

Stellungnahme des Kreisgesundheitsamtes Heinsberg zum psychosozialen Krisendienst

Die vorliegende Stellungnahme des Gesundheitsamtes bezieht sich auf die Anfrage aus dem Kreistag bezüglich einer potentiellen Einrichtung eines psychosozialen Dienstes im Kreis Heinsberg. Um einen möglichst umfassenden Einblick aus unserer Sicht in die Thematik zu geben, bezieht sich dieses Dokument zunächst auf die Definition des Begriffs „Psychosoziale Krise“. Dies geschieht auch in Abgrenzung zum sog. psychiatrischen Notfall.

Im nächsten Schritt wird auf das Thema Krisenintervention in diesem konkreten Zusammenhang eingegangen. Eine Definition und Zielsetzungen werden benannt sowie die allgemeinen Prinzipien der Krisenintervention beschrieben. Das von G. Sonnek entwickelte BELLA-Konzept wird als ein Beispiel für eine Vorgehensweise vorgestellt.

Im Rahmen der Bearbeitung der Anfrage wurde Kontakt mit unterschiedlichen Kommunen im Bundesgebiet aufgenommen, in denen dieses Thema ebenfalls diskutiert bzw. bereits umgesetzt wurde. Exemplarisch werden hier die Beispiele aus Berlin, München und dem Kreis Euskirchen diskutiert.

Daran schließt sich eine kurze Darstellung der psychiatrischen Versorgung im Kreis Heinsberg sowie die Präsentation der Ergebnisse des aktuellen Sachstands der Bedarfserhebung an.

Psychosoziale Krise

Psychosoziale Krisen stehen nicht selten am Beginn von Störungen und Erkrankungen bis hin zu selbstschädigenden Verhalten oder Suizid. Im Rahmen der Begriffsbestimmung muss eingangs festgestellt werden, dass es aktuell keine einheitliche Definition des Terminus „psychosoziale Krise“ gibt. Allerdings berufen sich viele der Experten/-innen auf eine Veröffentlichung des österreichischen Arztes und Psychotherapeuten Gernot Sonneck aus dem Jahre 1991. Er war Vorstand des Instituts für Medizinische Psychologie der Medizinischen Universität Wien und Vorstandsvorsitzender des Kriseninterventionszentrums Wien. Schwerpunkte seiner Arbeit sind Krisenintervention und Suizidprävention. In seiner Veröffentlichung „Krisenintervention und Suizidverhütung“ führt er zum o.g. Begriff Folgendes aus:

„Eine **psychosoziale Krise** ist der Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordert.

Krisen sind dabei Ereignisse, die sich im Leben jedes Menschen immer wieder einstellen. Man unterscheidet dabei drei Arten von Krisen: die **traumatische Krise**, ausgelöst durch plötzliche, meist unvorhergesehene Schicksalsschläge, wie z.B. Krankheit oder plötzliche Invalidität, Tod eines nahestehenden Menschen, Trennung, Entlassung, **die Veränderungskrise**, die in jedem Lebenslauf durch seine natürliches Fortschreiten entsteht, also durch Heranwachsen, Verlassen des Elternhauses, Heirat, Geburt eines Kindes, Ablösung der Kinder, Klimakterium, Altern etc., und die

Krise als Epiphänomen systemischer Dysfunktion, also eine ohne vorhergehendes Trauma oder eine Veränderung, sondern dass eine soziale Situation in einem System eskaliert, sodass der Zusammenhalt existentiell in Frage gestellt wird. Bei manchen Lebensveränderungskrisen handelt es sich auch um Situationen, die von vielen Menschen als positiv eingestuft werden, wie z. B. Verlassen des Elternhauses, Heirat oder die Geburt eines Kindes. Oft ist der Anlass für die Krise der Umwelt und manchmal auch der betroffenen Person selbst nicht nachvollziehbar, wobei jeder Mensch Persönlichkeitsbereiche hat, die aufgrund seiner Entwicklung brüchig sind, sodass in diesen Bereichen dann leichter Krisen auftreten.

