird. Viele Menschen in psychischen

Schwierigkeiten sind auf die persönliche Begegnung und Zusprache angewiesen. Auch für den herbeigerufenen Mitarbeiter stellt sich oft die Situation vor Ort vollkommen anders dar, als durch einen anonymen telefonischen Kontakt. Der Helfende ist in der Lage, das Umfeld, die Angehörigen und Nachbarn mit einzubeziehen, mit anzuhören, er kann sich beispielsweise einen Eindruck von der persönlichen Lebenssituation des Betroffenen machen. Ein solcher Dienst vermag vor allem Menschen in psychosozialen Ausnahmesituationen zu helfen, die telefonisch nicht um Hilfe bitten würden, bzw. nicht dazu in der Lage sind, sondern bei denen der Dienst durch das Umfeld auf das Vorhandensein von Problemen hingewiesen wurde.

Schwierig wird es allerdings, wenn er auf chronisch psychisch Erkrankte trifft, die ihm nicht bekannt sind und die ihn wiederum auch nicht kennen. So wird er nur selten Hilfestellung geben können bei Menschen, denen er unbekannt ist und die sich von ihrer Umwelt bedroht und verfolgt werden.

3. Grundlage daher ist eine ambulante Notfallversorgung mit einem Basisdienst, der rund-um-die-Uhr arbeitet. Es ist nicht damit getan, daß es Mitarbeiter gibt, die für die ambulante psychiatrische Versorgung zuständig sind. Ein ambulanter Basisdienst, gleich ob er einem psychiatrischen Krankenhaus als Ambulanz oder einer psychosozialen Kontaktstelle in der Region angeliedert ist, sei es als Sozialpsychiatrischer Dienst oder als psychiatrische Einrichtung, muß gewisse Voraussetzungen erfüllen, wenn er sinnvoll mit chronisch Kranken arbeiten will.

Eine wesentliche Voraussetzung ist zunächst eine ausreichende personelle Ausstattung.

Ferner muß der Dienst eine zugehende Funktion haben, das heißt, er soll nicht darauf warten, daß sich Leute bei ihm melden und ihn um Hilfe bitten. Er soll in der Lage sein, Menschen zu besuchen und zu ihnen Kontakt aufzunehmen, auch wenn sie dies zunächst ablehnen. Zugehender Dienst bedeutet auch, daß er von Nachbarn und Angehörigen um Hilfe gebeten werden kann und nicht Voraussetzung ist, daß die Betroffenen sich selber melden.

Der Dienst soll die Möglichkeit zu einer kontinuierlichen Betreuung und Begleitung haben. Er muß deshalb über genügend Kapazität verfügen, um zu psychisch Erkrankten ein Betreuungsverhältnis aufzubauen, das kontinuierlich über mehrere Jahre bestehen kann. Die Fluktuation der Mitarbeiter sollte sich in engen Grenzen halten, damit die Möglichkeit besteht, nicht nur in Krisenzeiten Kontakt zu halten. Gerade in einer Zeit, in dem es dem Psychiatrie-Erfahrenen gut geht, können Risikofaktoren einer Wiedererkrankung aufgearbeitet und vertrauensvoll besprochen werden.

Ein wichtiger Bestandteil des Dienstes ist die Begleitung in akuten Krisen. Der Mitarbeiter des Dienstes, der für die Betreuung eines Betroffenen zuständig ist, sollte sich auch in extremen Situationen für ihn verantwortlich fühlen, auch wenn er in seiner Hilflosigkeit überfordert ist. Dies bedeutet, daß er die Verantwortung dafür trägt, andere Hilfssysteme einzuschalten, zur Not auch gegen den Willen des Betroffenen. Dies bedeutet ferner, daß der Dienst auch notwendige zwangsweise stationäre Unterbringungen in einer Klinik nicht delegiert, sondern selbst in die Wege leitet.

Auch dieser Dienst sollte so ausgestattet sein, daß er rund-um-die-Uhr und an Sonn- und Feiertagen arbeiten kann. Dies ist nämlich unabdingbare Voraussetzung für eine funktionierende Krisenintervention.

4. Ein wichtiger Bestandteil einer wirkungsvollen ambulanten Krisenintervention ist das Vorhandensein von Krisenbetten außerhalb der Großkliniken. Viele Betroffene in psychotischen Krisen sehen sich selber zwar nicht als krank an. Sie sind aber aufgrund ihrer bisherigen schlechten Erfahrungen von erfolgten Zwangseinweisungen bereit, sich als Kompromiß trotzdem behandeln zu lassen oder zumindest ihr häusliches Umfeld zu verlassen, wenn sie nicht in eine geschlossene Station einer Großklinik müssen. Erst die Möglichkeit einer Behandlungsalternative vor Ort, die sowohl qualitativ als auch quantitativ anders ist als die Akutaufnahmestation einer Klinik, bedeutet für manchen Psychiatrie-Erfahrenen eine entscheidende Verbesserung. Hier hat sich in der letzten Jahren viel getan, in dem psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern entstanden sind.

Es gibt aber nach wie vor noch ein Klientel schwer chronisch kranker Menschen, die in einer Nervenlinik besser behandelt werden können, als es in einem Allgemeinkrankenhaus möglich ist.

Die Psychiatrie-Reform in Rheinland-Pfalz hat in den drei Jahren ihres Bestehens die Psychiatrielandschaft grundlegend verändert. Psychiatrische Abteilungen an verschiedenen Allgemeinkrankenhäusern sind entstanden. Tageskliniken und Tagesstätten wurden eingerichtet. Koordinierungsstellen und Psychiatriebeiräte entstanden. Die Bettenanzahl in den großen Nervenkliniken wurde reduziert. Die Enthospitalisierung der Langzeitpatienten wurde begonnen. Es sind große Fortschritte gemacht worden. Dennoch ist die Frage des dringend erforderlichen Eingreifens bei schwerer seelischer Belastung und sich abzeichnender Krisen, die vom Betroffenen und den Angehörigen nicht bewältigt werden können, bisher nicht gelöst worden. Deshalb sollten sich die Verantwortlichen aus Politik, dem psychiatrischen Bereich, den Krankenkassen und Verbänden, einschließlich der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen, zusammensetzen und ein allgemeingültiges Konzept für eine effektive Krisenintervention entwickeln.

Ich hoffe, daß diese Tagung einen Anstoß dazu geben wird.

## **Literatur:**

Katschnig, H. / Aktion psychisch Kranke, 1987: Notfallpsychiatrie und Krisenintervention, Tagungsbericht 1987, Rheinland-Verlag GmbH Köln

Kettler, Ulrich, 1998: Krisenintervention im Kreis Neuwied, Materialien Nr. 4, Neuwied

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., 1989: Ambulante Notfalldienste entlasten Familien und psychisch Kranke, Tagungsbericht Bonn 1988

# **Meine sehr verehrten Damen und Herren !**

## **Liebe Betroffene und Interessierte!**

Mein Name ist Brigitte Theisen. Ich bin 28 Jahre alt und von Beruf staatlich anerkannte Erzieherin.

Ich stehe heute hier als Vertreterin des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Rheinland Pfalz e. V., der diese Fachtagung geplant und organisiert hat. Aber vor allem stehe ich heute hier für alle psychisch kranken Menschen und besonders für jene, die so akut und chronisch krank sind, daß sie sich selbst nicht so gut artikulieren bzw. mitteilen können. Gerade den schwächsten in unserer Betroffenenkette sollte diese Vortragreihe gewidmet sein und vor allem langfristig von Nutzen sein. Eben dann wenn Handlungen folgen und die Versorgungskette der Krisenintervention möglichst geschlossen wird. Das ist nicht nur ein Wunsch, sondern auch eine dringende Notwendigkeit.

Nun, wie komme ich dazu heute hier zu stehen und über das Thema Krisenintervention zu berichten. Ganz einfach: Erfahrung !

Mit 21 Jahren geriet ich, wegen einer Prüfungsphase und anderen äußerst ungünstig verlaufenen Dingen in der Vergangenheit, in eine Krise. Ein kompetenter Lehrer merkte dies an meinem Leistungsabfall und bot mir Hilfe in Form von Gesprächen an. Wir stellten fest, dass es günstig wäre therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ich bemühte mich um einen Therapieplatz. Da aber gerade die Sommer- und Ferienzeit begann und fast niemand erreichbar war, hinzu eine Wartezeit von 3 Monaten kam, sowie einen Besuch bei einem Psychiater wegen der Kostenübernahme der Krankenkasse, gab ich resigniert diese Hoffnung auf, denn dies waren zuviele Hürden. Ich wendete mich an die Ehe-, Familie- und Lebensberatungsstelle, ebenfalls 8 Wochen Wartezeit. Es blieb die Telefonnummer und manch langes Gespräch, auch nachts, mit meinem ehemaligen Lehrer, die er mir freundlicherweise angeboten hatte. Da war aber auch die Nummer der Telefonseelsorge, nun, das war mehr als gar nichts! Nach weiteren 6 Wochen dahinschleppens, ratterte ich immer mehr 'runter, das depressive Loch wurde größer und erst da verstärkten sich die Suizidgedanken so, dass ich nicht mehr weiter wußte. Die telefonische Hilfe reichte nicht aus. Angehörige waren nicht da und die innere Verzweiflung, Angst und Not wurden immer größer. Schließlich übte ich einen Suizidversuch aus und landete im Krankenhaus. Von dort wurde ich in die Psychiatrie Wittlich überwiesen, da es leider noch keine Psychiatrie in Trier gab. Nun wurde ich für mehrere Monate aus meiner Welt gerissen und in diese künstliche Psychowelt mit mehr oder weniger therapeutischer Hilfe geschmissen. Es war klar, ich bin vollkommen bekloppt und nach der Psychiatrie kann nur noch der Tod folgen. Dies war meine feste Überzeugung als Anfang 20-jährige, die das erste Mal mit der Psychiatrie konfrontiert wurde. Nun es wurde mir nicht erklärt, was ich habe, warum ich da bin, nur das ich Gruppentherapie machen sollte, die mir absolut nichts brachte. Zu Beginn äußerte der Therapeut in der Gruppe: "Ich lebe ein völlig anderes Leben als Sie!" Also war klar, dass er "normal" ist und wir kaputt! Die ersten negativen Erfahrungen als unbedarfter junger Mensch, der nicht mal etwas für seine schlechte Vergangenheit



konnte und mit der Psychiatrie konfrontiert wurde, die Maniker, Psychotiker, Neurotiker und sonstiges letztendlich gleich abfertigten und vollmüllten!

Nach 5 Monaten ging ich freiwillig nach Hause. Mir wurde davon abgeraten, aber nach der völligen Entfremdung von meiner Stadt, in der ich wohnte, und fast all meinen Freunden, wollte ich Heim!

In der ganzen Zeit ist mir nicht die Bedeutung meiner Erkrankung erklärt worden und es war nicht Ziel einige Bewältigungsstrategien zu finden für mögliche künftige Krisen.

Aufklärung über Krankheit oder Geschehen blieben auf der Strecke! Zum Glück durfte ich dann, obwohl ich mich erst auf das Heftigste wehrte, schon wieder in eine Klinik zu gehen, in die Tagesklinik nach Trier, die gerade neu eröffnet wurde. Abends traf ich mich mit Freunden und nachts durfte ich in meinem Bett schlafen. Bedürfnisse, die einem verwehrt werden, wenn man krank ist und gerade das Vertraute braucht.

Tagsüber bekam ich wirkliche Hilfe:

Therapeutische Gespräche, ein Sozialpädagoge/ Sozialarbeiter, der nicht für 80 Leute sondern für 20 da war und Unterstützung bot in Ämterangelegenheiten, sowie Motivation bei der Weiterführung der Berufsausbildung. Freiräume sich und andere einzuschätzen und kennen zu lernen. Sich ein Stück ganzheitlich zu entfalten. Eben neue Wege und Möglichkeiten zu gehen, die nicht an einer verschlossenen Türe enden!

Ganz besonders half mir das Modell des Bezugstherapeuten, so wußte man immer, an wen man sich wenden sollte, wenn man Probleme, eine neue Krise hatte oder Hilfe suchte. Ich hatte sehr großes Glück, dass dieser Bezugstherapeut auch ein Psychiater war und mich ambulant weiter betreuen konnte. So hatte ich eine Anlaufstelle, eine Begleitung, eine Stütze für gute und schlechte Zeiten.

Sonst wäre ich dem Labyrinth, wo finde ich wann in einer Krise Hilfe, wohl nicht entkommen!

# Krisenintervention

Bevor ich zu den Forderungen der Krisenintervention aus Sicht der Betroffenen komme, möchte ich noch einen kurzen allgemeinen Überblick zum Thema Krisenintervention geben, damit wir von dort aus eine gemeinsame Basis haben.

## 1. Definition der Krise<sup>1</sup>

Ein plötzliches Ereignis oder Erlebnis, daß von den Betroffenen nicht unmittelbar verarbeitet werden kann.

## 2. Allgemeines

Zwei prinzipielle Aspekte der Krise

Herausforderung

Reiz, Antrieb zur Bewältigung der Krise

Bedrohung

Gefahr des Scheiterns von Bewältigungsversuchen und der Chronifizierung der Krise

Dementsprechend dauern Krisen einige Tage bis Monate an.

Meist akut auftretende Symptome der bedrohlichen Krise sind:

- Angst
- Verzweiflung
- Depression
- erhöhte Suggestibilität (Beeinflußbarkeit)
- eventuelle Suizidgefahr (Selbstmordgefahr)

Die meisten Krisen werden durch nicht professionelle Hilfe (Angehörige/Freunde etc.) bewältigt.

## 3. Ätiologie - Lehre von den Krankheitsursachen

### Individuelle Krise

Streßsituation unterschiedlicher Art

z.B. bei Lebensveränderungen

- Heirat
- Lösung aus dem Elternhaus
- Pensionierung

insbesondere auch

- Konflikte
- Krankheit

### Kollektive Krise (Beispiele)

- Bedrohung
- Emigration
- Katastrophe
- Krieg
- Notzeit
- Verfolgung

---

<sup>1</sup> Dilling, Reiner (1995), Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Auflage, Springer- Lehrbuch S. 279-287

### **Individuelle Krise**

- Verlust

### **Kollektive Krise (Beispiele)**

## **4. Phasenablauf von Krisen**

- Schockphase: Spannungsanstieg durch ein bestimmtes Erlebnis
- Reaktionsphase: Verwirrung und Hilflosigkeit
- Bearbeitungsphase: Mobilisierung von Energie, Einsatz von Notfallmechanismen
- Neuorientierung: Distanzierung von der akuten Irritation, Suche nach Neubeginn

## **5. Krisenintervention**

d. h. zeitlich auf die aktuelle Krise begrenzte Intervention bzw. Kurztherapie

*Ziele der Krisenintervention:*

- Entlastung in der akuten Situation
- Klärung der Faktoren, die zur Krise geführt haben
- Erörterung von Lösungsmöglichkeiten
- Erlernen von Bewältigungsmustern für mögliche künftige Krisen

*Grenze der Krisenintervention:*

- wenn z. B. Suizidalität fortbesteht
- weitere diagnostische Abklärungen erforderlich sind
- weitere und längere Therapie indiziert ist
- soziale Barrieren (z. B. fehlende Einsicht, Sprachbarrieren)

Krisenintervention ist im klassischen Sinne eng verwandt mit der Suizidprävention.

Vor allem sind psychisch labile und psychisch kranke Menschen von einer Krisenhäufung betroffen. Hier steigt auch die Suizidgefahr an.

## **Suizid und psychiatrische Erkrankungen<sup>2</sup>**

Schätzungen gehen davon aus, daß jeder Dritte, der in Deutschland durch Suizid verstirbt, an einer entsprechenden Erkrankung leidet (Milch & Putzke 1994, Marneros & Prentkowski 1985, Mundt 1984, Mundt 1987, Wolfersdorf *et al.* 1988, Kurz *et al.* 1983). Auch die WHO trägt dem Rechnung, indem sie in ihrem Programm „Gesundheit 2000“ einen Zusammenhang zwischen Suizid, Alkoholismus und Schizophrenie konstatiert und die Suizidprävention als eigenständiges Programmziel („target“) propagiert.

Ein Zusammenhang zwischen Suizidalität und psychischer Erkrankung ist in einer Vielzahl von

---

<sup>2</sup> Bundesminister für Gesundheit (Mai 1996), Band 77, Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker- Daten, Fakten, Analyse, S. 42-43, 110, 231

Studien nachgewiesen. Psychopathologische Symptome allein können suizidale Handlungen nicht erklären, sondern müssen durch die Analyse weiterer, krankheitsunabhängiger Faktoren ergänzt werden (Weig & Boecker 1984). Bei solchen mehrdimensionalen Ansätzen (Blumenthal *et al.* 1991, Blumenthal *et al.* 1989) wurde vor allem Beschäftigungslosigkeit als Risikofaktor identifiziert. Weitere Risikofaktoren sind vorausgegangene suizidale Handlungen, gehäufte Verlust- oder Trennungssituationen in Kindheit und Jugend und konfliktreiche bzw. instabile soziale Beziehungen.

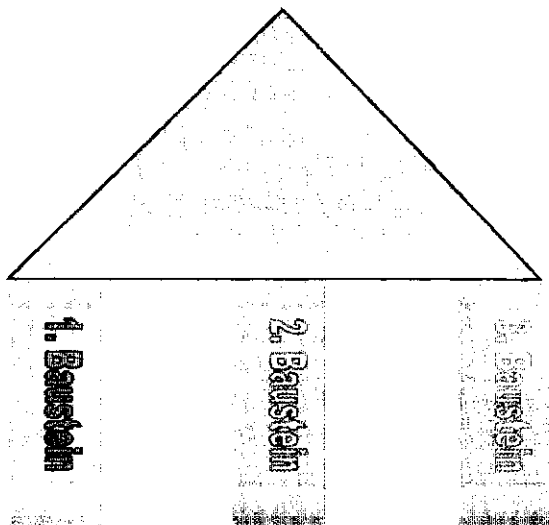
Risikofaktoren für Suizid bei chronisch psychisch Kranken
1. Paranoide Akutsymptomatik/Paranoide-halluzinatorische Symptome
2. Depressive Verstimmungen im Verlauf einer Psychose
3. Kritische Selbstsicht bzgl. Leistungsversagen oder Kontaktunfähigkeit
4. Schizophrene Residuen
5. Suizidversuche oder -gedanken im Vorfeld
6. Erstaufnahme
7. Beschäftigungsverhalten
8. Familienstand

Dies kann hier nicht weiter erörtert werden, da es den Rahmen unseres Themas sprengen würde.

**☒ Krisenintervention ist in der Regel eine kurzfristige Hilfe.**

## Krisenintervention ist kein Monopol der Klinik

Allzu oft wird es im ländlichen Raum so gehandhabt: Entweder man hat durch Unterstützung seiner Familie eine therapeutische Hilfe bekommen, schnell und rechtzeitig, oder aber, und das ist all zu oft die Regel, man landet schneller als man denkt in der Psychiatrie. Dabei spielt Frei- bzw. Unfreiwilligkeit gegenüber den tiefen Spuren, die eine Psychiatrie hinterläßt, keine Rolle.



