

Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland – 6. Netzwerktreffen Nord am
17.09.2014 in Lüneburg

Protokoll des Workshops 2

„Krisenintervention und (notfalls) Unterbringung“

(Zusammenstellung der Diskussionspunkte aus beiden Workshop-Runden)

Moderation: Heiko Heißenbüttel

Diskutanten: Thorsten Sueße, Folke Sumfleth

Protokoll: Hermann Elgeti

Vorbemerkungen

Der Moderator strukturierte den Erfahrungsaustausch und die Diskussion in der Vormittags- und Nachmittagsrunde mit folgenden drei Fragen:

- Was ist eine Krise?
- Wie antwortet der SpDi auf Krisen?
- Was wünschen wir uns?

Der Protokollant hat versucht, die Beiträge der Teilnehmenden einem der sechs Abschnitte zuzuordnen, nach denen jede Kernaufgabe in einem Diskussionspapier¹ beschrieben wird, das seit Mitte 2013 laufend fortgeschrieben und aktualisiert wird:

1. Aufgabenbeschreibung und Zielsetzung
2. Wichtige andere Hilfsangebote in unmittelbarem Kontext der Aufgabe
3. Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards

Die anderen drei, bei der Vorbereitung des Treffens in Lüneburg vorgeschlagene Punkte für den Erfahrungsaustausch und die Diskussion in den Workshops zur Fallarbeit wurden in dem Workshop 2 nicht thematisiert:

4. Daten zum Umfang der Aufgabe
5. Möglichkeiten zur Abschätzung des Personalbedarfs bei bedarfsgerechter und qualitativ angemessener Aufgabenerfüllung
6. Austausch über Diskrepanzen zwischen Soll- und Ist-Zustand vor Ort

Um auch bei diesen Punkten weiterzukommen, schlägt der Protokollant eine Datenerhebung durch interessierte Sozialpsychiatrische Dienste aus dem norddeutschen Netzwerk vor. Dazu bietet sich die Ausfüllung der elf Tabellen im Anhang des zitierten Diskussionspapiers für das Jahr 2014 an, Stichtag wäre der 31.12.2014. Vor dem Hintergrund der vertraulich bleibenden Auswertung dieser Daten könnten die beteiligten Dienste im 1. Halbjahr 2015 in einem internen Workshop die Punkte 4. bis 6. gemeinsam diskutieren und Empfehlungen vorbereiten.

¹ Elgeti H: Auf dem Weg zu differenzierten Leistungsstandards für die Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland – Diskussionspapier im Anschluss an den Workshop „Kernaufgaben Sozialpsychiatrischer Dienste – Leistungsstandards – Ressourcenbedarf“ beim 4. Netzwerktreffen Nord des bundesweiten Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste am 13.03.2013 in Bremerhaven (aktuell 3. Entwurf; Stand 02.09.2014)

1. Aufgabenbeschreibung und Zielsetzung

- Der Betroffene oder andere sagen, es wäre eine Krise. Es besteht ein Auftrag zu sofortiger Handlung, u.U. wegen Eigen- und / oder Fremdgefährdung. Etwas gerät aus dem Gleichgewicht, der betroffene Mensch liefert die vorläufige Definition, dass wird dann bei der Abklärung evt. anders definiert. Außerhalb der normalen Dienstzeiten wird der KID mit ganz unterschiedlichen Anliegen konfrontiert, von „Ich kann nicht schlafen.“ Bis zur Anfrage der Polizei wegen einer Zwangseinweisung; trennscharf kriegt man das nicht hin.
- Psychiatrische Krisen sind von somatischen Krisen abzugrenzen, auch von reiner Fremdgefährdung bei Kriminalität. Akute und chronische Krisen, die als Rechtfertigung für unnötige Einsätze dienen, stehen gegen ärztlich zu definierende Notfälle. Wie lang dauert eine Krise? Man sollte eine zeitliche Grenze setzen: ein akut abklärungsbedürftiger Hilfebedarf, der noch am selben Tag geklärt werden muss. Beinhaltet Krisenintervention das Management einer Zwangseinweisung oder nicht?
- Krisenintervention ist nicht aufschiebbar. Auch bei psychiatrischen Krisen sollte man erwägen, inwieweit erst einmal auch nicht-psychiatrische Interventionen hilfreich sein können.
- Was ist eine Krisenintervention (KI)? Die Grenzen zwischen Beratung, Behandlung und KI verschwimmen. Gehört zur KI für den SpDi das Management einer Zwangseinweisung dazu oder nicht? Einige SpDi haben auch ordnungsbehördliche Funktionen übertragen bekommen und müssen als Betreuungsbehörde womöglich auch noch BtG-Unterbringungen managen. Ein Kriseninterventionsdienst (KID) sollte vor allem Krisenverhinderungsdienst sein und nicht Kriseneinweisungsdienst, aber das benötigt mehr Zeit für die notwendige Begleitung des Betroffenen. Viele SpDi werden mit Gutachten-Anforderungen zugestellt. KI leistet der SpDi auch innerhalb der normalen Öffnungszeiten und benötigt dazu hoch qualifiziertes Personal. Der SpDi hat die Aufgabe eines „Krisenfilters“. Nicht wenige Leute missbrauchen den KID und rufen wegen „Petitessen“ an, auch Personal in Wohnheimen erspart sich u. U. eigene Betreuung vor Ort und rät zur Inanspruchnahme des KID. Es beeinflusst die Arbeit eines SpDi und die dort herrschende Atmosphäre sehr, ob er ständig als Anlaufpunkt für KI verfügbar ist oder nicht. Es geht um Einmischung, Fürsorge, Toleranz, Raum lassen, Alternativen anschauen, Kreativität und Verletzlichkeit – solche Fragen müssen bei der Definition von KI auch angesprochen werden. Wichtig ist das Kontakt-, Beziehungs- bzw. Gesprächsangebot, z.B. die Vermittlung eines nächsten Gesprächs, die sofortige Aufnahme in eine Tagesklinik o.ä.
- Wir brauchen eine Klärung der Zuständigkeit! Auch in Suchtfragen gibt es oft akuten Handlungsbedarf – wer ist da zuständig, SpDi oder freier Träger?