Ein Charakteristikum von Lebenskrisen ist der **Verlust des inneren Gleichgewichts**, denn die oder der Betroffene wird in ihrer/seiner momentanen Lebenssituation mit belastenden Ereignissen konfrontiert, die den bisherigen Umgang mit Problemen oder Zielen massiv in Frage stellen. Eine Überforderung durch Lebensumstände oder Ereignisse lässt ein Gefühl von Überforderung, Spannung und Bedrohung entstehen, sodass das psychosoziale Gleichgewicht gestört ist. Vor allem sieht man keine Handlungsmöglichkeit, sondern erlebt eine Einengung, Lähmung der gesamten Energie, fehlende Kraft zum Handeln, sodass subjektiv das Gefühl entsteht, dass es keinen gangbaren Weg mehr gibt. So werden vor allem die Herausforderungen des Alltags nicht mehr bewältigt und somit ist das Selbstwertgefühl stark beeinträchtigt. In der Regel begleitet Angst den Menschen in der Krise, wobei das Ausmaß der Angst immer auch ein Hinweis auf die Schwere der Krise darstellt. Je belastender eine Krise wird, desto größer der innere und äußerer Druck nach Veränderung bzw. der Wunsch nach Entspannung. Man kann vier Phasen einer Krise unterscheiden:

1. Phase: Das Grundproblem tritt auf, d. h., die Konfrontation mit dem problematischem Ereignis, bei dem die gewohnten Fähigkeiten und Mittel nicht ausreichen das Problem zu bewältigen, sodass eine Spannung entsteht, in der die oder der Betroffene versucht, mit intensiveren Anstrengungen das Problem in den Griff zu bekommen, wobei in der Regel auch seine Mitmenschen von ihm mehr beansprucht werden.

2. Phase: Erste Signale treten auf und Betroffene erleben, dass die Belastung nicht bewältigt werden kann, vor allen Versagensgefühle, Angst, Druck, Aggression, körperliche Symptome sind zu finden, der Selbstwert sinkt, die Spannung vermehrt sich, Gefühle, Wahrnehmungen verdichten und verengen sich, wobei zwar alles auf ein ungelöstes Problem hindeutet, jedoch aber damit nicht in Zusammenhang gebracht wird.

3. Phase: Bei der Kontrolle der Signale wird oft auch in selbstschädigender Weise versucht etwa durch Betäubung wie Alkohol oder Medikamente die Situation zu beherrschen. Manchmal kommt es zu einer körperlichen Erkrankung, der innere Druck führt zur Mobilisierung aller Bewältigungsmöglichkeiten, wobei manchmal sehr Ungewöhnliches oder Neues versucht wird, d. h., die eigene Situation wird bewusst als neu und anders eingeschätzt, wobei es in dieser Phase entweder zur Bewältigung der Krise kommt oder aber zum Rückzug aus der Situation bzw. zur Resignation. Hier ist die Gefahr der Chronifizierung und der sozialen Isolation besonders hoch.

4. Phase: Der Zusammenbruch tritt auf, wenn eine Bewältigung nicht gelingt und ein Rückzug nicht möglich ist. Dann ist die Krise akut geworden und es besteht in nicht wenigen Fällen die Gefahr eines Suizids als Lösungsversuch. Während der Mensch möglicherweise nach außen noch geordnet wirkt, ist er doch innerlich konfus, massiv angespannt, hat das Gefühl nicht mehr in Kontakt zu anderen treten zu können und leidet an seinem inneren Chaos. Neben der Ratlosigkeit tritt mit einer Neigung

zum Verlust der Impulskontrolle oft auch Handlungslosigkeit und Erstarrung auf. Auch in dieser Phase kommt es wieder entweder zur Bewältigung oder zur Chronifizierung.

Wichtig: Eine Krise ist **kein krankhafter Zustand**, denn eine Krise kann jeden Menschen in jeder Lebensphase treffen, nur kann dieser in der Zeit der Krise über längere Zeit nicht auf seine bewährten Problemlösungsstrategien zugreifen.“¹

Literatur

Sonneck, G. (1991). Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Fakultas-Universitätsverlag.

Quelle

Stangl, W. (2019). Stichwort: 'psychosoziale Krise'. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik.

Abgesehen von der o.g. Definition des Begriffs „psychosoziale Krise“ gibt es eine Vielzahl von Begriffsbestimmungen, die von einzelnen Einrichtungen publiziert werden. So findet sich auf der Homepage des Krisenzentrums Dortmund² folgender Text:

„Psychosoziale Krisen

Jeder Mensch ist in seiner Lebensgeschichte mit Ereignissen und Problemen konfrontiert, die sich zu massiven Belastungen oder einer krisenhaften Zuspitzung ausweiten können. Krisenzeiten bieten Chancen zur Persönlichkeitsentfaltung und Veränderung. Sie können Menschen aber auch hilflos, resignativ oder sogar suizidal werden lassen. Betroffene nennen vielfältige Symptome: Gefühle der Verzweiflung, Ratlosigkeit, Hoffnungslosigkeit oder Überlastung, Ängste, Antriebslosigkeit, Depressionen, Suizidgedanken oder -handlungen, psychosomatische Beschwerden, posttraumatische Symptome, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, präpsychotische Symptome.

Da das Erleben einer Krise stark von subjektiven Bewertungen abhängt, ist der Begriff Krise nicht leicht zu definieren.