Nun kommen wir zu den Forderungen einer Krisenintervention. Ich möchte dies in drei notwendigen Bausteinen unterscheiden, die eine ganzheitliche Umsorgung und Sichtweise des Menschen beinhaltet:

1. Baustein: Anlaufstelle Akuthilfe vor und bei Krisen
2. Baustein: Therapie und Versorgung in Krisen
3. Baustein: Nachsorge und Prävention nach Krisen

### Zum ersten Baustein der Anlaufstellen bei Krisen würden gehören:

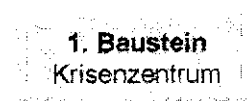
- Krisentelefon für psychisch Kranke
- Krisenzentrum mit Krisenbetten
- Mobiler Dienst
- Weglaufhaus/Biotop



Ein Krisentelefon für psychisch Kranke sollte rund um die Uhr erreichbar sein. Es ist vor allem für Menschen gut, die anonym bleiben wollen, die sich etwas von der Seele reden wollen oder aber kein anderer da ist, mit dem man sprechen kann. Sie ist ein offenes Ohr von einem Menschen mit Zeit. Dies ist eine erste Hilfe, eine Beratung, eine Informationsquelle für eventuell weitere Anlaufstellen. Für lange Nächte in Krisenzeiten, in dem der nächsten Tag nicht zu kommen scheint und sich zieht wie ein Gummiseil. Dies hat einen Nachteil: Jedes mal ist ein anderer Mensch am Telefon, auf den man sich einstellen und alles von vorne erzählen muß. Nicht jeder ist in einer Krise fähig, sich Hilfe zu holen bzw. Hilfe anzunehmen. Manche Menschen brauchen einen persönlichen Ansprechpartner, eine Anlaufstelle für einen zwischenmenschlichen Kontakt, jemand der einmal oder mehrmals da sein kann - eine handfeste Hilfe!



Das Krisenzentrum ist für den ländlichen Raum unerlässlich. Es entlastet betroffene Menschen und Fachkliniken und trägt somit zur Kostensenkung im Gesundheitswesen bei.



Ein Krisenzentrum bedeutet, daß es Tag und Nacht für Menschen offen ist, die eine Krise haben und sofort therapeutische Gespräche bietet. Es kann, wie es bei einer Krisenintervention von Nöten ist, eine zeitliche auf die aktuelle Krise begrenzte Intervention bzw. Kurztherapie bieten. Desweiteren sollte diese Einrichtung über mehrere Krisenbetten verfügen, da oft eine Intervention von einigen

Tagen von Nöten ist und oft nachts Akutfälle auftauchen. In den rheinischen Kliniken Düsseldorf wurden 44% der Betroffenen in der Zeit von 17 – 8 Uhr morgens gebracht und nur 14 % in der restlichen Tagzeit.<sup>3</sup>

Dies würde voraussetzen, daß ein fachlich kompetentes Team von Ärzten, Therapeuten und Pflegern „rund um die Uhr“ im Einsatz ist. Dieses Modell müßte ähnlich wie die Institutsambulanz so gestaltet werden, daß Zitat: „die Abrechnungsmodalitäten so zu gestalten sind, daß unter Berücksichtigung eines sachgerechten qualitativen Standards und von Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten die Institution kostendeckend finanziert werden können“<sup>4</sup>.

Die Finanzierung der Bausteine<sup>5</sup> einer ambulanten und auch stationären Notfallversorgung in der Bundesrepublik erfolgt nie »aus einem Guß«, d.h., es sind die verschiedensten Kosten- bzw. Sozialleistungsträger zuständig. Verfolgt man jedoch die Aufspaltung besonders des ambulanten Bereichs in Institutionen, die finanziert werden, die dann aber auch nur ganz spezielle von jeweils diesem einen Kostenträger abgedeckte Leistungen erbringen, so wird nicht nur deutlich, daß Organisation von Notfallhilfe die Sprengung des bisherigen institutionellen Denkens zur Folge hat, sondern auch wie notwendig im finanziellen Bereich eine Mischfinanzierung ist. Dabei stehen sich Leistungen (»Bausteine«) gegenüber, die relativ leicht finanzierbar sind, und solche - meistens lebenspraktisch orientierte Hilfeleistungen - die fast gar nicht oder nur durch hohes verwaltungstechnisches Management zu bezahlen sind.

Vielschichtiger ist jedoch die Finanzierung eines mobilen Teams oder der erwähnten, darüber hinausgehenden ambulanten Basisversorgung. Die Misere der psychiatrischen Versorgung im ambulanten nicht-fachärztlichen Bereich wird ja zumeist in der Kritik der mangelnden Finanzierbarkeit besonders offenbar.

Für diesen wichtigen Baustein gilt es jedoch, geschickt die potentiellen Kostenträger, die heute schon Leistungen erbringen könnten, zusammenzufassen und zu integrieren. Ein mobiles Team würde auch unter den heutigen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen Leistungen erbringen, die z.B. sowohl von den Kommunen nach den landesweise verschiedenen Gesetzen für die Hilfen für psychisch Kranke (Unterbringungsgesetze o.ä.) finanziert werden müßten, als auch durch Sonderverträge mit den Krankenkassen abzurechnen wären (§184,185 RVO), bzw. solche, die vom örtlichen Sozialhilfeträger oder der Pflegeversicherung zu finanzieren wären. Auch eine derartige Integration der verschiedenen Kostenträger sichert jedoch unter den derzeitigen Voraussetzungen noch nicht die vollständige Finanzierung eines funktionsfähigen mobilen Teams und natürlich vor allem nicht die einer ambulanten nicht-ärztlichen Basisversorgung. Es sei jedoch darauf hingewiesen, daß in den PKGs der einzel-

---

<sup>3</sup> Kerbe – Die Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie, Heft 2, 1998, 16. Jg., S. 9 – 11: „Beispiele gesellschaftlicher Einflüsse auf psychiatrische Diagnosen“ von Ulrich Müller

<sup>4</sup> Bundesminister für Jugend, Frauen und Gesundheit (Hrsg. 11.11.1988), Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen und psychosomatischen Bereich, S. 219- 220

<sup>5</sup> siehe im folgenden Buch, Weigand (Hrsg. 1992): Handwerksbuch Psychiatrie, 2. Auflage, Psychiatrie Verlag S.384- 399

nen Bundesländer die Notwendigkeit auch des Vorhaltens ambulanter Hilfsmöglichkeiten festgeschrieben ist, unter der Voraussetzung, daß Leistungsträger öffentliche Aufgaben wahrnehmen. Eigentlich geht es darum, in Zukunft Organisationsmodelle zu finden, die den Sozialpsychiatrischen Dienst, der an vielen Gesundheitsämtern besteht, mit der psychiatrischen Fachambulanz, den Beratungsangeboten von Krisen- und Kontaktstellen sowie der auch jetzt schon finanzierbaren Arbeit von Sozialstationen integrieren, unter Ausnützung der unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen dieser Dienste.

Als größtes Problem jedoch erweist es sich bei der z.Zt. gegebenen Rechtsstruktur, Krisenbetten und Krisenstationen zu finanzieren, die außerhalb von psychiatrischen Krankenhäusern angesiedelt sind. Die gesetzliche Krankenversicherung ist nur verpflichtet, Leistungen stationärer Art zu finanzieren, die in einem anerkannten Krankenhaus erbracht werden, das im Krankenhausbedarfsplan der Bundesländer erfaßt sein muß. Wer den rechtlichen und politischen Hürdenlauf kennt, um ein Krankenhaus derzeit im Krankenhausbedarfsplan aufnehmen zu lassen, kann sich ausrechnen, daß es so gut wie unmöglich ist, kleinere Einheiten, wie Krisenbetten und Krisenstationen, auf diese Art finanziert zu bekommen. Möglich sind allenfalls Kooperationsformen zwischen den Anbietern stationärer und ambulanter Leistungen im Falle einer Krisenintervention oder die Abrechnung von Krisenbetten über ambulante Hilfeleistungen nach § 185 der Reichsversicherungsordnung. Erfolgversprechender ist es jedoch wahrscheinlich, Kriseninterventionsstationen einen halbstationären institutionellen Rahmen, wie z.B. den einer Tagesklinik, zu geben und die Leistungen, die dort erbracht werden, darüber zu finanzieren. Doch auch hier ist die Notwendigkeit der Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan gegeben, um mit den Krankenkassen gültige Leistungsverträge abschließen zu können.<sup>6</sup>

Ein solches Krisenzentrum ist vor allem für Menschen wichtig, die ohne Angehörigen da stehen, chronisch krank sind oder zum ersten Mal in eine Krise geraten und die ambulante Krisenhilfe vor der stationären zum Zuge kommen sollte. So wie es in der gemeindenahen Psychiatrie umgesetzt werden sollte. Nicht jeder muß in einen solchen Zentrum über Nacht bleiben, jedoch sollte diese Möglichkeit bestehen.

Bereits 1963 forderte die Joint Commission of Mental Health in den USA die Bereitstellung solcher Dienste in jedem Versorgungsgebiet (deutscher Bundestag 1975). Auch die WHO betonte die zentrale Bedeutung solcher Dienste u.a. für das Ziel der Suizidprophylaxe (WHO 1985-1991).<sup>6</sup>

Auf Grund der heterogenen Organisations- und Einrichtungsstruktur der psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung ist zunächst von Interesse den Zusammenhang zwischen Angebot und Nachfrage in der Krisen und Notfallversorgung der einzelnen Versorgungsgebiete zu überprüfen!<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> ebenda, S. 110

<sup>7</sup> ebenda, S. 231

Ebenso unerlässlich ist ein Mobiler Dienst. Dieser sollte vor allem die Aufgabe haben, zu den Betroffenen hin zu fahren, d. h. dort wo sie von Nöten sind, vor Ort hilfreich sein! Gerade chronisch psychisch kranke Menschen, aber auch Nachbarn oder Angehörige, die um Hilfe bitten, wenn sie unsicher oder überfordert sind, sollten wissen, an wen sie sich wenden können.

Um es gleich zu sagen: Ich meine nicht das Amt, das wegen der öffentlichen Ordnung in eine Wohnung eindringt, egal aus welchen Gründen und jemanden frei oder unfreiwillig zwangseinweisen. Dieses Vorgehen hat schon mehr er- und verschreckt als es von Nutzen war. Die menschliche Würde bleibt hier außer Acht um der öffentlichen Ordnung Genüge zu tun! Beim Versuch sich länderübergreifend zwischen sechs Ländern zu einigen, wer als gefährlich einzustufen ist, ergaben sich in ¼ der Fälle zwischen den Psychiatern weniger als 50 % Übereinstimmung<sup>8</sup>. Sie zeigen damit untereinander keine größere Übereinstimmung als die Normalbevölkerung!

Ich meine, ein mobiles Team, das vor Ort für Menschen, die es nicht schaffen irgendwo Hilfe zu suchen, Hilfe zu holen bzw. die keine Hilfe zulassen können, da ist. Die Aufgabe eines solchen mobilen Teams wäre auch: Chronisch kranke Menschen auch in guten Phasen zu betreuen, um zu wissen, wann eine schlechte Phase eintrifft. Einen Bezug vorher zu schaffen, persönlich "bekannt" zu sein, eine Vertrautheit, damit akut Situationen, in denen Hilfe schwerer zu ertragen ist, möglich werden kann. Somit entrinnt gerade die Gruppe der chronisch Betroffenen, der "Durchtürpsychiatrie", allgemein bekannt als gerade stationär behandelt, entlassen in die Gemeinde/ Stadt und nach kurzer Zeit wieder in der stationären Psychiatrie.

An dieser Stelle möchte ich einen ehemals Betroffenen zitieren der dazu ironisch beitrug: „Die Entlassungspapiere von diesem Mal, sind die Eintrittskarte für das nächste Mal!“

„Das Weglaufhaus ( ALTERNATIVE ZUM ÜBL(ICH)EN PSYCHIATRIESYSTEM) soll ein Ort sein, für Menschen, die die Behandlungsmethoden der Psychiatrie für sich ablehnen oder Schutz vor psychiatrischer Gewalt suchen. Sie wollen Menschen in psychischen Ausnahmesituationen eine Stütze bieten und ihnen die Möglichkeit geben, ihr Leben (wieder) selbstständig und eigenverantwortlich zu gestalten.“

Trotz der teilweise nicht unerheblichen konzeptionellen Unterschiede der Weglaufhäuser weisen nach Bosdriez alle Weglaufhäuser folgende Kriterien auf<sup>9</sup>:

1. Es handelt sich um ein normales Haus in einer Wohngegend.
2. Sowohl die Größe des Hauses wie auch die Anzahl der Bewohner bleibt in einem überschaubaren Rahmen.
3. Es wird auf jede Medizinalisierung verzichtet, d.h. auch kein Einsatz von Psychopharmaka.

<sup>8</sup> Kerbe – Die Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie, Heft 2, 1998, 16. Jg., S. 9 – 11: „Beispiele gesellschaftlicher Einflüsse auf psychiatrische Diagnosen“ von Ulrich Müller

<sup>9</sup> Frauen & Wahnsinn - Eine Dokumentation der Veranstaltungswoche des Frauenzentrum Mainz e.V. 21.11.97-29.11.97, S.83,84,90



4. Es wird auf jede Form von Zwangsmaßnahmen und unfreiwilliger Behandlung verzichtet.
5. Den Betroffenen wird Raum und Zeit für das verrückte Erleben und für Zukunftspläne angeboten.
6. Verrücktheit und die durch die Psychiatrieerfahrung entstandenen Probleme werden nicht unterdrückt.

Diese Kriterien weisen in einigen Aspekten zwar auf einen wie auch immer gearteten anti-psychiatrischen Hintergrund hin, sagen aber noch nicht viel über die politische Richtung aus und klammern die Macht-Frage aus. Dies weist darauf hin, daß es neben den Gemeinsamkeiten der Weglaufhäuser auch wesentliche und grundsätzliche Unterschiede gibt. So weist Ute Wehde darauf hin, daß manche Weglaufhäuser in Holland sich ganze auf die individuelle Hilfe konzentrieren (z.B. Arnheim), andere wiederum auch politischen Aktionen eine große Bedeutung einräumen (z.B. Amsterdam).

Allerdings werden auch die Grenzen eines solchen Projekts deutlich:

- nicht für alle Psychiatrie-Erfahrenen ist ein solches Angebot passend (nicht alle Psychiatrie-Erfahrenen können/wollen in einer WG leben; nicht alle Psychiatrie-Erfahrenen sind bereit, ein Leben ohne Psychopharmaka zu versuchen)
- ein Weglaufhaus bzw. alternatives Projekt allein kann natürlich nicht festgefahrene psychiatrische Strukturen aufbrechen
- ein so ehrgeiziges Projekt unter schwierigsten finanziellen Bedingungen und ständigen bürokratischen Hindernissen aufrechtzuerhalten, erfordert ein enorm hohes Engagement und Durchhaltevermögen aller Beteiligten

Ein solches Weglaufhaus besteht in Berlin für Obdachlose seit 1996 offiziell. Seit 1986 auf Eigeninitiative.

Ebenso ist die Weglaufhaus Initiative Ruhrgebiet (WIR) bei Bochum in Gründung.

Das Biotop in Moosbach hat das Ziel psychisch kranke ambulant zu betreuen auch in Krisen mit dem Ziel Selbstverantwortung für sich zu übernehmen und dabei Kosten der Behandlung zu sparen. So wurden psychisch Kranke mit ca. 1000 DM in der gesamten Krise betreut oder behandelt.

## **Zum zweiten Baustein: Die Therapie und Versorgung in Krisen**

### **2. Baustein**

- ortsansässige Psychiater
- ortsansässige Therapeuten
- ortsansässige Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen (EFL)
- psychiatrisches Krankenhaus
- Tagesklinik
- Selbsthilfegruppe

Hier gilt wie in den Gesetzen festgeschrieben:

“Ambulant vor stationär”

Dies würde für die Therapie und Versorgung von psychisch Kranken bedeuten, dass:

- Ärzte
- Therapeuten = ohne Wartezeiten zu kontaktieren wären
- EFL

**2. Baustein  
Ärzte, Psych. u.a.**

Da die Umsetzung dessen vermutlich kaum zu organisieren wäre, ist nun wieder eine Anlaufstelle gefragt, die Tag und Nacht bereit wäre in akuten Krisen akute Hilfe zu leisten, die von der stationären Versorgung zum Zuge kommen sollte. Hier ist die Wartezeit bei Psychiatern und Therapeuten sowie Beratungsstellen von min. 4-12 Wochen unzumutbar. Da jeder weiß, dass man sofort handeln muss, um eine Krise auf- bzw. abzufangen, um das Risiko Suizid zu vermindern und einer Chronifizierung entgegen zu wirken. Somit wäre mit einem Kriseninterventionszentrum und dem mobilen Team die Lücke geschlossen. Hier könnte durch die intensivere und individuelle Betreuung durch kürzere bzw. keine stationären Aufenthalte enorme Kosten, für die in der Regel längeren vollstationären Unterbringungen, gespart werden. Desweiteren bleibt der akut Betroffene mit Hilfe und Unterstützung im allgemeinen Leben stehen und wird somit nicht in den “Schutzraum” Psychiatrie, die so oft einem Abstellraum gleicht, geführt.

Oft werden die Betroffenen an die Vollversorgung gewöhnt, die im Anschluß mit dem alltäglichen Leben zurecht zu kommen, nur wieder mühsam erlernt werden müssen.

So gesehen ist Psychiatrie immer der Schritt in die falsche Richtung. Da hilft auch keine Kochgruppe oder Training sozialer Kompetenzen. Wir alle wissen, dass das Leben anders ist als diese Übungen.

Verstehen Sie mich bitte an dieser Stelle nicht falsch! Ich meine nicht, dass die Psychiatrie ganz zu ersetzen ist, aber wesentlich zu verbessern ist und niemand, wenn er nicht gerade sich selbst oder andere bis auf den Tod bedroht mit Gewalt oder per Gericht in die Psychiatrie, einzuweisen ist. Ich selbst war schon in der Situation, in der ich freiwillig diese Räumlichkeit aufgesucht habe.

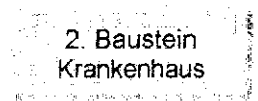
Vieles in der bestehenden Psychiatrie ist noch veränderungsbedürftig und es stehen noch viele Alternativen offen. Eine Psychiatrie heißt für mich: Mit mehr individuelleren Hilfe auf den Betroffenen zuzugehen und ihn nicht kollektiv abzufertigen. Mit einem weichen Zimmer (siehe Sobria) zu arbeiten, statt Türen zu verschließen und Menschen festzubinden, dies wird Fixieren genannt.

Phasenweise einen Menschen einzeln zu betreuen und die Freiheit zu haben, Medikamente zu nehmen oder abzulehnen.

Nicht zuletzt auch noch die verängstigten KrankenpflegerInnen zu überzeugen, dass es noch Alternativen zum bestehenden System gibt! Allzu oft habe ich an dieser Stelle Verbissenheit und Unsicherheit vom Pflegepersonal und manchen Ärzten mitbekommen.

Es gibt aber auch ebenso viele sehr bemühtes und einfühlsames Personal und da schließe ich die guten Worte einer Raumpflegerin, eines Pfarrers oder einer Köchin mit ein. Denen ein Dank mit: Gott sei Dank!

Um zum Ausgangspunkt zurück zu kommen: Bei der Therapie und Versorgung in Krisen würde ein Krisenzentrum und ein Mobiles Team die vollstationäre Psychiatrie entlasten und somit dem Personal mehr Möglichkeiten und Freiräume in einer individuellen Begleitung, mit mehr Zeit für den einzelnen stark Betroffenen, bieten.