2. Wichtige andere Hilfsangebote in unmittelbarem Kontext der Aufgabe

- Nicht alles muss unbedingt der SpDi machen, wenn niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten sowie für ihre Klienten auch komplementäre Dienste (Heime, ambulant betreutes Wohnen) für KI leisten.
- Gibt es überhaupt ein Angebot zur Krisenintervention?
- Was muss ein Sozialraum aushalten? Die niedrigste Ebene eines KID ist die Polizei – aber ist das gut, wenn alles an sie geht? Unter Umständen wird der SpDi-Arzt auf die Polizeiwache gerufen, wohin der Betroffene zunächst verbracht wird, andernorts treffen sich beide Akteure direkt dort, wo die Krisensituation auffällig wurde. Der SpDi ist oft auch Prellbock bei Forderungen von Dritten nach Zwangseinweisung.
- Zwischen KV und SpDi gibt es unterschiedliche Modelle der Zusammenarbeit. Formal ist die KV für die psychiatrische Notfallversorgung rund um die Uhr zuständig, das ist aber praktisch nur schwer durchsetzbar. Das KV-System funktioniert nicht im Hinblick auf das Erfordernis von Notfalleinsätzen, auch weil es dafür keine auskömmliche Finanzierung gibt. Der SpDi hat dafür Ressourcen, ihm wird u.U. auch eine Behandlungsermächtigung zugestanden, aber manche dort schätzen diese Möglichkeit weniger als den Gutachterdienst. Die Isolation des SpDi von der Klinikambulanz führt zu ungünstigen Doppelstrukturen. Es gibt funktionierende Kooperationen mit der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) der Versorgungsklinik, andererseits ist die Unabhängigkeit des SpDi von Trägerinteressen auch ein hohes Gut.
- Für den Aufbau von SpDi war die These entscheidend, dass KI in der Lage ist, Einweisungen zu verhindern – aber ist das wirklich so? Antwort: Je nachdem, was in der Kommune möglich ist. Es gibt Kommunen, da will die Politik bzw. die Kommunalverwaltung keinen KID, auch nicht im SpDi, auch nicht während der normalen Dienstzeiten, sondern nur einen PsychKG-Einweisungsdienst. Spezialprobleme treten auf, wenn PsychKG-Aufgaben an Freie Träger abgegeben werden (z.B. für Suchtfragen oder Teilgebiete): Wer übernimmt die ärztlichen Aufgaben, wenn dort keiner verfügbar ist?
- Die Klinik gewährleistet vor allem, dass immer jemand aufpasst, oft nicht die notwendige Therapie (das geht oft erst in der Tagesklinik los). Die Unterbringungsziffern sind sehr unterschiedlich von Kommune zu Kommune, sie sind abhängig von verschiedensten Einflussfaktoren, z.B. der Sozialstruktur der Bevölkerung, den Versorgungsstrukturen vor Ort, der Verfügbarkeit und Qualität eines KID, dem Image und der Alltagspraxis in der Klinik.
- Wir brauchen Alternativen zur Klinikeinweisung! Akut-Tageskliniken mit sofortiger Aufnahme und 7-Tage-Woche. Sofortige Termine bei niedergelassenen Fachärzten und Institutsambulanzen.
- Wir brauchen funktionsfähige Sozialdienste! Es gibt ein Elend gerade junger Leute nach der Jugendhilfe und vor der Obdachlosenhilfe, da muss man der psychiatrischen Etikettierung mit geeigneten sozialen Hilfen begegnen. Es fehlen ein allgemeiner Sozialdienst und ein einsatzfähiger Seniorendienst.

3. Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards

- Nach NPsychKG ist der SpDi ohne Begrenzung auf die normalen Öffnungszeiten des Dienstes zuständig. Das ist aber je nach Bundesland unterschiedlich gesetzlich geregelt und wird darüber hinaus noch je nach Kommune im Alltag unterschiedlich gehandhabt; das erschwert die Verständigung schon unter den Fachleuten. Bremerhaven: SpDi Mo-Fr 8-15 Uhr für sofortige Hausbesuche verfügbar – auch das ist KID. Aus Göttingen: Telefonseelsorge ist schön und gut, aber der Wunsch von Angehörigen nach einem KID ist nicht gerechtfertigt; braucht man überhaupt KID außerhalb der normalen Öffnungszeiten? Gifhorn: KID tagsüber an Wochenenden verfügbar, vom SpDi organisiert, verfügt über 2 Fachleute im Vordergrund und 1 Arzt im Hintergrund; Arbeit läuft ähnlich wie im SpDi zu normalen Dienstzeiten; es läuft ganz gut, auch Kooperation mit der Klinik.
- Es kommt auf die Grundhaltung und Perspektive der Mitarbeiter an. Nicht in allen SpDi ist ein Facharzt vorhanden; innerhalb und/oder außerhalb der Dienstzeiten behilft man sich dann mit Honorarärzten. Spielen Ärzte überhaupt eine positive Rolle für die Arbeit im SpDi? Abklärung ist erforderlich, die Situation ist häufig nicht eindeutig, benötigt u.U. eine ärztliche Beurteilung. Im Vergleich zu früheren Zeiten gibt es inzwischen mehr Rechte für die Betroffenen und mehr Rechtssicherheit. Es gibt große Unterschiede bei der KI zwischen SpDi und Klinik. Die KV hält den SpDi für einen Einweisungsdienst, tatsächlich erfolgt eine Zwangseinweisung jedoch z.B. in Hannover nur in 25% der aufsuchenden Notfallinterventionen. Andernorts wird ohne viel Federlesens zwangseingewiesen, oder Krisen vom Tag auf die Nacht verschoben, um den KID damit zu befassen. Einerseits soll man KI nicht auf die Behandlung im Rahmen von SGB V beschränken, auch um einer voreiligen Psychiatisierung der Betroffenen vorzubeugen. Ein Angebot zum Mittagessen kann auch „Compliance“ bewirken. Andererseits erhält der SpDi ein größeres Repertoire an KI-Möglichkeiten, wenn er auch behandeln kann. Utopische Forderung: Verbot einer Einweisung gegen den Willen des Betroffenen ohne Verfügbarkeit von Hometreatment!
- Wir brauchen genügend Personalressourcen! Wie ist der KID organisiert (z.B. Fachärzte über KV und sonstiges Personal über einen freien Träger), gibt es genug Ressourcen für Krisenverhinderungsdienst? Wenn man sich kümmert, kann es auch zu mehr Einweisungen kommen; andererseits führen zu wenig passgenaue ambulante Hilfen zu mehr stationärem Behandlungsbedarf. Die Klinik ist nicht immer die richtige Adresse, wenn es draußen nicht klappt. Es kommt auf gute Kooperation an; Klinikbetten sollten weder idealisiert noch verteufelt werden. Zeit und Ideen auch für die Nachsorge im Anschluss an einen Klinikaufenthalt.
- Organisation eines KID außerhalb Dienstzeiten reicht von Telefonseelsorge über telefonischen / aufsuchenden Honorar-Krisendienst ohne Arzt bis zu PsychKG-Einweisungsdienst durch Honorar-Fachärzte. Soll die Kontinuität der betreuenden Person im SpDi im Vordergrund stehen, oder soll der KID in Arbeitsteilung von einem eigenen (Sub-) Team im SpDi übernommen werden? Macht es Sinn, dass eine andere Fachperson einen neuen Blick auf eine Problemlage und Betreuungssituation wirft? Welche Funktion erfüllen nicht-ärztlich besetzte KID?