Ebenfalls erhalten die gerade in der akuten Krise steckenden Personen Hilfe und Unterstützung in einem frei gewählten Schutz, im Krisenzentrum. Erfahrungsgemäß hilft es hier fachlich kompetentes Personal einzusetzen, die sowohl medizinische als auch therapeutische Kenntnisse besitzt. An dieser Stelle sollte auch entschieden werden, ob der Betroffene ein Krisenbett in Anspruch nehmen möchte oder die Gewißheit und das Vertrauen genügt, jederzeit wiederkommen zu können.

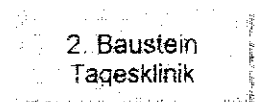
Wichtig wäre mir noch zu erwähnen, dass es absolut notwendig ist, ein solches Kriseninterventionszentrum und das mobil Team unabhängig von der Psychiatrie und deren Räumlichkeiten zu gestalten. Da die Psychiatrie eine Entlastung und nicht eine weitere Belastung zur Institutsambulanz leisten kann und sollte!

Am Günstigsten ist ein Krisenzentrum im Zentrum einer Gemeinde oder Stadt zu legen, es sollte von jedem gut und zentral mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Desweiteren bietet die Psychiatrie leider noch nach außen eine "Abschreckung" für den Otto-Normalverbraucher, hier kann entgegen gewirkt werden durch:

- Eine bessere öffentliche Aufklärung
- Eine offene Psychiatrie mit mehr inneren Möglichkeiten in besseren Personalschlüssel! (Vergleich: Holland und Schweiz!)
- Ein effektiveres Einbeziehen der Betroffenen selbst und den Wille mancher Ärzte es anders zu tun.

Die Tagesklinik bietet eine teilstationäre Behandlung an und ist meist nicht immer (siehe die Neu eröffnete TK in Saarburg) an die Psychiatrie angebunden. Sie ist hervorragend geeignet um Hilfe in Krisen zu bekommen, sowie ein weiteres eigenständiges Leben zu führen.



Vertraute und ortsansässige Ärzte und Therapeuten können selbstverständlich auch in Krisen Therapie und Versorgung übernehmen, wenn Ihre Zeitkapazität ausreicht und eine intensive Betreuung ihnen möglich erscheint.

Manche chronisch kranke Menschen wenden sich ohnehin an den Arzt ihres Vertrauens in einer erneuten Krise.

Selbsthilfegruppe kann keine Therapie (im ärztlichen Sinne) oder manchmal andere Hilfe, die nötig ist ersetzen, aber selbst in Krisensituation ist der Erfahrungsaustausch von Betroffenen untereinander, falls gewollt und möglich, unersetzlich. Oft können Erfahrungswerte, die über Jahre gesammelt wurden, einem Erstbetroffene vielleicht helfen. Oder aber die Gruppe erkennt als erstes einen erneuten Krankheitsausbruch und kann vermittelt bzw. unterstützen so gut dies möglich ist. Mit guter freundschaftlicher Beziehung und Engagement untereinander kann man sich in Krisen gegenseitig unterstützen, das sogar manche erneute Einweisung überflüssig macht. Voraussetzung ist die Hilfe und den Kontakt zu wollen.

### Zum dritten Baustein: Der Nachsorge nach Krisen

- Mobiler Dienst (für chronisch Kranke)
- Intitutsambulanz
- ortsansässige Ärzte und Therapeuten

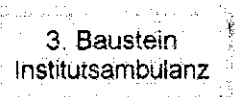


### Prophylaxe

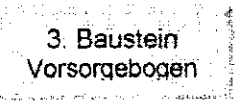
1. Vorsorgebogen
2. Behandlungsvertrag
3. Krisenpaß
4. Selbsthilfegruppen

Die Aufgabe des Mobilien Dienstes sowie der Ärzte und Therapeuten wurde bereits erläutert.

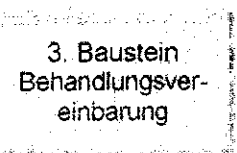
Die Intitutsambulanz bietet einen Teil der chronisch psychisch Kranken eine ambulante Behandlungsmöglichkeit in der Einrichtung an. Die sie auch im Fall stationärer Behandlung betreut bzw. noch betreut. Dies schließt z.Z. eine Versorgungslücke. Diese Einrichtung ist gerade für die chronisch Betroffenen wichtig, die evt. öfter in stationäre Behandlung müssen, zum Teil auch weil es einfach keine andere Alternative gibt. Die Vertrauensbildung spielt bei der Nachsorge und Prophylaxe eine wichtige Rolle.



Der Vorsorgebogen, der von einer Arbeitsgruppe des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen entwickelt und durch Andreas Knuf und Anke Gartelmann in "Bevor die Stimmen wieder kommen" veröffentlicht wurde, beleuchtet das Verhalten vor, während und nach einer Krise. Diese Struktur haben wir Psychiatrie-Erfahrenen in einer Verhaltensanalyse über die Freizeitaktivitäten "früher und heute" erweitert und besprechen diesen zweimal im Monat in der Psychiatrie Trier mit denen vor der Entlassung stehenden Patienten.

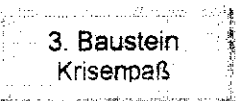


Die Behandlungsvereinbarung ist ein Abkommen zwischen Klinik und Psychiatriepatienten wie am Wirkungsvollsten in kürzester Zeit die therapeutischen und medizinische Behandlung durchgeführt werden kann. Bei weitestgehender Berücksichtigung der individuellen Wünsche, wie Reihenfolge der Behandlungsmaßnahme vor einer Fixierung usw.



Der Krisenpaß vereint die Information von:

- Personalien
- Angehörigen zur Benachrichtigung
- Medikation des behandelnden Arztes
- sowie Allergien



in sich, d.h. er bietet in Notfällen Hilfe und schnelles Handeln.

Die Selbsthilfegruppe hat bei der Vor- bzw. Nachsorge die Bedeutung des Erfahrungsaustauschs sowie der gegenseitigen Selbststärkung und Stützung zum Ziel und den Weg weiter zu gehen, eine bessere Lobby zu bekommen.



Am Ende angelangt möchte ich Ihnen noch einen Text vorlesen, der INNERER MONOLOG heißt.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche mir für die Zukunft, dass Sie allen betroffenen Menschen so aufmerksam und intensiv zuhören wie mir.

Vielen Dank!

## **Innerer Monolog**

**Wieviel innerer Zweifel, Haß und Enttäuschung gehen Selbstmordgedanken voraus?**

**Wieviel vergebliche Versuche sich mitzuteilen, den Wunsch verstanden zu werden?**

**Wieviel glauben an der Menschheit muß schon gebrochen worden sein, bevor man einen Versuch startet?**

**Wieviel Leid und Schmerz muß man schon gesehen und gespürt haben, daß die eigenen Augen nichts mehr Gutes in dieser Welt sehen?**

**Wie wenig an Liebe und Zuwendung muß man bekommen haben, um sich so zu Hassen, daß man nur noch den Weg Selbstzerstörung sieht?**

**Und wie schwer kommt man aus dieser Sackgasse, falls man all die Enttäuschungen überlebt hat, wieder heraus?**

**Man braucht wohl viel Geduld und Ruhe mit sich und anderen, um aus diesem alten Gedankenmuster heraus zu finden.**

**Man braucht wohl viel Mut um anzugehen und Kraft um all diese wieder anzusehen, auszuhalten, und zu verändern.**

**Man braucht wohl ein ganzes Stück-Vorstellungskraft, damit man sieht, daß es doch noch was gibt, wofür es sich zu Leben lohnt.**

**Man braucht wohl viel Ausdauer und Kontinuität, um langsam Schritt für Schritt, ein Vorwärtskommen festzustellen .**

**Man braucht wohl eine liebende Unterstützung von Menschen, die bereit sind ein Stück des Weges mitzugehen.**

**Man braucht wohl den Glauben an sich wieder....  
...um dann wirklich Leben zu können.**

## Überlegungen zu einem psychosozialen Kriseninterventionsdienst (KID) für die Stadt Mainz

Die Expertenkommission zur Reform der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung äußerte sich 1988 in ihrem Bericht zur Frage der Notwendigkeit psychiatrischer Krisen- und Notfalldienste folgendermaßen:

„Psychiatrische Notfälle und Zuspitzungen kritischer Situationen vor Ort können prinzipiell zu allen Tages- und Nachtzeiten auftreten. Die allgemeine Erfahrung lehrt, daß nicht selten gerichtliche Einweisungen nachts, an Wochenenden oder Feiertagen vorgenommen werden. Dies hängt auch damit zusammen, daß der ärztliche Notdienst häufig keine zureichende psychiatrische Kompetenz besitzt, die Fremd- oder Eigengefährdung des Betroffenen fachgerecht abzuschätzen, über nur unzulängliche Kenntnisse alternativer Versorgungsmöglichkeiten verfügt und so aus Vorsicht dazu neigt, den Kranken eher über das jeweilige Unterbringungsgesetz der psychiatrischen Krankenhauseinrichtung zuzuweisen.

Mit Recht fordern die Angehörigenverbände schon seit langem die Einrichtung psychiatrischer Notdienste, die auch außerhalb der Dienststunden erreichbar sind. In der Regel werden Sozialpsychiatrische Dienste personell überfordert sein, derartige Notdienste rund um die Uhr zu betreiben. Sie können nur unter Mitwirkung mehrerer Institutionen auf der Ebene der Versorgungsregion, insbesondere des Gemeindepsychiatrischen Verbundes aufgebaut werden (Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung aus dem Jahr 1988, S. 232 ff).“

Auf diesen grundsätzlichen Aussagen bauen unsere Überlegungen zur Entwicklung eines KID für die Stadt Mainz auf.

### 1. „Psychosozialer Krisendienst“ – „Psychiatrischer Notdienst“

Nicht allen Krisen muß mit einer medizinisch-psychiatrischen Hilfe begegnet werden. Es zeigt sich, daß Eskalationen – ausgelöst durch psychische Krisen - bereits durch das psychosoziale Gespräch vermieden werden können. Gerade die psychosoziale Krisenintervention ist geeignet, über die augenblickliche Unterstützung bspw. in der Nacht eine angemessene Krisenhilfe auch am darauffolgenden Tag sicherzustellen (z.B. durch ein Folgegespräch, Weiterleitung an zuständige Bezugspersonen etc.). Über die psychosoziale Krisenintervention findet also nicht nur eine kurzfristig angelegte, medizinische Verabreichung statt, vielmehr ist sie darauf ausgelegt, der ersten (oder der wiederholte) Schritt zur Einleitung einer kontinuierlichen Hilfe zu sein.

## 2. Organisation eines KID

Die wesentlichen Ziele eines KID sind

- ⇒ Hilfestellung in Krisen durch menschliche Zuwendung, Respekt und Achtung der Individualität
- ⇒ Den Verbleib in der vertrauten Umgebung ermöglichen
- ⇒ Lösungsorientierung und Lebensfeldbezug
- ⇒ Einweisungen in stationäre Einrichtungen verhindern
- ⇒ Entlastung der Angehörigen

## 3. Federführung

Die Federführung eines Mainzer KID (Organisation, Diensterteilung, Dienst- und Fachaufsicht) übernimmt eine Freier Träger mit entsprechender Erfahrung und Fachkompetenz.

## 4. Verwaltung

Zur Erfüllung der Verwaltungsaufgaben des Psychosozialen KID wird dem Freien Träger eine Planstelle mit 0,5 VZK bewilligt. Die Aufgaben des Verwaltungspersonals beinhalten die Bearbeitung und Führung des Dienstplanes, die Erledigung der Schreibarbeiten (Korrespondenz, Berichte, Dokumentation, Vermerke etc.), die Aktenführung, die Erteilung von Auskünften, das Verwalten und Bestellen des üblichen Verwaltungs- und Betreuungsbedarfs, das Führen der Statistik u.ä..



## 5. Mitarbeiter des KID

Der psychosoziale KID setzt aus Mitarbeitern der unterschiedlichen gemeindepsychiatrischen Dienste in der Stadt Mainz sowie aus frei praktizierenden Fachkräften (niedergelassene Psychologen bspw.) zusammen. Es handelt sich um einen kooperativ-additiven Dienst.

Die Rechtsträger der verschiedenen Dienste schließen mit dem Träger des federführenden Dienstes einen Kooperationsvertrag, der die Abstellung interessierter Mitarbeiter für den KID regelt. Vergütungen können zwischen den eigentlichen Anstellungsträgern der Mitarbeiter sowie dem federführenden Träger auf dem Erstattungsweg abgegolten werden.

Mit frei praktizierenden Mitarbeitern muß der federführende Träger Einzelvereinbarungen schließen.

## 6. Sicherung der fachlichen Qualität

Die unmittelbare Fachaufsicht obliegt dem federführenden Träger und den von ihm beauftragten Mitarbeitern. Er hat die Fortbildung und Supervision sicherzustellen. In einer zu gründenden Arbeitsgemeinschaft der Träger, die sich durch ihre Bereitschaft, Mitarbeiter für einen KID abzustellen, an der Durchführung beteiligen, werden die Qualitätskriterien festgelegt und wiederkehrend geprüft und fortgeschrieben, die die fachliche Kontinuität des Dienstes sicherstellen. Der federführende Träger des KID muß gegenüber der Arbeitsgemeinschaft in fachlicher Hinsicht Rechenschaft ablegen.

## 7. Kooperation mit ärztlichen Notdiensten

Grundsätzlich ist die Einrichtung eines nervenärztlichen Hintergrunddienstes zu fordern, mit dem der psychosoziale KID eng zusammenzuarbeiten hat.

Solange ein medizinisch-psychiatrischer Hintergrunddienst nicht eingerichtet ist, bleibt als wesentlicher Kooperationspartner der Allgemeine ärztliche Notdienst bestehen. Die Zusammenarbeit muß vertraglich geregelt werden.

## **8. Kooperation mit anderen Diensten und Behörden**

Der KID muß zusammenarbeiten mit der zuständigen psychiatrischen Versorgungsklinik, dem Sozialpsychiatrischen Dienst beim Gesundheitsamt, der Unterbringungsbehörde sowie der örtlichen Polizei.

## **9. Dienstzeiten**

Der KID arbeitet außerhalb der herkömmlichen Dienstzeiten an Wochenenden, Feiertagen und nachts. Genaue Dienstzeiten sind in Dienstplänen zu regeln.

## **10. Tätigkeitsmerkmale der Mitarbeiter**

Der KID wird als Rufbereitschaftsdienst eingerichtet. Die Mitarbeiter werden zunächst nur für die geleistete Anwesenheitsbereitschaft und dann für die tatsächlich geleistete Einsatzzeit vergütet. Je nach Vertragsregelung zwischen den Trägern und nach Abstimmung mit zuständigen Leistungsträgern können auch Regelungen über die Gewährung von Freizeitausgleich beim eigentlichen Anstellungsträger des Mitarbeiters getroffen werden.

## **11. Besetzung des Dienstes**

Der KID ist mit jeweils zwei Mitarbeitern zu besetzen.

## **12. Abgrenzung zu anderen Diensten**

Der psychosoziale KID soll nur für psychiatrische Patienten in außerordentlichen Krisensituationen eingesetzt werden. Aufgaben der Telefonseelsorge und anderer vergleichbarer Dienste nimmt er nicht wahr.

### 13. Zielsetzung des KID

Vorrangiges Ziel des KID ist es, chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen in der Stadt Mainz außerhalb üblicher Dienst- und Öffnungszeiten ein Höchstmaß an Sicherheit zu bieten, um die Klinikeinweisung als letztes Mittel so weit wie möglich zu vermeiden.

### 14. Arbeitsweise des KID

Der KID wird mit einem Mobiltelefon ausgestattet, über das die Mitarbeiter jederzeit erreichbar sind. Die Nummer des Telefons wird öffentlich bekanntgegeben. Hausbesuche oder andere Außenkontakte werden nur zu zweit durchgeführt. Hierzu muß ein Dienstwagen zur Verfügung gestellt werden.

### 15. Überlegungen zur Finanzierung

Da es keine gesetzliche Grundlage zu einer Regelfinanzierung eines KID gibt, muß mit möglichen Finanzierungspartnern verhandelt werden.

Da der KID als ambulantes, nicht-medizinisches Instrument aufgefaßt werden muß, muß an erster Stelle die Kommune mit der Verpflichtung zur allgemeinen Daseinsfürsorge angesprochen werden.

Krankenkassen und andere Sozialleistungsträger kommen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen nur bedingt in Frage. Möglicherweise eröffnen sich Spielräume dort, wo der KID als präventive Maßnahme angesehen werden kann und den Kassen gewisse Möglichkeiten zur freiwilligen Förderung verbleiben.

Die Träger der Sozialhilfe werden einen KID nur dann unterstützen können, wenn sich durch dessen Arbeit klare Einsparungseffekte nachweisen lassen. Unseres Erachtens müßte der KID dann zwingend nachweisen, daß Klinikeinweisungen durch seine Tätigkeit real innerhalb des Versorgungsgebietes der Stadt Mainz zurückgegangen sind und damit BSHG Leistungen der Kommune im Rahmen der Krankenhilfe in Einzelfällen vermieden werden konnten. Zugegebenermaßen ein sehr holpriger Weg.

Zuletzt bleiben nur die Möglichkeiten, die sich den Träger selbst erschließen, in dem sie aus ihren Budgets den Einsatz ihrer Mitarbeiter mitfinanzieren und den KID als Bestandteil ihrer Arbeit sehen.

Dazu bedarf es eines Zusammenschlusses der Träger in einem gemeindepsychiatrischen Verbund und der Unterstützung der jeweils zuständigen Leistungsträger.

Im Rahmen der Verhandlungen zur Umsetzung des § 93ff BHSg in Rheinland-Pfalz wurden in dieser Richtung einige Entscheidungen getroffen, die hoffen lassen.

**- Kreisgruppe St. Wendel -**  
des Landesverbandes

Psychiatrie-Erfahrener SAAR e.V.

**LVPE-WND**

z. Zt. Mommstr. 31 (Gesundheitsamt)

66606 St. WENDEL/SAAR

Tel. 0681/801-(0)-493; donnerstags: 17 - 19 Uhr

**"STRUKTURMODELL DER  
KRISENINTERVENTION  
UND LÖSUNGSANSATZ  
IM LANDKREIS ST. WENDEL"  
["DAS ST. WENDELER KRISENTELEFON"]**

Referat für die Fachtagung

**"KRISENINTERVENTION IM LÄNDLICHEN RAUM  
des LVPE Rheinland-Pfalz e.V.**

am Samstag, den 24. Oktober 1998 in TRIER,  
vorgelegt von Gernot Reppmann, (GRKRITR1.WPS)  
St. Wendel-Niederlinxweiler, am 19. Oktober 1998

**basierend auf dem  
LVPE-"Krisen- und Notfallkonzept"**

*am Beispiel des Landkreises St. Wendel (vom April 1997)*

**Der Autor bedankt sich beim Sozialamt und Seniorenbüro des Landkreises St. Wendel für die  
technische Unterstützung bei der Erstellung dieser Ausarbeitung!**

Inhaltsverzeichnis

**1. Einleitung**

**1.1 "Ecktermine" von 1994 bis 1998 (Übersicht)**

**1.2 Meine derzeitigen Auffassungen zum Thema "Krisendienste"**

**2. "Strukturmodell der Krisenintervention"**

**2.1 Vorbemerkungen**

**2.2 "Leitlinien" als Grundlage des Strukturmodells**

**2.3 Ein mehrstufiges Strukturmodell zur Krisen- und Notfallversorgung**

**a) Stufe 1: "SELBSTHILFE"**

**b) Stufe 2: "PROFIS"**

**c) Stufe 3: "ÄRZTE"**

**d) Stufe 4: "KRISE"**

**e) Stufe 5: "KLINIK"**

**3. Das "St. Wendeler Modell"**

**3.1 St. Wendeler Spezifika/"Rahmenbedingungen"**

**3.2 Fallbeispiele für "Systemschwächen" (\*DEFIZITANALYSE\*)**

**3.3 Das Krisentelefon beim Landratsamt**

**3.4 Der St. Wendeler Krisenpaß der Kreisgruppe**

**3.5 Öffentlichkeitsarbeit/Aktuelle Situation (erste Ergebnisse)**

## **1. Einleitung**

Seit 1994, also seit über 4 Jahren, beschäftigt das Thema "Krisendienste" bei uns im Saarland sowohl Politik und Fachwelt (Psychiater, Sozialträger, ...) als auch Vertrauenspersonen/Angehörige und uns Psychiatri-Erfahrene in hohem Maße.

Nicht zuletzt ist es mit auf die Initiative der saarländischen Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung zurückzuführen, daß in diesem Jahr zwei unterschiedliche Modellprojekte im ländlichen Raum (**Landkreise St. Wendel und Saarlouis**) begonnen wurden; im Landkreis Merzig-Wadern ist nach mehrmonatigen Verhandlungen mit über 10 Trägern "unterschiedlichster Couleur, Ausrichtung und Konfession" [kid] am 13. Juli dieses Jahres der "**kid**" (= "**Kriseninterventionsdienst im Kreis Merzig-Wadern**") unter Vorsitz von Prof. Dr. med. W. Werner gegründet worden.

Lassen Sie mich bitte einleitend einige aus meiner Sicht wichtige "**Ecktermine**" von 1994 bis 1998 zur saarländischen Entwicklung nennen [Apfel 14].

- **Frühsommer 94:** **DPWV-Geschäftsstelle Saarbrücken: erstes Kontaktgespräch**  
**Beteiligte:** KV (Dr. Jörg); ndg. Nervenärzte (Dr. Hutschenreuter, Dr. Bellaire); DPWV (Frau Benesch); Träger (Frau Hempel, Frau Krisam); LVPE SAAR (Herr Reppmann)  
**Ergebnis:** Einladung zum "Stammtisch der niedergelassenen Nervenärzte" in Saarbrücken
- **7. Dezember 94:** Einladung in Tagesstätte des Arbeitskreises "Betreutes Wohnen e.V.", Sbr.; neben ca. 12 Nervenärzten sind DPWV, AK Betr. Wohnen, und LVPE (Dehimi, Reppmann) vertreten  
**Ergebnisse:** äußerst kontroverser Diskussionsverlauf mit klarer Ablehnung von Krisendiensten seitens der Ärzteschaft; Antwort des LVPE-Vorsitzenden auf die Ablehnung mit "einem mehrstufigen LVPE-Grobmodell"; gemeinsame Interessenlage von psychosozialen Trägern und Psychiatrie-Erfahrenen [APFEL 10]
- **14. September 95:** Einladung Gesundheitsausschuß Stadt Saarbrücken:  
u. a. : TOP "Notdienst für seelisch Kranke"  
Seitens des LVPE SAAR Frau Wilden und Herr Reppman  
**Ergebnisse [SZ; APFEL 12/13]:** "*Hier muß noch einiges getan werden!*"
- **12. Dezember 95:** Sitzung des LandesPsychiatrieBeirats (LPB) im Haus der Parität  
**Vorbemerk.:** Erstmals sind insgesamt 7 Psychiatrie-Erfahrene zu Gast  
**Präsentation einer "Schwachstellenanalyse" der Krisen- und Notfallversorgung verbunden mit "dem mehrstufigen LVPE-Grobkonzept" als Lösungsmodell [APFEL 16].**  
**Dieses Modell ist Grundlage für das heutige Referat.**  
**Ergebnisse:** u. a. bietet Herr Dr. Hutschenreuter, der 1. Vors. der saarländischen Nervenärzte, dem LVPE ein Gespräch an
- **31. Januar 96:** Einladung Vorstand des LVPE zum Vorstand der ndg. Nervenärzte: Praxis Dr. Jungmann (6 Nervenärzte, 5 Psychiatrie-Erfahrene):  
**Ergebnisse:** erste Zusage über eine "Handy-Liste" für Krisenfälle  
**Beginn einer Kooperationsbereitschaft seitens der Nervenärzte**

- 24. Februar 96: **Jahrestagung der Aktion Psychiatrie Saar, Sbr.:**  
**"Welche Hilfen brauchen Helfer?" - Ausführungen von**  
**Dr. Hutschenreuter aus Sicht der niedergelassenen Nervenärzte**
  
- 15. April 96: **gemeinsame Resolution** von Trägern, Psychiatrie-Erfahrenen und neuerdings auch Angehörigen zur Notwendigkeit von Krisendiensten [APFEL 17]
  
- 24. April 96: **Zweites Mal "KRISE/NOTFALL" im LPB:**  
**"Formen des psychiatrischen Notfalldienstes", u. a. mit "Thesenpapier**  
**der niedergelassenen Nervenärzte"**  
**Ergebnisse:** - "am Ball bleiben";
  - nur 2 der ndg. Nervenärzte halten einen "Krisen-/
  - Notfalldienst" für notwendig; (Erg. einer internen Umfrage)
  - alle Kreispsychiatriebeiräte nehmen sich der Thematik
  - an, zum Teil in Sonderarbeitskreisen "Krisendienste"
  
- 29. April 96 **Der LIGA-Ausschuß Psychiatrie verabschiedet den Entwurf eines**  
**Positionspapiers zum Thema: "SOZIALPSYCHIATRISCHER UND**  
**PSYCHOSOZIALER KRISENINTERVENTIONSDIENST**
  
- 5. Oktober 96: **LVPE-Kreisgruppe St. Wendel veranstaltet im Rahmen der**  
**WND: "Psychiatrie-Festwoche (10 Jahre PHÖNIX)" eine**  
**Podiumsveranstaltung: "Damit die Krise nicht zum Notfall wird"**  
**u. a. "Bremer Modell", "ATRIUM-HAUS München"**  
**Zitat eines Psychiaters: "Tatsache ist, daß viele Einweisungen**  
**überflüssig wären, wenn sonst was da wäre". [APFEL 14 und 17]**
  
- 11. Dezember 96: **Sitzung des KreisPsychiatrieBeirats (KPB) St. Wendel:**  
**WND:**
  1. Herr Holzer stellt das "*Bonner Krisentelefon*" vor;
  2. Herr Reppmann stellt den *Kriseninterventionsdienst Ffm/Süd vor***("Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Ffm. e.V.")**  
**Ergebnis: Der KPB verstärkt seine Aktivitäten zum Thema "KID"**
  
- 12. Dezember 96: **drittes Mal: Thematik im LPB:**  
**Ergebnis: Überreichen der angekündigten "Handy-Liste" an die**  
**Öffentlichkeit durch den 1. Vors. der Nervenärzte,**  
**Herrn Dr. Hutschenreuter**
  
- 1. Januar 1997: **Kommunalisierung der saarländischen Gesundheitsämter]**
  
- 29. Januar 1997: **LIGA-Fachtagung im Haus der Parität in Saarbrücken**  
**3 bundesweite Modellprojekte werden präsentiert und diskutiert:**  
**(Atrium-Haus München, Rendburg, Gütersloh)**
  
- 15. Februar 1997: **12. Jahrestagung der Aktion Psychiatrie Saar zum Thema**  
**"Notfall-/Kriseninterventionsdienste"**  
**in Saarlouis; u. a. "Bremer und Gütersloher Modelle"**  
**Ergebnisse: Vielen wird klar, daß Krisendienste notwendig sind;**  
**U. a. entwirft Reppmann einen Lageplan zur Situation im Landkreis**  
**St. Wendel**  
**"Beginn der Intensivierung der Saarlouiser Aktivitäten"**  
**(s. "Materialien zur Sozial- und Entwicklungsplanung" 7/1998-SLS)**



- 10. April 1997: Konzeptentwurf für "St. Wendeler Krisentelefon":  
WND *"Konzeption eines Krisenmanagements für Menschen mit psychischen Problemen im Landkreis St. Wendel"*, seitens des Landratsamtes, abgezeichnet von Landrat Franz Josef Schumann

Einschub zum Landkreis Saarlouis (SLS):

- [SLS Einrichtung einer Arbeitsgruppe:  
- 10. September: Empfehlung des KPB SLS für Modellprojekt  
- 23. September: Empfehlung des Sozialausschusses SLS  
- 07. Oktober: Kreisausschuß - einstimmig 90.000 DM für Modellprojekt 1998  
- 18. Dezember: Kreistagsbeschluß für Modellprojekt 1998]

- 26. November 1997: Sitzung des KPB St. Wendel:  
WND u. a. Verabschiedung des Konzepts "St. Wendeler Krisentelefon"

- 7./8. Februar 1998: *Veröffentlichung des Projektstarts des "St. Wendeler Krisentelefon (0 1 7 2 / 68 39 078)"*  
WND *in der Saarbrücker Zeitung, Lokalteil St. Wendel*

- Frühjahr 1998: Entscheidung über den Dienort des Modellprojekts SLS  
SLS zugunsten des SKM e.V. (Dillingen)

- 1. Mai 1998: *Start des Saarlouiser Modellprojekts ("Kleine Tandemlösung")*  
SLS *KID-Nummer: 06831/70 61 70*

- 17. Juli 1998: *Eröffnung unseres St. Wendeler LVPE-Kreisbüros:*  
WND *Ziele: u. a. "Qualitätskontrolle" des/Öffentlichkeitsarbeit für Krisentelefon/s*

- 03. September 1998: Einführung des St. Wendeler Krisenpasses und Interview mit  
WND Radio Salü zum Krisentelefon

- **ganzjährig:** Kontakte seitens der St. Wendeler Psychiatrie-Erfahrenen zu den Beteiligten (Sozialamt, Gesundheitsamt, Trägern, Polizei, Betreuungsbehörde, Amtsgericht, Vertrauenspersonen und Psychiatrie-Erfahrenen) zur Verbesserung der Istsituation ("Lob und Tadel"); weiterhin Austausch mit und Beobachtung von andern Krisendiensten in und außerhalb des Saarlandes (Saarlouis, Merzig, Berlin, Kaufbeuren, Bremen, Bonn)!

**1996-1998, z. Zt.:** Alle Kreise und der Stadtverband Saarbrücken diskutieren die Thematik "heiß", zum Teil äußerst kontrovers; die Landkreise St. Wendel und Saarlouis legen ihre Konzeptionen vor, die mittlerweile in Erprobung gegangen sind,  
- der Saarpfalzkreis hat die Thematik sozusagen "auf Eis gelegt",  
- der Stadtverband und der Landkreis Neunkirchen sind immer noch am diskutieren über Not-/ oder Nicht=Not=Wendigkeit, und der Landkreis Merzig-Wadern hat den KID gegründet.

## 1.2 Meine derzeitigen Auffassungen zum Thema "Krisendienste"

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich hoffe, Sie mit diesem Terminkalender nicht zu sehr gelangweilt zu haben - ich habe nicht darauf verzichten wollen, damit Ihnen allen ganz klar bewußt wird:

1. Krisenkonzepte und -dienste gibt es nicht von heute auf morgen;
2. Krisendienste sind meines Erachtens zwar absolut notwendig, aber die "CONTRA-LOBBYISTEN" - erlauben Sie mir bitte, daß ich die "NEIN-Sager" so bezeichne - haben eine so große Macht, daß auch die Politiker davor mitunter zurückschrecken. Ich bin sicher, dies in den vergangenen 4 Jahren beobachtet zu haben;
3. Daß mich persönlich die gesamte Diskussion über Krisendienste nicht in eine psychische Krise geschmissen hat, werte ich für mich als einen kleinen Erfolg und als Möglichkeit eines neuen Ansatzes zur "Belastbarkeitserprobung" in der psychiatrischen Forschung, die auf andern - nämlich lukrativen - Feldern lieber forscht!
4. Wenn ich wider Erwarten - man kann nie wissen - nochmal eine psychische Krise bekommen sollte, hoffe ich, daß durch erprobte saarländische Krisendienste ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik vermieden werden kann!

Machen wir uns nichts vor: auch im jetzigen "PSYCHIATRIE-MODELL SAARLAND" bleibt Psychiatrie irgendwie noch Psychiatrie, womit ich sagen möchte, daß auch im Saarland weiterhin hart an einer menschenwürdigen Psychiatrie weiter gearbeitet werden muß. Ich wünsche niemandem, daß er jemals stationär behandelt werden muß, auch wenn in den letzten 10 Jahren erhebliche Verbesserungen zu beobachten sind.

5. Stationäre psychiatrische Versorgung wird durch Krisendienste nicht überflüssig; aber ein Aneinanderrücken aller klinischen und komplementären Träger zum Wohle der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Vertrauenspersonen/Angehörigen (was natürlich einen Abbau des Konkurrenzverhaltens der Träger erforderlich macht), innovatives Verhalten auf Seiten der Kostenträger (vorneweg die Krankenkassen) sowie mehr Selbstverantwortung auch von uns Psychiatrie-Erfahrenen und unsern Vertrauenspersonen führt mit Unterstützung funktionierender Krisendienste sicherlich
  - auf der einen Seite zu humanerem Umgang mit Psychiatrie-Erfahrenen und
  - auf der anderen Seite zu gesundheitspolitischen Kosteneinsparungen, die anscheinend niemand so richtig hochrechnen will - wäre das nicht eine sinnvolle Aufgabe für Wirtschaftswissenschaftler? Natürlich ist da auch die Politik in hohem Maße gefordert!

**2. "Strukturmodell der Krisenintervention und Lösungsansatz im Landkreis St. Wendel"  
("Das St. Wendeler Krisentelefon")**

**2.1 Vorbemerkungen:**

Am Dienstag, dem 12. Dezember 1995, hatte der LVPE SAAR e. V. die Gelegenheit, seine Vorstellungen zum Thema "Krisenintervention" im Landespsychiatriebeirat vorzutragen. An dieser Stelle wird auf eine ausführliche Darstellung des "LVPE - Krisen- und Notfallkonzepts" verzichtet; daraus wird lediglich ein gering modifiziertes Sollkonzept als "**Strukturmodell der Krisenintervention**" vorgestellt.

Das mit Beginn des Jahres seitens des Landratsamtes meines Heimatkreises St. Wendel bereitgestellte Krisentelefon präsentiere ich Ihnen im Anschluß als einen möglichen Lösungsansatz für den ländlichen Raum. Es bleibt meinerseits unbestritten, daß es andere und bessere Lösungen gibt, die allerdings teurer sind. Insofern muß ich mich zunächst einmal realistisch mit dem Krisentelefon auseinandersetzen.

Grundsätzlich bekenne ich mich aufgrund meiner fast fünfjährigen Beobachtungen und Recherchen zur folgenden Aussage:

**Die Lücke im saarländischen psychiatrischen Versorgungssystem  
muß durch einen KRISENINTERVENTIONS- und  
NOTFALLDIENST im Interesse aller geschlossen werden!**

**2.2 "Leitlinien" als Grundlage des Strukturmodells**

**L1: Ein Kriseninterventionsdienst für Psychiatrie-Erfahrene ist notwendig**

**L2: Reduktion der "Krisen-Einweisungen"** -----> weniger Suicide, z. B. in der Weihnachtszeit

**L3: positive Kosten-Nutzen-Aspekte:**

**L3.1: Reduktion der Gesamtkosten im Gesundheitswesen durch weniger Einweisungen**

**L3.2: Sekundär-Nutzen:**

**Möglichkeit des Bettenabbaus in psychiatrischen Kliniken**

(, wenn die Anzahl psychisch kranker Menschen in der Gesellschaft konstant bleibt!)

**L4: höhere LEBENSQUALITÄT für Psychiatrie-Erfahrene und** ----> weniger Angst,  
**ihre Vertrauenspersonen/Angehörigen** mehr Selbstbewußtsein  
der betroffenen Menschen

### 2.3 Ein mehrstufiges Strukturmodell zur Krisen- und Notfallversorgung

Die folgende Abbildung "Grobkonzept" umfaßt fünf Hauptstufen, die in sich nochmals entsprechend einer gewünschten Tiefe detailliert werden können. An dieser Stelle ist das nur für die Basisstufen "SELBSTHILFE" und "ÄRZTE" geschehen.

<b>Der LVPE SAAR definiert fünf Hauptstufen:</b>		
<b>STUFE</b>	<b>BEZEICHNUNG</b>	<b>ABKÜRZUNG</b>
Stufe 1:	Die Selbsthilfe -----	"SELBSTHILFE"
Stufe 2:	Die nicht-medizinischen professionellen Mitarbeiter/-innen -----	"PROFIs"
Stufe 3:	Die niedergelassenen Ärzte -----	"ÄRZTE"
Stufe 4:	Der Krisen- und Notfalldienst -----	"KRISE"
Stufe 5:	Die stationäre Einweisung -----	"KLINIK"

Zwar legt die (zweidimensionale) Abbildung einen sukzessiv ablaufenden linearen Prozeß nahe, wir alle und die Leser/-innen wissen aber, daß es zwischen allen fünf Hauptstufen direkte Interaktionen gibt bzw. geben kann - aus Gründen der Übersichtlichkeit wird an dieser Stelle darauf verzichtet, diese Interaktionen graphisch darzustellen, was mit Folien, die man systematisch bei einer Präsentation übereinanderlegen kann, leicht möglich ist.

Jede der fünf Hauptstufen wird im folgenden einzeln beschrieben.

#### **a) STUFE 1: "SELBSTHILFE"**

**a1) STUFE 1.1: "SELBSTHILFE"** im wörtlichen Sinne heißt, daß eine Person "sich selbst hilft". Hat jemand schon "Psychiatrie-Erfahrung", sind die psychiatrischen Systemprozesse schon bekannter/vertrauter, und eine Person kann sich unter Umständen recht gut "selbst" helfen, oder weiß zumindest, wann es Zeit ist, fremde Hilfe anzufordern.

Es gibt auch Menschen, die zwar öfters im Leben psychische Krisen erlebt haben oder erleben, aber nie in Kontakt mit dem psychiatrischen Versorgungssystem kamen/kommen. Sie sind - wie auch immer, womit auch immer - in der Lage, durch das "Sich-Selbst-Helfen" genügend für sich zu sorgen.

**a2) STUFE 1.2: "SELBSTHILFE"** im weiteren Sinne kann wiederum zwei Komponenten haben:

**einerseits**

sich selbst mit Hilfe von Vertrauenspersonen

- Angehörigen
- Bekannten
- Nachbarn
- aktivem Vereinsleben, usw.

irgendwie so zu helfen, daß man relativ stabil leben kann

**oder andererseits**

kann "Selbsthilfe" in mehr oder weniger organisierter Art greifen:

- \* in lockeren Zusammentreffen wie wir es bei nicht verpflichtenden Selbsthilfegruppen beobachten (z. B. psychosomatische- oder Angstgruppen; EA's, Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Problemen, etc.)
- \* oder fest organisiert, wie wir es z. B. im LVPE oder im LVApK sind.

**b) STUFE 2: "PROFIs"**

Im Gegensatz zu den Stufen 3 bis 5 sind hier unter dem Stichwort "PROFIs" die nicht-medizinischen Mitarbeiter/-innen im außerklinischen Bereich gemeint,

z. B.: Sozialarbeiter/-innen/Erzieherinnen in

Tagesstätten, im Betreuten Wohnen, im Bereich "Arbeit", ...

z. B. Betreuer/-innen laut BtG oder "Sozialbeistände, aber auch Amtsmitarbeiter/-innen.

Sie alle haben mit uns Psychiatrie-Erfahrenen eng zu tun, soweit die angebotenen Dienste genutzt werden oder die Psychiatrie-Erfahrenen im Zuge einer Stabilisierungsphase auf sie angewiesen sind. Jene Profis kennen die Psychiatrie-Erfahrenen aus dem Alltag heraus - insbesondere unter psychosozialen Aspekten - in der Regel wesentlich besser als andere. **Sie tragen schon jetzt, wenn auch noch nicht systematisch im Sinne eines organisierten Krisendienstes, viel zur Entspannung von Krisensituationen bei.**

**Bei dem neu aufzubauenden Kriseninterventionsdienst kommt dieser Stufe eine wichtige Bedeutung zu.**

Noch sehr problematisch ist z. Zt. der Kontakt der/zu Menschen, die erstmalig psychisch erkranken. Oft sind sie der Stufe 2 nicht bekannt, was zur Folge hat, daß sie schneller in einer höheren Stufe landen, als es unbedingt erforderlich wäre. Für sie muß es in erster Linie darum gehen, daß sie gar nicht erst in stationäre psychiatrische Behandlung kommen, wieviel Mühe das Klinikpersonal sich auch immer geben möge.

### c) STUFE 3: "ÄRZTE"

In dieser Stufe erfolgt der Kontakt mit der ärztlichen Seite. Dabei sind grob zwei medizinische Hauptgruppen zu unterscheiden, **Hausärzte und niedergelassene Nervenärzte**. Jeder Mensch hat in der Regel einen Hausarzt, dem er sein Vertrauen schenkt. Zum niedergelassenen Nervenarzt wird ein guter Hausarzt erst dann seinen Patienten überweisen, wenn er keine andere Lösung mehr sieht.

Beide Arztgruppen sollten im Eigeninteresse, aber auch im Interesse der Nutzer, im kontinuierlichen Austausch (auch Weiterbildung!) stehen, was aber leider nicht immer gegeben ist. Dies hat der LVPE SAAR bei einem ersten öffentlichen Auftritt bei einer Fachtagung der Aktion Psychiatrie Saar in der Europäischen Akademie Otzenhausen im November 1993 zu verdeutlichen versucht. Daraus ist eine unerfreuliche Kontroverse mit Standesvertretern geworden, die in der Zwischenzeit hoffentlich dazugelernt haben. Bekannt ist z. B. aus Erhebungen, daß ca. 85 % aller Menschen mit psychischen/psychosomatischen Störungen lediglich den Hausarzt in Anspruch nehmen bzw. benötigen.

#### c1) STUFE 3.1: HAUSÄRZTE

**Auch die Hausärzte müssen verstärkt in die Bewältigung von Krisen und Notfällen von Menschen einbezogen werden, wobei selbstverständlich das psychiatrische Fachwissen durch Weiterbildung verbessert werden soll. Hausärzte haben den großen Vorteil, "ihre Kundschaft samt familiärem Umfeld" am besten zu kennen.**

Hausärzte sollten mit der Verschreibung von "rosa Pillen", die angeblich Depressionen vertreiben, insgesamt vorsichtiger umgehen und bei dem Verdacht auf ernsthaftere psychische Problemlagen oder der Verabreichung von mittel- oder höherpotenten Psychopharmaka **freiwillig** in Kontakt mit einem nervenärztlichen Kollegen treten, bzw. den Nutzer dorthin überwiesen, auch auf die Gefahr hin, daß mal einer als Kunde mit Krankenschein verloren geht.

#### c2) STUFE 3.2: Niedergelassene Nervenärzte

Entsprechend den Forderungen an die Hausärzte gilt auch für diese Berufsgruppe:

**Forderung 1:** Die Nervenärzte müssen stärker als bisher für Psychiatrie-Erfahrene in Krisen- und Notfallsituationen "Rund um die Uhr" erreichbar sein. Wie das organisatorisch gelöst werden kann, bleibt an dieser Stelle offen.

**Forderung 2:** Ein vorsichtigerer Umgang mit Psychopharmaka und mehr Aufklärung sowie Zeit pro Behandlungsfall ist erforderlich. Ähnliche Klagen sind hierzu dem LVPE SAAR vom kooperierenden LVPE Schleswig-Holstein bekannt. Ebenso sollten auch die Nervenärzte ihrerseits mehr als bisher Hausärzte informieren bzw. im Austausch mit ihnen stehen.

#### Gesamt-Forderungen an die niedergelassene Ärzteschaft:

Die niedergelassene Ärzteschaft

**Forderung 1:** muß verstärkt aufeinanderzuzugehen, wenn es um die Behandlung von Psychiatrie-Erfahrenen geht.

**Forderung 2:** muß mehr als bisher außerhalb der üblichen Öffnungszeiten bereit sein, für Menschen in psychischen **Krisen/Notlagen Hausbesuche** durchzuführen, damit klinische Aufenthalte

- a) vermieden oder aber
- b) zumindest verkürzt werden und
- c) Krisen nicht zu den für alle Beteiligten unangenehmen, ja zum Teil tödlich verlaufenden Notfällen eskalieren.

**Forderung 3:** muß im Sinne der Umsetzung eines "gemeindepsychiatrischen Verbundes" stärker auf die modernen Möglichkeiten rehabilitativer/komplementärer Träger zugehen, sich darüber informieren und an die potentiellen Nutzer weitergeben. Auch dies sind Bausteine im Sinne der Sekundärprävention.

#### **d) STUFE 4: "KRISE"**

Den Kurzbegriff "Krise" in Stufe 4 verwendet der LVPE in den Fällen, wo im Sinne einer **Krisenunterstützung oder gar eines Notfalls sofortige Hilfe für einen Menschen angesagt ist, vergleichbar zu einem Verkehrsunfall, wo ja die Polizei sofort ausrückt**, ohne daß es gleich einen Schwerverletzten oder gar Toten geben muß! Wir konnten 1995 und auch zum jetzigen Zeitpunkt nicht exakt definieren, wie diese Stufe 4 in der Praxis auszusehen hat, wie sie von wem zu organisieren und umzusetzen ist. *Wir können nur versuchen, zu verdeutlichen, daß es hier aus unserer Sicht einen gravierenden Handlungsbedarf gibt.* Immerhin können wir aber heute - 1998- zwei Modellprojekte im ländlichen Raum im Saarland beobachten und Erfahrungen vor Ort machen

**Auf jeden Fall müssen bessere Konzepte her, was die Zusammenarbeit von**

- Notärzten
- Polizei, ggf. Feuerwehr
- Amtsrichtern
- niedergelassenen Haus- und Nervenärzten
- den zuständigen Behörden
- Institutsambulanzen, soweit es sie bereits gibt,
- den freien komplementären Trägern
- der Telefonseelsorge
- etc.

**betrifft!!!**

**Für die Psychiatrie-Erfahrenen ist von Bedeutung, daß:**

1. der Schritt zur klinischen (Zwangs-)Einweisung nochmals in jedem Falle hinterfragt wird! Es ist wünschenswert bzw. anzustreben, daß jeder Psychiatrie-Erfahrene von sich aus aufgrund seiner Erfahrung den Zeitpunkt für einen "freiwilligen" Klinikaufenthalt erkennt.
2. alle Beteiligten sich ihrer Rolle im Zusammenspiel mit den andern im Interesse aller, insbesondere der Menschen in psychischen Grenzsituationen, bewußt werden und besser miteinander kooperieren werden, d. h. , daß "abgestimmte" Verhaltensregeln "für den Fall, daß...." allgemein bekannt sind und auch befolgt werden.
3. vor dem für viele Angehörige und Psychiatrie-Erfahrenen traumatischen Erlebnis: " Sie werden in die Psychiatrie eingewiesen" [was ja gleichbedeutend mit dem lebenslangen Stempel "Der/Die ist ja verrückt" oder "Du weißt doch, der/die war doch in Merzig"] nochmal in allen Stufen unterhalb der "END-Stufe" (= "stationäre Aufnahme") geprüft wird, ob es tatsächlich zu einem stationären Aufenthalt kommen muß!

**e) STUFE 5: "KLINIK"**

Die Stufe 5, kurz "KLINIK" genannt, ist die "Endstufe", was die Kriseninterventionskette betrifft. Der LVPE SAAR will im Gegensatz zu andern Interessenvertretern die Kliniken nicht abschaffen,

wir wissen, daß es Momente gibt, wo nicht mehr gezögert werden darf, einen betroffenen Menschen in einer psychischen Krise oder Notsituation in stationäre Behandlung zu bringen,

wir wissen auch, daß es Psychiatrie-Erfahrene gibt, die freiwillig eine Klinik aufsuchen, wenn ihnen danach ist (auch LVPE-Mitglieder/-innen!),

**WIR WOLLEN ABER EINE INSGESAMT HUMANE PSYCHIATRISCHE  
VERSORGUNG; ERST RECHT IN SAARLÄNDISCHEN KLINIKEN !!**

**Ein ganz wichtiger Schritt ist unserer Ansicht nach, sich unseres Grobmodells anzunehmen und es in allen saarländischen Regionen umzusetzen! Wir werden uns aktiv beteiligen, soweit es unsere Selbsthilfekräfte ohne Forcierung einer eigenen Krise zulassen!**



### 3. Das St. Wendeler Modell

#### 3.1 St. Wendeler Spezifika/"Rahmenbedingungen"

- ländlicher Raum: fast 100.000 Einwohner;  
476,12 qkm; flächenmäßig 2.-größter Kreis; "weite Wege"  
Kreistag: 27 Mitglieder (15 CDU, 12 SPD)

#### Nachteile:

- **nervenärztliche Unterversorgung:**  
Schlüssel- 1:49.000; Vgl.: Stadt Homburg- 1:7.500;  
Anmerkung: Versorgung mit Allgemein-/Praktischen Ärzten: 1:2.460  
am schlechtesten im Saarland; weit über dem Bundesdurchschnitt;  
noch Schlußlicht der saarländischen Dezentralisierungspolitik;  
noch fehlende psychiatrische Fachabteilung; (ab 1.4.1999)  
Stempel: "Der/die war in Merzig"  
*Anmerkung hierzu:* Die vom Landesverband der niedergelassenen Nervenärzte im Februar der Öffentlichkeit vorgelegte Liste, die nach Regionen aufgesplittet ist, ergibt für den Kreis St. Wendel eine um 100% falsche Aussage:  
im Kreis St. Wendel gibt es nur 2 praktizierende Psychiater und nicht 4! Damit ist St. Wendel mit einem Schlüssel von 1 Nervenarzt auf ca. 49.000 Einwohner im Kreis bundesweit mit an letzter Stelle! Was die Zwangseinweisungsrate aber betrifft, liegt der Kreis St. Wendel im bundesweiten Vergleich äußerst günstig!
- Überlastung der Fachärzte/keine freien Kapazitäten für "Sondereinsätze"
- keine Verfügbarkeit in Krisen-/Notfällen für Betroffene oder z. B. Polizei
- es gab wiederholt "Umwertalarm" in Krisensituationen
- Übermäßiger Einsatz von nichtmedizinischen Mitarbeitern/-innen
- unzureichende Versorgung im Krisen-/Notfall; weite Wege: z. Zt. noch Zuordnung zu Merzig ==> daraus folgt eine Fahrzeit mit dem Auto von 2 Stunden (Hin/Rück)
- Übermäßige fachfremde Belastungen für Polizei
- Telefonseelsorge nur in Saarbrücken
- Angehörige auf Kreisebene noch unzureichend organisiert/Unterstützung vom Landesvorstand/kreisspezifische Interessenvertretung im Aufbau

#### - Vorteile:

- "Man kennt sich"
- einmalige Chance: Krisenkonzept vor einer Fertigstellung einer psychiatrischen Klinik möglich
- Trägerinteressen noch nicht so verhärtet, da noch relativ neu in der psychiatrischen Landschaft
- bessere Entfaltungsmöglichkeiten für die Selbsthilfe, da es noch Felder gibt, die nicht von Profis besetzt sind!

### 3.2 Fallbeispiele für "Systemschwächen"

- a) 5.10.96: männlich, 36 Jahre; 20.08 Uhr Anforderung Einlieferung nach Merzig behandelnder Nervenarzt nicht erreichbar (ca. 20.20 Uhr)  
Einbeziehung der Polizei:: Anruf in Merziger KLinik  
"Zwangseinweisung" mit Zustimmung der Ehefrau  
erst gegen 23 Uhr Einlieferung in Merzig
- b) 2.10.96: eine Mitarbeiterin benötigt 4 Stunden Aufwand, um eine Patientin, die freiwillig in eine Klinik möchte, irgendwo unterzubringen (Das war während unserer "Psychiatrie-Festwoche!!)
- c) keine Erfüllung des Sicherstellungsauftrags: 4 Anrufbeantworter nacheinander geschaltet (Die Erfahrungen von uns, den Angehörigen, MitarbeiterInnen im komplementären Bereich und der Polizei St. Wendel sind dahingehend deckungsgleich!)
- d) Bewohner im Betreuten Wohnen:  
nachdem ein Bewohner 7 Tage mit einer Akut-Psychose zubrachte, ein niedergelassener Nervenarzt nicht erreichbar war für den betreuenden Sozialarbeiter, begleitete dieser seinen Betreuten per Taxi auf den Sonnenberg/Saarbrücken!!
- e) Situation aus einem Dorf im Kreis St. Wendel (Sommer 1996):  
Aus Datenschutzgründen wird auf Beruf und Alter verzichtet! Der Fall wurde dem Verfasser persönlich von einem Angehörigen geschildert (Handschrift über 2 DIN-A4 Seiten)  
Obwohl der Angehörige ebenso wie seine Lebenspartnerin im Sozialbereich arbeiten, relativ gute Kenntnisse über das Sozialsystem haben und bei dem Gesamtvorgang eine befreundete Ärztin einschalteten, weil kein anderer Arzt trotz intensivem Telefonieren verfügbar war, - u. a. war auch die Polizei einsatzmäßig mit Blaulicht beteiligt - waren alle beteiligten Angehörige und Bekannte in der Krisensituation mangels verfügbarer "Krisendienste" letztendlich mit dem Fall überfordert! Es kam es zu einer Einlieferung in eine psychiatrische Klinik
- Auf Wunsch kann der Angehörige gefragt werden, ob er "seinen Fall" ausführlich darlegen möchte.
- f) Oben angeführte Fallbeispiele sind zwar aus 1996, 1997 war das Bild noch nicht besser und auch 1998 beobachten wir Psychiatrie-Erfahrenen noch bedenkenswerte Lücken (trotz Krisentelefon). Deshalb arbeiten wir auch weiterhin an einer Verbesserung der Krisenintervention mit.

### 3.3 Das Krisentelefon beim Landratsamt

\*\*\* APFELBÄUMCHEN NR. 16 \*\*\* OSTERN, im APRIL 1998

- 9 -

#### NEUES aus dem ST. WENDELER LAND

Seit Sommer letzten Jahres liegt ein Konzept "eines Krisenmanagements für Menschen mit psychischen Problemen im Landkreis St. Wendel" seitens des Landkreises St. Wendel vor. Seit Anfang Februar startete das "St. Wendeler Krisentelefon" (s. folgenden Artikel). Wer Näheres wissen möchte, wende sich bitte an unsere Apfelbäumchen-Lokalredaktion St. Wendel oder direkt an den Landkreis, z. Hd. Benedikt Schäfer, Amt 56; Geschäftsführer des Psychiatriebeirates des Landkreis St. Wendel.

#### Kreisgruppe St. Wendel des LVPE SAAR e.V.

Wir informieren:

**AB SOFORT IST DAS ST. WENDELER  
KRISENTELEFON ERREICHBAR UNTER DER  
HANDY-NUMMER 0 1 7 2 / 6 8 3 9 0 7 8**

Presseinformation zum Krisentelefon und zum Krisenpaß.

Quelle: SZ vom 7./8. Feb. 98; Lokalteil St. Wendel Seite L1

## Wenn die Depression zu schwer wird

St. Wendel (bw). Der Landkreis St. Wendel hat ein Krisentelefon für psychisch Kranke eingerichtet. 15 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des Landkreises – beim Jugend-, Sozial- oder Gesundheitsamt seit Jahren in der Beratung – sind im Wechsel rund um die Uhr für Fragen erreichbar.

Im Gespräch mit den Hilfesuchenden versuchen die Berater, Konflikte zu entschärfen und Lösungen zu zeigen. „Damit können Menschen mit psychischen Krankheiten bei einer akuten Krise auch abends und am Wochenende einen Ansprechpartner finden. Im

Einzelfall ist auch ein Hausbesuch möglich“, erklärt Benedikt Schäfer, Geschäftsführer des Psychiatrie-Beirats des Landkreises.

Das Angebot soll bei Psychosen, Depressionen oder Suizid-Gedanken helfen. Falls nötig, kann über die Berater auch eine medizinische Versorgung vermittelt werden.

„Die Behandlung kann häufig durch den Hausarzt oder Psychiater erfolgen und so den Erkrankten eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik ersparen“, erläutert Schäfer. „Familienangehörige sind oft mit der Krankheit überfordert. Wir raten deshalb, eine

Selbsthilfegruppe aufzusuchen, wo sie Rückhalt und Unterstützung finden können.“ Der Bedarf für die Betreuung psychisch Kranker sei derzeit schwer abzuschätzen. „Auch landesweit liegen keine exakte Zahl von Erkrankten vor“, betont Schäfer. Erfahrungswerte aus den städtischen Ballungsräumen ließen sich kaum auf den ländlichen Kreis St. Wendel übertragen. Das Krisentelefon biete einen kostengünstigen Einstieg zur Bedarfsermittlung. „Anhand der Nachfrage können wir erkennen, wo wir die Versorgung psychisch Kranker weiterentwickeln müssen.“

**ST. WENDELER KRISEN-PASS  
für Menschen mit  
Psychiatrie-Erfahrung (V2)**

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.datum: \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_

**IN DER KRISE/IM NOTFALL DIESE  
MEDIKAMENTE BITTE VERABREICHEN!**

1. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
 zu finden in: \_\_\_\_\_

**AUF KEINEN FALL VERABREICHEN!  
UNVERTRÄGLICHKEITEN**

**AKTUELLE MEDIKATION:**  
 1. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

**IN DER KRISE SOFORT  
BENACHTRICHTIGEN!!!  
Vertrauensperson(en):**

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 Ja Nein  
 (Klein-)Kinder:

**ANDERE ERKRANKUNGEN:**

**BESONDERE HINWEISE:**  
 Blutgruppe: \_\_\_\_\_  
 Impfungen: \_\_\_\_\_

**WICHTIGE TELEFON - NUMMERN**

**KRISENTELEFON DES LANDKREISES  
ST.WENDEL  
0 1 7 2 / 6 8 3 9 0 7 8**

Haus-/Nervenarzt: \_\_\_\_\_

**Sonstige AnsprechpartnerInnen**  
(z.B. BetreuerIn, TagesstättenmitarbeiterIn)

**WUNSCH-Krankenhaus:**

**5**

**NOTDIENSTE**

Polizei 110  
 Krankentransport 06851/2025  
 19222  
 Telefonseelsorge 0800/1110-111  
**Hellpr.-Notdienst**  
 Gifftzentrale 06841/16-2846  
 (Uniklinik Homburg)  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**6**

**Ich habe einen Behandlungsver-  
trag abgeschlossen bei  
Klinik/Chefarzt:**

\_\_\_\_\_

**und hinterlegt bei  
(Name/Adresse/Tel.Nr.):**

\_\_\_\_\_

Ich war zuletzt in folgender Klinik:

\_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**7**

**Diesen Pass habe ich gemein-  
sam mit meinem behandelnden  
Arzt durchgesprochen  
am: \_\_\_\_\_**

**Passinhaber:**

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

**beh. Arzt/Psychiater:**

\_\_\_\_\_

**8**

Bitte füllen Sie diesen Pass vollständig aus und  
führen Sie ihn immer im Geldbeutel mit.

Der Pass ist Ihr Eigentum und dient in einer  
Krise/Notfall ausschließlich der schnelleren Hilfe  
durch Dritte

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere  
Kreisgruppe St.Wendel oder die  
APFELBÄUMCHEN-Lokalredaktion:

Kontaktadr.: Lokalredaktion  
 APFELBÄUMCHEN  
 Krämersberg 4  
 66606 St.Wendel

Herausgeber: Landesverband Psychiatrie-  
 Erfahrener Saar e.V.  
 - Kreisgruppe St.Wendel -  
 Mommsstraße  
 66606 St.Wendel

Mit Unterstützung des  
Landkreises St.Wendel

### 3.3 Öffentlichkeitsarbeit

#### Pressemitteilung

Die Kreisgruppe St. Wendel des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Saar e.V. informierte unter dem Motto **"DAMIT DIE KRISE NICHT ZUM NOTFALL WIRD"** über das St. Wendeler Krisentelefon und den Krisenpaß, beides Modellprojekte in der psychosozialen Versorgung der Bürger und Bürgerinnen im Saarland.

Frau Dipl.-Sozialpädagogin Katja Linn, Ansprechpartnerin im Café Jonas, begrüßte zahlreiche Gäste, den Referenten des Abends, Herrn Gernot Reppmann aus Niederlinxweiler, sowie den Geschäftsführer des Kreispsychiatriebeirats, Herrn Dipl.-Sozialpädagogen Benedikt Schäfer.

Reppmann stellte kurz das neue **"St. Wendeler Krisentelefon"** vor:

**Handy-Nummer: 0 1 7 2 / 6 8 3 9 0 7 8,**

das seit Januar seitens des Landratsamtes der Bevölkerung im Landkreis St. Wendel für Situationen in seelischen/psychosozialen Krisen und Notlagen bereitgestellt wird. Abgerundet wurden die Informationen durch die offizielle Bekanntgabe eines "Krisenpasses", der von der Selbsthilfegruppe Apfelbäumchen in den letzten Monaten an St. Wendeler Verhältnisse angepaßt worden ist.

Eine kurze Umfrage unter den Anwesenden zeigte deutlich, daß das "St. Wendeler Krisentelefon"

- langsam in der Bevölkerung bekannt wird,
- hilft, Anrufende und Telefonberater nach anfänglichen Kommunikations- sowie Technikproblemen allmählich im Sinne des Kreiskonzepts zueinander zu führen
- von der Mehrheit der Gäste als sinnvoll eingeschätzt wird
- im Sinne eines "ambulant aufsuchenden Dienstes" ausgebaut werden sollte
- einigen Bürgern und Bürgerinnen einerseits schon hilfreich zur Seite stand und deshalb gelobt wird andererseits aber auch technisch nicht erreichbar war oder unzureichende Auskünfte erteilt worden sind und deshalb mit Recht auch kritisiert wird.

Alle Anwesenden waren sich darin einig, daß eine "Krise" nicht einer akademischen Definition oder gar einer Abgrenzung zum "medizinischen Notfall" bedarf, sondern bei einem Menschen dann vorliegt, wenn er "aus seelischen Gründen bestimmte Dinge des Alltags nicht mehr in gewohnter Weise auf die Reihe kriegt" (so eine Teilnehmerin). Das Krisentelefon soll dann in Anspruch genommen werden, wenn sich wegen unzureichender Verfügbarkeit von Fachkräften außerhalb der normalen Öffnungszeiten ein Mensch selbst Hilfe suchen möchte. "Genau diese Lücke im psychosozialen Versorgungsnetz des Landkreises St. Wendel möchten wir auf Dauer mit unserm Krisentelefon, das rund um die Uhr erreichbar ist, schließen", führte Schäfer aus. In Einzelfällen sei auch schon in der Vergangenheit ein Einsatz von Sozialarbeitern vor Ort erfolgt.

Alle Anwesenden waren sich darin einig, daß der Dialog zum Thema mit dem Landratsamt intensiv fortgeführt werden sollte.

### 3.3 Öffentlichkeitsarbeit

#### RADIO INTERVIEW

des Geschäftsführeres des Kreispsychiatriebeirats St. Wendel,  
**Herrn Dipl.-Soz.päd. Benedikt Schäfer,**  
ausgestrahlt am 4. September 1998, ca. 12.25 Uhr  
von **RADIO SALÜ; SAARBRÜCKEN**

**Radio Salü: Einführung ins Thema** ..... nachts und am Wochenende für psychisch Kranke oft keine Hilfe vorhanden war. 14 Sozialarbeiter sind im Wechsel rund um die Uhr bei Fragen und Problemen erreichbar. Das Angebot wird angenommen. Benedikt Schäfer, Geschäftsführer des Psychiatriebeirates des Landkreises St. Wendel:

**Benedikt Schäfer:** Krisentelefon ist ein Angebot für psychisch kranke Menschen, die in einer Notlage, wenn sie sich selbst nicht mehr helfen können oder wenn sie Probleme haben, professionelle Hilfestellung finden. Es stehen Sozialarbeiter/-innen zur Verfügung, die adäquate Hilfe anbieten können.

**Radio Salü:** Bis hin zu Selbstmordgedanken. Im Gespräch versuchen die Sozialarbeiter, die Situation der Hilfesuchenden richtig einzuschätzen und angemessen zu handeln.

**Benedikt Schäfer:** Seit Januar haben wir 92 Anrufe von psychisch kranken Menschen mit verschiedenen Problemlagen - das geht von Depression über manische Erkrankung.

**Radio Salü:** Ziel ist es aber, dem Erkrankten durch sofortige Hilfe eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik zu ersparen. Neben dem Krisentelefon soll im Landkreis St. Wendel auch ein sogenannter Krisenpaß Menschen in seelischen Notlagen helfen.

**Benedikt Schäfer:** Wir haben die Möglichkeit über Beratung Hilfestellung zu geben, im Einzelfall - wenn Beratung nicht ausreicht - besteht auch die Möglichkeit eines Hausbesuches, daß wir zu dem psychisch kranken Menschen fahren können, dort die Situation vor Ort abklären und im Einzelfall 'ne Intervention vornehmen. Das kann bis zur Möglichkeit der stationären Begleitung gehen.

**Radio Salü:** Der Krisenpaß wurde vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener im Kreis St. Wendel entwickelt und hat über die Landesgrenzen hinaus Modellcharakter.

**Radio Salü:** *.Das SAARLAND-THEMA am Mittag:  
\*\*\* Psychiatrische Hilfen im Landkreis St. Wendel \*\*\*  
..., RADIO SALÜ.... fünf Minuten früher informiert !!!*

*Die Apfelbäumchen-Redaktion bedankt sich bei Frau LINN, Café Jonas für die Radio-Aufnahme, auf der dieses Protokoll basiert.*

*St. Wendel, den 10. September 1998*

*Re*

Kommentar 1



## Was tun bei Krisen?

Unter den Problemfeldern im sozialpsychiatrischen Bereich zählen neben Wohnen, Arbeit, Freizeit, Kontakte und Sexualität – aus Angehörigensicht – ein Rund-um-die-Uhr-Krisendienst zu den Zentralthemen.

Seelisch belastete Menschen sind wohl immer krisenanfällig. Dabei sind nicht nur psychisch Kranke gefährdet, auch ihre Angehörigen geraten häufig genug mit in Krisen.

Daß Notfälle und Krisen im somatischen Krankheitsbereich meist nicht mit denen psychiatrischer Natur vergleichbar sind, ist für unbelastete Menschen nicht einsichtig. (Ich erlebte schon einen Notfallarzt, der psychisch Kranke pauschal als arbeitsscheue Simulanten abqualifizierte.) Aber gerade das Unvergleichliche, die radikalen Unterschiede von Verletzten bzw. körperlich Kranken zu psychiatrischen Notfällen erfordern auch völlig unterschiedliche Behandlungsstrategien.

Als mehrjähriger Verfechter eines unbedingt erforderlichen Rund-um-die-Uhr-Dienstes mit späterem Rückzug auf mindestens ein unverzichtbares Krisentelefon bin ich mittlerweile zum »diplomatisch resignierten Schweiger« geworden.

Lautstark loben möchte ich aber die entstandenen »Patenschaften«. Angehörige als Eltern zum Beispiel sind keine guten Berater/Helfer für die seelisch erkrankten »Kinder«. Das ist ja unter Gesunden genauso: Angehörige sind emotional viel zu nah dran, um kühl-objektiv zu agieren, um glaubwürdig-gelassen zu wirken.

Anders ist das mit »Fremden«, also mit anderen Angehörigen. Deren Ratschläge und Aufforderungen sind für die Kranken oft glaubwürdig. Darauf wird dann gehört, und sie werden oft widerspruchslos befolgt.

Vielleicht gibt es Angehörige-(Selbsthilfe-)Gruppen, die bereit sind, von ihren Erfahrungen zu berichten.

Reinhard Fuchs

# Struktur und Resultate des Krisendienstes für den Kreis Gütersloh

---

## Geschichte:

### - Von der Idee zur täglichen Arbeit

Mit der zunehmenden Verlagerung der psychiatrischen Versorgung aus den psychiatrischen Großkliniken in die Gemeinden ist eine Vielzahl gemeindenaher Hilfsangebote entstanden, die dazu beitragen, daß psychisch erkrankte Menschen in ihrer normalen Umgebung leben können.

1983 wurde in der *WESTFÄLISCHEN KLINIK GÜTERSLOH* mit den ersten Entlassungen von Menschen aus dem Langzeitbereich in die Gemeinde begonnen. In den Anfangsjahren zeigte sich die Notwendigkeit, daß insbesondere diese Menschen, die aus einer Vollversorgung zu einer Selbstversorgung wechselten (und dies in allen Bereichen des Lebens) auch außerhalb üblicher Dienstzeiten einen Ansprechpartner benötigten. Aus der Idee gründete sich im April 1990 eine Initiative des Pflegepersonals und anderer Berufsgruppen der *WESTFÄLISCHEN KLINIK GÜTERSLOH* und gründeten einen Verein zum Aufbau des *PSYCHOSOZIALEN-PSYCHIATRISCHEN KRISENDIENSTES FÜR DEN KREIS GÜTERSLOH*.

Innerhalb verschiedener psychosozialer Arbeitsgruppen stießen die Initiatoren/innen auf Zustimmung und Unterstützung, gleichzeitig befruchtend waren Erfahrungen des Krisendienstes in der Nachbarstadt Bielefeld. So nahm am 01.07.1993 der *VEREIN KRISENDIENST E.V.* seine Tätigkeit auf. Jeweils 2 Mitarbeiter/innen arbeiten in den Beratungsräumlichkeiten des KDs an den Wochentagen in der Zeit von 19.00 - 7.30 Uhr und an den Wochenenden/Feiertagen rund um die Uhr. Damit besteht für die Bürgerinnen und Bürger des gesamten Kreises Gütersloh ein Dienst, der gerade außerhalb der üblichen Öffnungs- und Sprechzeiten ein qualifiziertes Hilfsangebot für psychiatrische und psychosoziale Notsituationen anbietet.



## **Konzeption:**

- Die wichtigsten Kennzeichen des Krisendienstes sind:

### **◆ Einfacher Zugang**

Für alle psychiatrischen und psychosozialen Probleme wird täglich in der Presse die Telefonnummer veröffentlicht. Es gibt Din-A-5-Handzettel, die in den psychosozialen Einrichtungen und Arztpraxen ausliegen.

### **◆ Verzicht auf Ausschlüsse**

Jeder Bürger kann sich wochentags von 19.00 - 7.30 Uhr und am Samstag/Sonntag sowie an Feiertagen rund um die Uhr mit jedem Problem an den Krisendienst wenden. Jeder Hilfesuchende, der sich selbst an in der Krise befindlich beschreibt, wird als solcher behandelt.

### **◆ Breites Leistungsspektrum**

Die Mitarbeiter/innen haben ein breites Repertoire an Interventionsmöglichkeiten, welches sie in jedem Einzelfall sofort einsetzen können:

- telefonische Beratung
- Hausbesuche
- Begleitung von Hilfesuchenden, z.B. in die Klinik
- Beratung in den Räumen des Krisendienstes
- Hinzuziehung anderer Notdienste
- Vermittlung an andere Dienste
- Aufnahme in ein Notbett innerhalb der Krisendiensträume.

Die Leistungen des Krisendienstes sind für die Betroffenen kostenlos und auf Wunsch anonym.

#### ◆ **Umfassender Klientenbegriff**

Der Krisendienst kann nicht nur von hilfebedürftigen Personen selbst in Anspruch genommen werden, sondern ebenso auf Veranlassung Dritter tätig werden. z.B. Angehörige, Nachbarn, Freunde. Andere Notdienste wie Polizei oder Notärzte können den Krisendienst hinzuziehen, ebenso Einrichtungen, die interne Krisen von Betreuten nicht allein bewältigen können.

#### ◆ **Aktuelle Krisenbewältigung**

Der Krisendienst hat ein offenes Ohr für den Ratsuchenden und erarbeitet mit den Betroffenen für die aktuelle Situation eine Problemlösung, die bis zur Verfügbarkeit anderer Dienste durchhält oder die Betroffenen in die Lage versetzt, ihr Problem selbständig weiterzubearbeiten.

Der Krisendienst hilft, Perspektiven zu finden und vermittelt ggfs. weiterführende Hilfen. Interventionen erfolgen auch nach vorheriger Abklärung auf Veranlassung Dritter.

### **Organisation:**

Jeweils 2 Mitarbeiter/innen sind in den Beratungsräumlichkeiten des KD telefonisch erreichbar und suchen bei Bedarf Hilfesuchende im gesamten Kreisgebiet auf.

Der Dienst ist zu folgenden Zeiten besetzt:

Montag - Freitag:                    19.00 - 7.30 Uhr

Samstag/Sonntag/Feiertags:    rund um die Uhr

Für die mobilen Einsätze steht den Mitarbeitern/innen ein eigener PKW sowie ein mobiles Telefon zur Verfügung. Bei Außeneinsätzen wird im Büro der Anrufbeantworter eingeschaltet und die Mitarbeiter nehmen bei der Rückkehr Kontakt zum Ratsuchenden auf.

Es erfolgt eine sorgfältige Dokumentation aller Aktivitäten und Interventionen, wobei zwischen zeit-, tätigkeits- und personenbezogenen Daten zum Schutze der Betroffenen sehr genau unterschieden wird.

## Personalausstattung:

Der Mitarbeiter/innenstamm besteht z.Zt. aus 45 ausschließlich professionellen Helfern aus verschiedenen psychosozialen Berufsgruppen (Sozialarbeiter/-pädagogen, Krankenpflegepersonal, Assistenzärzte, Psychologen sowie andere sozialwissenschaftliche Berufsgruppen. Die Mitarbeiter/innen sind hauptamtlich in den unterschiedlichen psychosozialen Institutionen des Kreises Gütersloh beschäftigt. Sie arbeiten zusätzlich im Rahmen einer Nebentätigkeit beim Krisendienst und verfügen aufgrund ihrer langjährigen Berufserfahrung in ihren jeweiligen Arbeitsbereichen über eine hohe Professionalität und fachliche Kompetenz.

Für alle Mitarbeiter/innen verbindlich ist die Teilnahme an einer monatlich stattfindenden Dienstbesprechung sowie an den gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen. Für aktuelle Probleme und Fragen stehen die Vorstandsmitglieder als Ansprechpartner zur Verfügung.

## Städte und Gemeinden im Kreis Gütersloh:

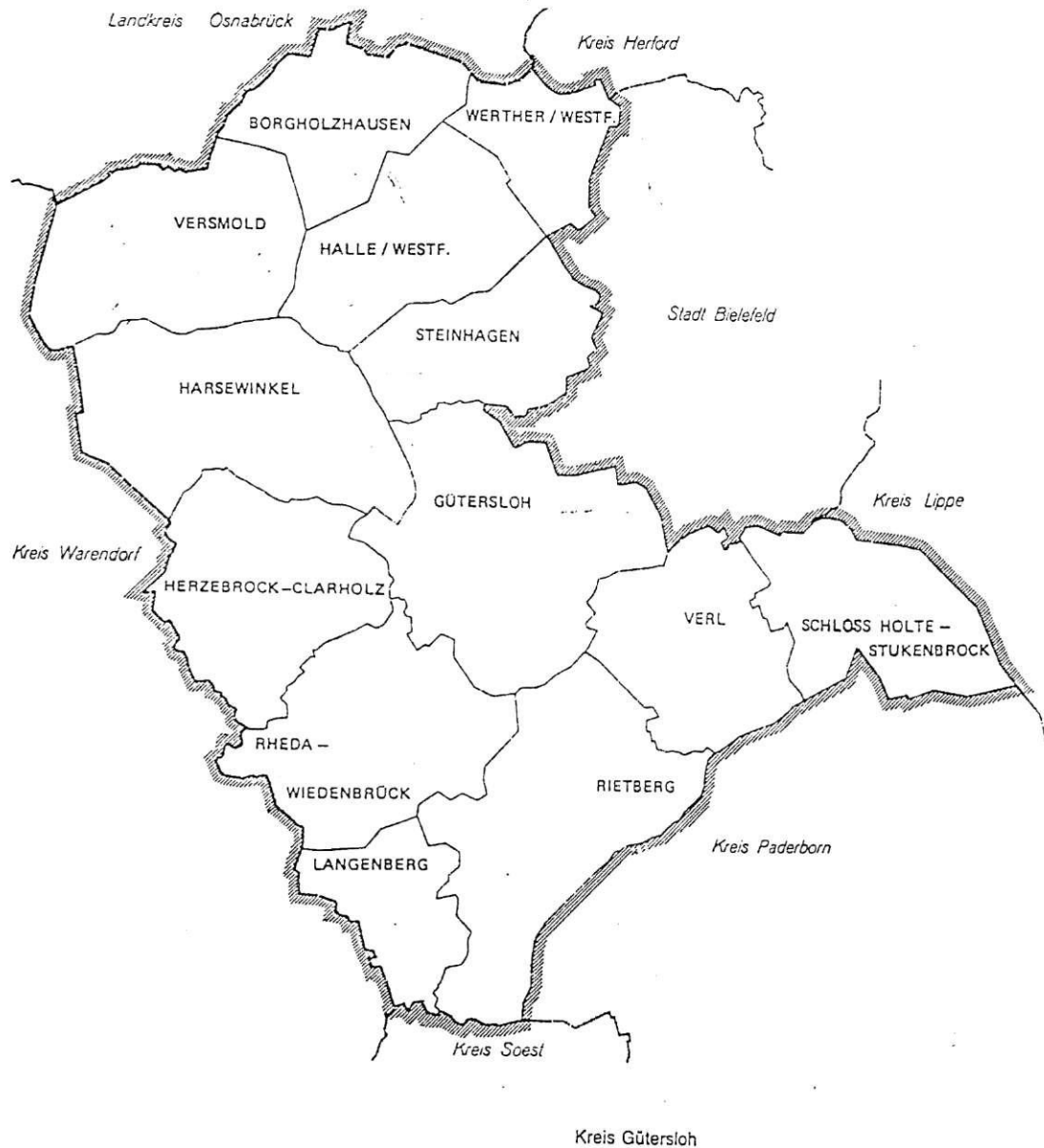
Folgende Folie soll Ihnen einen Überblick über unser Zuständigkeitsgebiet geben:

Der Kreis Gütersloh hat 333.162 Einwohner (Stand 01.01.1997) und eine Gesamtfläche von 967,16 qkm. Kreisstadt ist Gütersloh mit 93.405 Einwohnern, zweitgrößte Stadt ist Rheda-Wiedenbrück mit 42.631 Einwohnern.

Die größte Ausdehnung auf der Nord-Süd-Linie (Luftlinie) beträgt 47 km, die Ost-West-Linie 49 km.

Dies bedeutet für einen Einsatz vor Ort, daß von den Büroräumen bis in den äußersten nördlichen Zipfel ca. 25 km und in die Richtung Schloß Holte-Stukenbrock ca. 30 km zurückzulegen sind. Wer von Ihnen ambulant in einem ländlichen Gebiet tätig ist, wird wissen, daß es noch zusätzliche ländliche „Spezialitäten“ gibt, wie z.B. daß Bauernhöfe oder kleinere Anwesen selten Hausnummern haben, oder daß die logische Abfolge von Hausnummern hier außer Kraft gesetzt ist. Bei Tageslicht ist ein solches Problem rasch

lösbar, bei Nacht kostet die Suche manchmal etwas Zeit, Geduld und eine gute Taschenlampe sowie auch Mut, sich an kläffenden Hunden vorbeizumogeln.



## Ergebnisse des Krisendienstes:

Von 1993 - 1995 wurde unser Dienst im Rahmen der Modellförderung des Gesundheitsministeriums NRW durch die Gesamthochschule Siegen begleitend beforscht, ebenfalls weitere Krisendienste in Bielefeld und Solingen. Ich möchte hier auf die Veröffentlichung der Ergebnisse in den SOZIALPSYCHIATRISCHEN INFORMATIONEN 1/1998 von Michael REGUS und Rolf DEPNER hinweisen.

Nun zu einigen Zahlen und Fakten:

### Inanspruchnahme des Krisendienstes:

Die folgende Tabelle gibt den Zeitraum 1995 - 1997 wieder, nach der Anzahl der Kontakte und Einsätze pro Monat differenziert. Die Anzahl der Fälle entspricht den tatsächlich bearbeiteten Kontakten/Einsätzen.

Tab. I Gesamtzahlen der Kontakte/Einsätze differenziert nach Monaten im Vergleich 1996/1995

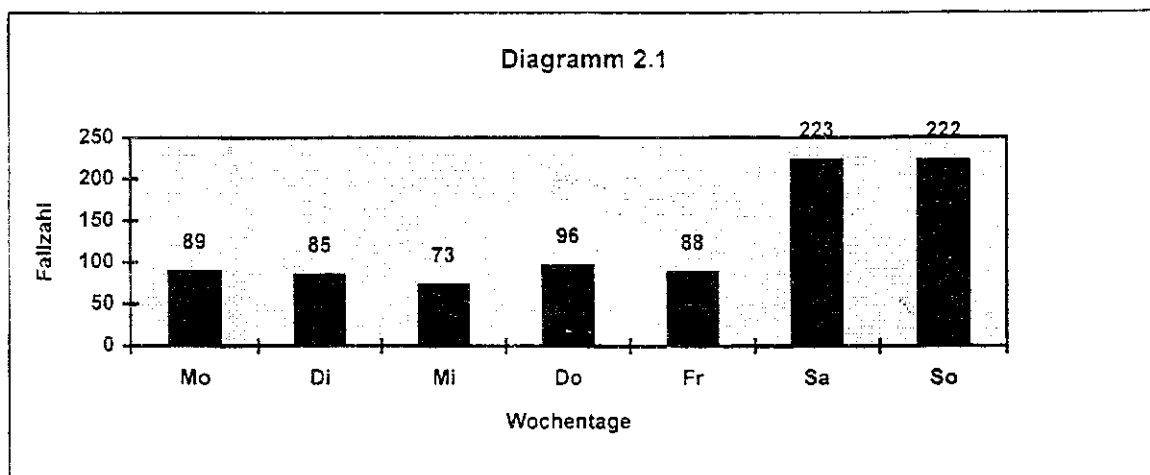
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Σ	Ø
Fälle 97	70	78	81	66	79	80	74	73	63	66	78	68	876	73
Fälle 96	88	62	72	75	91	70	63	98	94	99	69	67	948	79
Fälle 95	86	67	64	79	61	68	88	75	69	93	84	81	915	76,3

## Häufigkeitsverteilung der Krisen auf die verschiedenen Wochentage und Wochenenden:

Für die folgenden Darstellungen wurden die Gesamtzahlen 1997 zugrunde gelegt:

Tab. II Häufigkeit des Auftretens einer Krise differenziert nach Wochentagen/Wochenenden 1997

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	$\Sigma$
Fälle	89	85	73	96	88	223	222	876



Wie man anhand von Tab. II und Diagramm 2.1 deutlich erkennen kann, beginnt das Wochenende des KD am Freitagabend und erstreckt sich bis zum Montagmorgen. Insbesondere an den Wochenendtagen wenden sich fast doppelt so viele Menschen an den Krisendienst wie an den Wochentagen. Die Merkmale des Wochenendes lassen sich zum einen in den Verlust der Alltagsstruktur und zum anderen in den Mangel alternativer unterstützender Hilfesysteme, die ansonsten während der Woche zugänglich sind, beschreiben. Diese Erfahrung - Zunahme der Krisen am Wochenende und nachschwingende Reaktionen der Betroffenen bis zum Anfang der Woche - decken sich auch mit den Erfahrungen anderer psychosozialer Einrichtungen. Darüber hinaus ist die dargestellte Kurve im Diagramm als ein Spannungsbogen zu sehen, der sich auf die Zeiten der sonstigen Feiertage ebenfalls erstreckt.

## Mit folgenden Problematiken wandten sich die Menschen an den Krisendienst:

Tab. III Häufigkeit der einzelnen Problematiken (Mehrfachnennungen möglich)

	absolut 1997	% der Gesamtfallzahl
Psychose im akuten Stadium	85	9,7
psychische Krankheit ohne akute Krise	132	15,1
Sucht/Mißbrauch	249	28,4
Isolation/Einsamkeit	178	20,3
Krise im Alter	12	1,4
Krise im Jugendalter	14	1,6
latente/akute Suicidgefahr	46	5,3
Depression/Depressivität	69	7,9
Familien-/Partner-/Trennungsproblematik	318	36,3
Angstzustand	53	6,1
Lebensinnkrise	52	5,9
soziale Notlage	16	1,8
sonstiges	108	12,3

Unsere Erfahrung ist, daß es sich bei einer akuten Krise um ein Problemgeflecht handelt. Unterschiedliche Problemfelder stellen in ihrem Zusammenwirken die Aktualität und Bedrohlichkeit der Krise dar. So kann z.B. ein suchtkranker Mensch innerhalb einer Beziehungskrise durch die Zuspitzung dieser in eine suicidale Krise geraten. Dies ist ein Beleg dafür, daß die Krisenbewältigungsstrategien eines Menschen durch die Komplexität des Zusammenwirkens verschiedener Problemfaktoren dermaßen „irritiert“ sind, daß er keine eigenen Lösungswege mehr entwickeln kann.

Der KD Gütersloh versteht Krisen in dieser multifaktoriellen Sichtweise. Eine Fehlinterpretation der obigen Tabelle wäre also, die einzelnen Daten isoliert voneinander zu betrachten und ausschließlich nach der Häufigkeit zu gehen. Für uns ist die Kerninterpretation dieser Tabelle, daß es eine massive Wechselwirkung beispielsweise zwischen dem Bereich Sucht und Familie, sowie der Lebenssituation des Einzelnen gibt. Dieses Wirkungsgefüge wird gleich noch einmal deutlich in der nächsten Tabelle der Kontaktaufnahme zum KD.

Das Beratungs- und Interventionsangebot des KD richtet sich nicht auf bestimmte Formen von Krisen- und Notfallsituationen. Tendenziell ergaben sich im Rahmen der Auswertung für das Jahr 1997 die 4 häufigsten Problembereiche: 36,3% Partnerschafts- und Familienkonflikte, 28,4% Sucht- oder Abhängigkeitsproblematik, 24,8% akute psychische Erkrankung sowie psychische Erkrankung ohne akute Krise, 20,3% Isolation, Einsamkeit. Im Vergleich zu 1995 und 1996 ergab sich eine ähnliche Verteilung der Problembereiche.

Diese Zahlen sind darüber hinaus als ein weiterer Beleg zu sehen, daß der KD Gütersloh sich in seinem Selbstverständnis als ein psychosozial-psychiatrisch tätigen Dienst versteht.

### Wer nahm Kontakt zum Krisendienst auf?

Tab. IV Kontaktaufnahme

	Fälle	% in 1997	% in 1996	% in 1995
KlientIn	579	66	72,3	63,9
Angehörige	140	16,1	10,3	17,5
Arzt/Pflegepersonal WKPPN	22	2,5	4,6	5,5
Polizei/Feuerwehr/Ordn.amt	36	4,1	4,1	2,6
andere KH/andere Ärzte	9	1,0	1,8	1,4
anderer amb. Dienst	15	1,7	1,3	1,3
Nachbarn/Freunde/Bekannte	75	8,6	5,6	7,8
Σ	876	100	100	100

Besonders möchte ich hier darauf hinweisen, daß der Bereich der Angehörigen an zweiter Stelle innerhalb der Häufigkeit der Kontaktaufnahme steht. Ca. 75% der Gesamtzahlen der KlientInnen und Angehörigen nehmen direkt Kontakt zum KD auf. Die Vergleichszahlen 1995, 1996 und 1997 zeigen deutlich, daß gerade im Bereich der Kontaktaufnahme der Angehörigen es prozentual gleichgeblieben ist. Dies interpretiere ich in zweifacher Hinsicht: zum einen als Beleg für die Niedrigschwelligkeit des Angebotes und zum anderen wenden sich die Klienten im Kontakt zum aktuellen Krisengeschehen an den KD.



## Form und Ort der Krisenintervention:

Tab. 5 Form und Ort der Krisenintervention (Mehrfachnennungen möglich)

	Fälle 1996	% 1996	Fälle 1997	% 1997
Telefonische Intervention	673	66,6	631	66,0
Hausbesuch/Außeneinsatz	126	12,5	92	9,6
Hausbesuch bei Dritten	25	2,5	31	3,3
Intervention in den KD-Räumen	51	5,0	38	4,0
Beratung von Dritten	127	12,6	160	16,7
Beratung von Dritten in den KD-Räumen	8	0,8	4	0,4
$\Sigma$	1010	100	956	100

## Aufnahme/Einweisung in eine psychiatrische Klinik:

Tab. 6 Aufnahme/Einweisung in eine psychiatrische Klinik

Form der Aufnahme/Einweisung	Gesamtzahl 1996	Gesamtzahl 1997
freiwillige Aufnahme	73	73
Einweisung gem. PsychKG/BtG	15	8
$\Sigma$	88	81

Wenngleich der Krisendienst vornehmlich nach dem Prinzip „ambulant vor stationär“ arbeitet, ergaben sich Notfallsituationen, wo die Begleitung eines Menschen in eine Klinik erforderlich war. Lediglich bei 8,3% der Interventionen war eine Einweisung in die Psychiatrische Klinik notwendig und nur bei 0,9% aller Interventionen erfolgte eine Einweisung nach PsychKG/BtG.

## Geschlecht der KlientInnen:

Hinsichtlich der Inanspruchnahme des KD zeigt sich ein relativ ausgewogenes Verhältnis von Männern zu Frauen. So waren es 1997 53,7% Frauen und 46,3% Männer.

## Zusammenfassung:

Die bisherigen Erfahrungen belegen deutlich die Sinnhaftigkeit des Krisendienstes. Durch die breite Zuständigkeit und leichte Erreichbarkeit bildet der Psychosoziale Krisendienst einen wichtigen Baustein der gemeindepsychiatrischen und psychosozialen Versorgung, der die Möglichkeiten zur Krisenbewältigung, insbesondere für chronisch psychisch Kranke erheblich verbessert hat.

Durch die spezielle Fortbildung verfügen die Mitarbeiter über ein Handlungsrepertoire, mit dem sie sich auch schwierigen und zugespitzten Situationen gewachsen fühlen.

Der Krisendienst Gütersloh blickt in diesem Jahr auf eine Erfahrungszeit von 5 Jahren zurück. Dieses Beratungsangebot hat sich im Laufe dieser Jahre in der Bevölkerung etabliert und ist von den Bürgern des Kreises Gütersloh positiv angenommen worden. Akzeptanz und Anerkennung unseres Dienstes erreichten wir in diesem Jahr auch bei den PolitikerInnen des Kreises Gütersloh. Im September dieses Jahres unterzeichnete der Krisendienst einen Kooperationsvertrag mit dem Kreis Gütersloh (Abteilung Arbeit und Soziales), der die Aufgaben des KD verbindlich regelt und die Finanzierung auf eine solide Basis stellt. Auch wenn der Vertrag für die Zukunft keine Vollfinanzierung vorsieht, so ist es doch eine gute Basis zur Fortsetzung und Weiterentwicklung unserer Arbeit.

gez. Monika Burek

Beiratsmitglied des Vorstandes Krisendienst e.V.

dienstlich: Ambulanz der WKPPPN Gütersloh, Hermann-Simon-Str. 3, Tel.: 05241/502-204

## **Fachtagung des LVPE Rheinland-Pfalz am 24.10.98 in Trier**

### **Krisentelefon für Menschen mit seelischen Problemen und deren Angehörige im Kreis Neuwied**

Dr. Ulrich Kettler, Psychiatriekoordinator des Kreises Neuwied

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mich beim Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz für die Einladung zur Jahrestagung bedanken. Im folgenden möchte ich Ihnen erste Erfahrungen und Ergebnisse der Erprobung des Anfang 1998 eingerichteten „Krisentelefon für Menschen mit seelischen Problemen und deren Angehörige“ berichten. Die Ergebnisse, die ich im folgenden vorstellen werde, wurde in einem Bericht zusammengefaßt (vgl. Kettler/ Team des Krisentelefon 1998d), den sie über die Psychiatriekoordinationsstelle des Kreises Neuwied anfordern können.

Um dieses neue Angebot der gemeindenahen Psychiatrie besser einordnen zu können, möchte ich Ihnen vorab einige Informationen zur aktuellen Situation der gemeindenahen Psychiatrie im Kreis Neuwied geben.

#### **1. Situation der gemeindenahen Psychiatrie seit der Psychiatriereform**

Der Kreis Neuwied hat die ihm mit Inkrafttreten des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen übertragenen Planungs- und Koordinierungsaufgaben sehr ernst genommen.

Wichtige Schritte bei der Umsetzung waren:

- eine öffentliche Anhörung zum Thema gemeindenaher Psychiatrie Ende 1996,
- die Berufung eines Psychiatriebeirates im Frühjahr 1997,
- die Einrichtung einer hauptamtlich besetzten Koordinationsstelle, die als Stabsstelle dem Beigeordneten für Gesundheit unterstellt ist
- die Einstellung einer Fachärztin für Psychiatrie im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes,
- die Berufung einer unabhängigen Besuchskommission nach § 29 PsychKG.

Darüber hinaus verfügt der Kreis Neuwied für ein ländlich strukturiertes Einzugsgebiet über ein vergleichsweise gutes Versorgungsangebot psychiatrischer Dienste und Einrichtungen.

Für die Koordinationsstelle wurde ein differenziertes Aufgaben- und Leistungsprofil entwickelt, welches zusammen mit zentralen Fragestellungen für die zukünftige kommunale Psychiatrieplanung im Frühjahr 1998 in einer ersten Informationsbroschüre veröffentlicht wurde (vgl. Kettler 1998a). Gegenwärtig bildet die Bestands- und Bedarfsanalyse den Arbeitsschwerpunkt. Die Ergebnisse dieser Planungen werden nach Diskussion in den Gremien im kommenden Jahr in den ersten Psychiatriebericht für den Kreises Neuwied einfließen.

Die enge Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, ihre Beteiligung bei allen relevanten Planungsfragen, ihre Präsenz in den wichtigen kommunalen Gremien sowie ihre Unterstützung und Förderung sind eine der zentralen Aufgaben der Psychiatriekoordination im Kreise Neuwied (vgl. Kettler 1998b u. Kettler 1998c).

## **2. Ausgangssituation und Konzeption des Krisentelefon**

Wenn wir uns mit der Frage der Krisenintervention beschäftigen, müssen wir uns zunächst mit der Frage der Definition der Begriffe „Krise“ und „Notfall“ beschäftigen (vgl. hierzu z.B. von Cranach 1993 u. Katsching/ Konieczna 1986 u. 1987). Da in den vorangegangenen Referaten die Frage der Begrifflichkeiten ausführlich vorgestellt und diskutiert worden ist (vgl. Gottschling 1998 u. Theisen 1998), möchte ich angesichts der fortgeschrittenen Zeit an dieser Stelle darauf verzichten.

Insbesondere von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen wurde immer wieder gefordert, daß auch außerhalb der „normalen Dienstzeiten“ der Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung Ansprechpartner zur Verfügung stehen müssen. Sicherlich wäre ein aufsuchender Dienst, der möglichst rund um die Uhr im Einsatz ist, das ideale Angebot. In verschiedenen Mittel- und Großstädten wurden derartige Dienste eingerichtet, verschiedene Beispiele wurden heute ja bereits von den Referenten vorgestellt. In einem überwiegend ländlich strukturierten Flächenkreis, mit großen Entfernungen bei vergleichsweise geringer Bevölkerungsdichte, ist ein derartiges Angebot sowohl unter organisatorischen als auch unter finanziellen Gesichtspunkten nur sehr schwer zu realisieren.

Für den Kreis Neuwied wurde daher ein erstes geeignetes Konzept für die Krisenintervention im ländlichen Raum gesucht. Besonders engagiert hat sich dabei die Psychosoziale

Arbeitsgemeinschaft Neuwied. Sie hat Ende 1997 eine Befragung zu Krisen- und Notfallsituationen durchgeführt. Die Ergebnisse belegen, daß:

- sich 80 % der Krisen außerhalb der Dienstzeiten, Abends, am Wochenende oder Feiertags ereignen;
- Ursache der Krisensituationen vorrangig Depressionen (25 %), Ängste (21 %) und Unruhezustände (19 %) sind;
- die Befragten als Hilfen die Möglichkeit eines aufsuchenden Dienstes (26 %), die Möglichkeit, einen Fachdienst oder eine Beratungsstelle selbst aufsuchen zu können (19 %) sowie die Möglichkeit einer telefonische Beratung (17 %) wünschen;
- hinsichtlich der gewünschten Qualifikation des Helfers Psychologen (20 %), Ärzte (19 %), Sozialarbeiter/-pädagogen (18 %) sowie Selbsthilfegruppen (14 %) genannt.

### **3. Erfahrungen und Ergebnisse**

Träger des Krisentelefon in Neuwied ist das St. Antonius-Krankenhaus in Waldbreitbach, das auch für die Pflichtversorgung im Kreis zuständig ist (vgl. Marienhaus Kranken- und Pflegeanstalt GmbH). Die enge Anbindung des Krisentelefon an das zuständige psychiatrische Krankenhaus ist im Vorfeld auch in Neuwied sehr kontrovers diskutiert worden. Von den Kritikern wurde befürchtet, daß vom Team des Krisentelefon vorrangig an das Krankenhaus verwiesen wird. Die nunmehr vorliegenden Erfahrungen zeigen jedoch, daß diese Befürchtungen nicht eingetreten sind. Hinsichtlich der bisherigen Erfahrungen mit dem Krisentelefon möchte ich an dieser Stelle zwei zentrale Punkte in den Vordergrund stellen.

#### **3.1 Zielsetzung und Ausstattung des Krisentelefon**

Die **Zielsetzung** des Krisentelefon ist die Entgegennahme von Telefonanrufen von Betroffenen und Angehörigen zur Krisenprävention und Krisenintervention. Es beschränkt sich auf telefonische Hinweise, welche Hilfsmöglichkeiten der Anrufer in der kritischen Situation oder in der nächsten Zukunft aufgreifen kann sowie ggf. kurzes beruhigendes oder klärendes Gespräch, jedoch keine Therapiegespräche, keine Hausbesuche, keine Terminvermittlung. Es besteht die Möglichkeit, bei einer akuten Krise an den ärztlichen Bereitschaftsdienst des St. Antonius-Krankenhauses zu vermitteln. **Technische Voraussetzung** ist ein Mobiltelefon (Handy), mit dem der Bereitschaftsdienst aus dem privaten Aufenthaltsbereich des Mitarbeiters geführt werden kann sowie ein Anrufbeantworter, der außerhalb der Präsenzzeiten geschaltet ist. Der Anrufende zahlt lediglich die Kosten eines Ortsgesprächs. Weiter anfallende Kosten, die mit dem Einsatz

eines Handys verbunden sind, übernimmt der Träger des Krisentelefon. **Personell** ist das Telefon mit einem multiprofessionellen Team aus Fachkrankenpflegern, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Psychologen, Bewegungs- und Ergotherapeuten besetzt; jedoch dem Wunsch der Angehörigen entsprechend nicht mit Ärztinnen oder Ärzten. Die Vergütung erfolgt nach Pauschalabrechnung, jedoch ohne Freizeitausgleich. Die Supervision des Teams erfolgt durch einen externen Supervisor.

### 3.2 Dokumentation des Krisentelefon

Als zweitem Punkt ist die Dokumentation der Inanspruchnahme und Nutzung des Krisentelefon zu nennen. Hierzu wurde ein Dokumentationsbogen entwickelt, der uns wichtige Informationen liefert. Es zeigt sich, daß:

- die **Inanspruchnahme** kontinuierlich gestiegen ist; im ersten Halbjahr wurde das Krisentelefon 140 mal angerufen, zur Zeit erfolgen durchschnittlich 30 bis 40 Anrufe pro Monat;
- das Krisentelefon überwiegend von **psychiatrieerfahrenen Menschen** (75 %) sowie von Angehörigen (25 %) genutzt wird;
- die Anrufe überwiegend **aus dem Kreis Neuwied** erfolgen (32 % der Anrufe erfolgen aus dem Einzugsbereich der Stadt Neuwied, mit 40 % der größte Teil der Anrufe aus dem ländlichen Kreisgebiet. Da Patienten bei der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik über das Krisentelefon informiert werden, in Nachbarkreisen jedoch noch kein vergleichbares Angebot besteht, erfolgen 28 % der Anrufe von außerhalb des Kreises);
- vorrangige **Gründe** für die Anrufe Konflikte in der Familie oder Partnerschaft (23 %), Angstzustände (18 %) sowie Unruhezustände und Depressionen (jeweils 14 %) sind.
- Von den Mitarbeitern wurden folgende **Leistungen** erbracht: Empfehlungen an Ärzte (38 %), hierbei jedoch nur in 14 % an den Arzt des psychiatrischen Krankenhauses. Ferner Empfehlungen an andere Dienste und Einrichtungen (31 %). Bei 25 % der Anrufe erfolgte ein ausführliches Beratungsgespräch und lediglich bei 6 % der Anrufe nur eine kurze Information über ein Hilfsangebot.

Eine wichtige Erfahrung war, daß die breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit sowie die intensive und kontinuierliche Diskussion des neuen Angebotes mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen maßgeblich dazu beigetragen hat, daß das Krisentelefon heute einen wichtigen Baustein der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung im Kreis Neuwied darstellt.

#### 4. Fazit

Sicherlich ist es zu früh, ein abschließendes Fazit über das neue Angebot des Krisentelefon zu ziehen. Die erste Vorstellung der Ergebnisse im Kreis Neuwied, z.B. gegenüber Selbsthilfegruppen, im Psychiatriebeirat sowie im Sozialausschuß des Kreises ist auf sehr positive Resonanz gestoßen. Dies hat uns Mut gemacht, uns den jetzt anstehenden Fragen bei der Einführung des Krisentelefon zuzuwenden. Als vorrangige Aufgaben sehe ich dabei:

- Die vom Krisentelefon ausgehenden **Wirkungen** und den damit verbundenen Nutzen müssen noch deutlicher herauszuarbeiten. So hat die Diskussion über die ersten Erfahrungen gezeigt, daß vom Krisentelefon weitere Wirkungen ausgehen, die wir zunächst nicht gesehen haben. So berichtete der Chefarzt des St. Antonius-Krankenhauses, das bei Krankenhausentlassungen die Information über das Krisentelefon den Patienten die Sicherheit gibt, auch abends oder am Wochenende einen kompetenten Ansprechpartner zu erreichen. Damit trägt das Krisentelefon dazu bei, daß Krankenhausentlassungen eher erfolgen können.
- Die Frage der **mittelfristigen Finanzierung** ist zu klären. Die jährlichen Kosten des Krisentelefon mit rund 15.000 DM liegen vergleichsweise niedrig. Trotzdem wird es notwendig sein, potentielle Kostenträgern wie z.B. die Krankenkassen von der Bedeutung des neuen Angebotes zu überzeugen.
- Die **konzeptionelle Weiterentwicklung** des Krisentelefon und die Vernetzung mit anderen Angeboten und Diensten, die abends oder am Wochenende erreichbar sind (z.B. die Kontakt- und Informationsstelle für psychisch Erkrankte, den Selbsthilfegruppen etc.).
- Die Einbindung des Krisentelefon in ein **Gesamtkonzept zur Krisenintervention** für den Kreis, wobei als weitere Bausteine der Intervention z.B. der Krisenpass, die ärztliche Notfall- und Rufbereitschaften oder die Notfallseelsorge zu nennen sind.
- Deutlich ist auch geworden, daß die **Krisenintervention nicht als „Lückenbüßer“** für gesetzlich festgelegte Leistungen anderer Dienste und Einrichtungen verstanden werden kann. Dies bedeutet, daß ein Konzept zur Krisenintervention sich mit den Ursachen der Krisen auseinandersetzen muß und zunächst abklären muß, ob die Standardangebote nicht zuständig sind bzw. warum diese ggf. die ihnen übertragenen Aufgaben und Leistungen nicht erbringen.

Wir haben die Dokumentation des Krisentelefon bereits im Vorfeld mit der Dokumentation in einem vergleichbaren städtischen Einzugsgebiet, der Stadt Herne in Nordrhein-Westfalen, abgestimmt. Dieser Vergleich wird uns weitere wichtige Anhaltspunkte über Wirkungen und

Nutzen des Krisentelephones geben. Abschließend möchte ich noch darauf aufmerksam machen, daß das Krisentelefon auch wichtige Informationen über den Bedarf bzw. über mögliche Defizite in der psychiatrischen Versorgung liefert und damit einen Beitrag zur kommunalen Planung und Koordination und zur Verbesserung der gemeindenahen Psychiatrie leistet. Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

### **5. Kontaktadresse**

Kreisverwaltung Neuwied  
Psychiatriekoordinationsstelle  
Postfach 2161  
56562 Neuwied  
Tel.: 02631/803-732

### **6. Literatur**

**von Cranach, Michael**, 1993: Bedarf und Funktion außerstationärer Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. In: Wienberg (1993), S. 11-22.

**Gottschling, Wolfgang** 1998: Forderungen an eine Krisenintervention aus Sicht der Angehörigen. Referat bei der Jahrestagung des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen am 24.10.1998. Trier.

**Katsching, H./ Konieczna, T.**, 1986: Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. In: Kisker u.a. (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 2. Berlin.

**Katsching, H. / Konieczna, T.**, 1987: Notfallpsychiatrie und Krisenintervention: Überblick über die Versorgungsprobleme. In: Katsching/ Kuhlenkamp (Hg.): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. Köln.

**Kettler, Ulrich** (1998a): Psychiatriekoordination im Kreis Neuwied. Hintergründe, Ziele und Aufgaben der Psychiatriekoordinationsstelle. Materialien zum gemeindepsychiatrischen Verbundsystem Nr. 3. Neuwied.

**Kettler, Ulrich** (1998b): Selbsthilfe im gemeindeorientierten Psychiatrieverbund. In: selbsthilfegruppen nachrichten 1998. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hg.). Matzat, J./ Thiel, W. (Redaktion). Gießen.

**Kettler, Ulrich** (1998c): Bürgerschaftliches Engagement in der Gemeindepsychiatrie. Selbsthilfeförderung und bürgerschaftliches Engagement in Städten und Kreisen. Fachtagung des BMFSFJ am 16./17.2.98. Braun, J./ Klemmert, O. (Red. Bearb.). ISAB-Schriftenreihe Berichte aus Forschung und Praxis Nr. 54. Köln.

**Kettler, Ulrich/ Team des Krisentelephones** (1998d): Krisenintervention im Kreis Neuwied. Bericht über das Krisentelefon ... . Materialien zum gemeindepsychiatrischen Verbundsystem Nr. 4. Neuwied.

**Marienhause Kranken- und Pflegeanstalt GmbH** (1998): St. Antonius-Krankenhaus Waldbreitbach. Hinweise für unsere Patientinnen und Patienten. Waldbreitbach.

**Theisen, Brigitte** 1998: Forderungen an eine Krisenintervention aus Sicht der Betroffenen. Referat bei der Jahrestagung des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen am 24.10.1998. Trier.

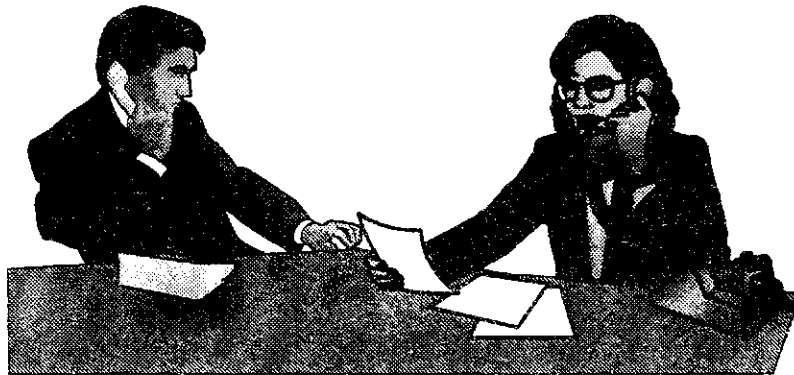
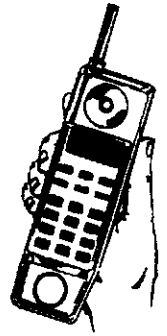


# Krisentelefon für Menschen mit seelischen Problemen und deren Angehörige

Sie erreichen das Krisentelefon unter der Nummer: **0 26 38 / 92 37 33**

Dieses Projekt wird modellhaft durch den Kreis Neuwied gefördert.

Sie können an **Werktagen von 17.00 bis 23.00 Uhr** und an **Samstagen, Sonntagen und Feiertagen von 8.00 bis 23.00 Uhr** anrufen.



Zur Beratung stehen Ihnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen des St. Antonius-Krankenhauses Waldbreitbach zur Verfügung. Diese erreichen Sie zum Ortstarif.

Alle Menschen mit seelischen Problemen und auch deren Angehörige können in Krisensituationen und/oder im Vorfeld einer Krise anrufen.

Das Angebot soll Hilfe zur Selbsthilfe sein.

Das Krisentelefon ist ein Angebot zu einer kurzen Beratung.

Die Beratung am Krisentelefon ist kein therapeutisches Angebot.

Gemeinsam mit Ihnen soll versucht werden, Ihre problematische Situation zu entschärfen.

Auf Wunsch werden Sie auch über Hilfsangebote in Stadt und Landkreis Neuwied informiert.

Das Team „Krisentelefon“ und die Leitung  
des St. Antonius-Krankenhauses

lungen herangezogen. Darüber hinaus haben sich die Kaufinteressenten in steuerlichen und notariellen Fragestellungen individuell beraten lassen. Darüber hinausgehende Beratungsmöglichkeiten werden entsprechend dem Projektfortschritt organisiert.

#### □ Ein Bauträger als Kooperationspartner

Eine ebenso wichtige wie selbstverständliche Voraussetzung ist es einen kompetenten Bauträger als Partner für den Bau eines solchen Hauses zu gewinnen. Der Bauträger trägt nicht nur das wirtschaftliche Risiko und die Gewährleistung für eine seriöse Abwicklung, sondern übernimmt auch die Koordination der baulichen Vorstellung der künftigen Eigentümer.

#### □ Sicherstellung der Betreuung

Wenn die Besetzung der Hausgemeinschaft feststeht, gilt es abzuklären, inwieweit ein Betreuungsbedarf bei den Bewohnern vorhanden ist, der nicht ehrenamtlich von den Vereinsmitgliedern abgedeckt werden kann. Hierfür muß eine Personallösung gefunden und die Finanzierung geregelt werden. Diese noch spannenden Fragestellungen werden voraussichtlich erst Anfang nächsten Jahres zur Beantwortung anstehen. Lösungsansätze sind jedoch bereits jetzt schon im Gespräch.

#### □ Nachahmung erwünscht

Mit der Realisation dieses Wohnhauses für sechs psychisch behinderte Menschen haben die beteiligten Familien gezeigt, daß sie mit Initiative, entsprechendem Engagement und fachlicher Hilfestellungen bereit und in der Lage sind Verantwortung für die Lebensqualität ihrer psychisch erkrankten Familienangehörigen zu übernehmen. Dieses Projekt soll natürlich nicht die vorhandene institutionalisierten Wohnformen ersetzen, sondern kann diese allenfalls ergänzen. Dennoch sollte dieses Beispiel Mut machen nicht in jedem Fall die Deckung der Bedarfe von psychisch behinderten Menschen an bestehende Einrichtungen zu delegieren, sondern mit Gleichgesinnten über neue, individuelle und kreative Lösungsmöglichkeiten nachzudenken. □

#### Weitere Informationen:

Gabriele Krause,	Holger Klein,
Obere Burgstraße 30,	Friedrich-List-Straße 5,
73773 Aichwald-Sch.	71522 Backnang.
Tel.: 07 11/36 39 67	Tel.: 0 71 91/97 08 27

## Krisenintervention im ländlichen Raum

Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz veranstaltete im Rokoko-saal der Bezirksregierung in Trier am 24. 10. 1998 seine 2. Fachtagung mit dem Motto: »Krisenintervention im ländlichen Raum«. Ca. 30 Psychiatrie-Erfahrene und 50 Professionelle aus allen Bundesländern kamen zu dieser Fachtagung.

Bernard Scholten, Psychiatriereferent aus dem MASG Rheinland-Pfalz überbrachte Grüße des Ministers. In seinem Grußwort stellt er heraus, daß der Krisenpass – die Idee vom LVPE – innerhalb von Wochen 17 000 mal landesweit verteilt wurde.

Nachdem Brigitte Theisen, Mitglied des LVPE's ihre negativen und positiven Erfahrungen mit dem Krisentelefon in verschiedenen Orten von Europa mitteilte, stellte sie ein Konzept auf, das auf drei Säulen basiert. Die erste Säule ist die Anlaufstelle Akuthilfe vor und bei Krisen. Hierunter fallen: Telefonseelsorge, Krisentelefon, Mobiler Dienst, Weglaufhaus. Die zweite Säule besteht aus: Ärzten, Psychiatern und Therapeuten, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, Psychiatrisches Krankenhaus, Tagesklinik und Selbsthilfegruppen. Die dritte Säule zur Nachsorge nach Krisen beinhaltet: Mobiler Dienst, Institutsambulanz, ortsansässige Ärzte und Therapeuten. In dieser Säule können zur bessern Prophylaxe der Vorsorgebogen, Behandlungsvertrag, Krisenpaß und die Selbsthilfegruppen die nächste Krise weiter hinauschieben und in der Heftigkeit abschwächend behilflich sein.

Wolfgang Gottschling beschrieb Notfälle in psychischen Krisen und zeigte anhand der Bodelschwingschen Anstalt Biefeld auf, daß der Aufbau eines komplementär-vernetzten 24-Stunden-Krisennotdienstes einer ökonomischen Rechnung standhält. 33 stationäre Behandlungsfälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 30 Tagen kosten die Krankenkassen ca. 4 000 000 DM. Auf dieser Basis formulierte er die Forderungen aus Sicht der Angehörigen:

▷ Rund-um-die-Uhr-Bereitschaftsdienst.

▷ Vorrangig psychiatrische Krisen werden betreut und nicht allgemeine Lebenskrisen.

▷ Alle psychiatrisch Erfahrene können zur Klärung und Bearbeitung psychiatrischer Krisensituationen eingesetzt werden.

▷ Das Einzugsgebiet soll zwischen 100 000 und 150 000 Einwohnern liegen (entspricht dem gemeindenahen psychiatrischen Ansatz).

▷ Es soll eine kleine Zahl von Betten vorhanden sein.

▷ Der Dienst muß Tag und Nacht telefonisch erreichbar sein.

Am Nachmittag stellte Gernot Reppmann, das Strukturmodell der Krisenintervention im Landkreis St. Wendel dar. Bevor es zu diesem Modell in St. Wendel kam, gab es seit 1994 heiße Diskussionen mit der Vereinigung der Kassenärzte (KV), Politikern, sowie den dafür Verantwortlichen aus allen Gremien. Es ist dem Einsatz von einzelnen zu verdanken, daß in einigen Kreisen des Saarlandes über Krisenintervention für psychisch Kranke nachgedacht wird.

Die Struktur und Resultate des Krisendienstes für den Kreis Gütersloh wurden von Monika Burek präsentiert. Die Konzeption sieht eines vor: Einfacher Zugang. Verzicht auf Ausschüsse und dem breiten Leistungsspektrum wie telefonische Beratung, Hausbesuch Begleitung von Hilfesuchenden, Beratung und Hinzuziehen und Vermittlung an andere Dienste sowie die Aufnahme in ein Notbett innerhalb der Krisendiensträume.

In der anschließenden lebhaften Diskussion wurde das rechtliche Problem der Krisenintervention nochmals aufgezeigt. Der gesamte Bereich der vorbeugenden Maßnahmen ist in der deutschen Gesetzgebung nicht vorgesehen. Demzufolge akzeptierten und finanzierten die Krankenkassen auch kein Krisentelefon. Die Hoffnungen werden auf die neue Bundesregierung, die für eine Änderung der aktuellen Gesetzgebung bereits positive Zeichen gegeben hat, gesetzt.

Franz-Josef Wagner