Eine **psychische Krise ist eine psychische Notsituation**. Diese steht im Zusammenhang mit einem emotional bedeutsamen Ereignis oder mit einer bedeutsamen Veränderung der Lebensumstände. Es handelt sich dabei um einen akuten, zeitlich begrenzten Zustand, der momentan die Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen übersteigt und deshalb mit Kontrollverlust verbunden sein kann, in der beim Betroffenen sehr starke Emotionen auftreten können und die Gefahr besteht, dass der Betroffene sich selbst oder anderen schweren Schaden zufügt.“

Wichtig beim Umgang mit dem Begriff der „psychosozialen Krise“ ist eine klare Abgrenzung zum psychiatrischen Notfall, so wie sie im Folgenden von Teresa Diepenbusch vorgeschlagen wird:

¹ <https://lexikon.stangl.eu/16034/psychosoziale-krise/> (2019-11-13)

² https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten/Krisenzentrum_Dortmund/Psychosoziale_Krisen.php

Psychosoziale Krise	Psychiatrischer Notfall
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Anlass</u>: Schwere subjektive Notlage, entstanden aus einem Zusammenbruch der Hilfepotenziale und Bewältigungs-strategien, in der Folge von schweren belastenden lebensverändernden Ereignissen • <u>Zeit</u>: Intervention innerhalb von 24 bis 48 Stunden erfolgen • <u>Wer interveniert</u>: Multidisziplinäre Zusammenarbeit sinnvoll, aber nicht unbedingt notwendig. Noch bestehende Kommunikationsfähigkeit/Kooperationsbereitschaft • <u>Ziel</u>: Beziehungsaufnahme, Behandlung, Prävention • <u>Intervention</u>: Lösungs- und Ressourcenorientiert 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Anlass</u>: Objektiv medizinische Notfallsituation; Akute Verschlechterung des Krankheitszustandes bzw. Gefährdung durch eine psychiatrische Krankheit/chronisch psychischen Störung, Vorlage von Selbst- und Fremdgefährdung • <u>Ursache</u>: vitale Gefährdung Nicht mehr bestehende Kommunikationsfähigkeit • <u>Zeit</u>: Unmittelbarer Handlungsbedarf zur Abwendung von Gefahr • <u>Wer interveniert</u>: Medizinisch-psychiatrische Beurteilung oder Kooperation mit anderen Institutionen; Bedarf medizinisch-psychiatrische Hilfe • <u>Ziel</u>: rasche symptomatische Behebung des bedrohlichen Zustandes, Herstellen von Schutz und Sicherheit • <u>Intervention</u>: handelndes Eingreifen

Quelle: https://www.lwl.org/psychiatrie-marsberg-download/PDF/Vortraege/Fortbildung_Praeentation%20KriseKrisenintervention.pdf

Bei beiden Begriffen ist aus Sicht der Fachwelt die Notwendigkeit einer sofortigen therapeutischen Intervention gegeben. Allerdings wird dabei auch festgestellt, dass die beiden Situationen in der Praxis mitunter nicht klar voneinander zu trennen sind. Dies bedeutet grundsätzlich, dass im Rahmen eines psychosozialen Krisendienstes das **Vorhandensein eines psychiatrischen Notfalldienstes** als sinnvoll erscheint.

Dies belegt auch die folgende Darstellung typischer Anliegen und Konstellationen aus dem Krisendienst des Psychosozialen Trägervereins Solingen e.V.:

Anrufer	Geschilderte Situation
43 J, w, ruft selber an:	Vor längerer Zeit Psychotherapie, kennt „Skills“ zur Spannungsregulation, jetzt seit mehreren Stunden starkes Zittern, Gedankenkreisen, Herzrasen, Gefühl, verrückt zu werden, könne sich nicht mehr helfen
53 J, m, Ehefrau ruft an:	Er habe heute erfahren, dass seine Wohnung geräumt wird und Suizidgedanken geäußert, längere depressive Entwicklung nach Trennung, Post nicht mehr geöffnet, Alkoholmissbrauch
23 J, m, Sozialarbeiter aus Flüchtlingsunterkunft ruft an:	Herr A. habe sich nach Streit in Unterkunft bd. Unterarme aufgeschnitten
38 J, w, Schwester ruft an:	In Vergangenheit mehrere depressive und psychotische Phasen, jetzt seit ca. 2-3 Wochen kaum noch Schlaf, Chaos in der Wohnung, „Telefonterror“ bei Freund, aggressiv gegenüber den betagten Eltern, dort Situation heute eskaliert

In der internationalen Klassifikation für Krankheiten (ICD-10) werden Krisensituationen im Kapitel F wie folgt beschrieben:

- **Akute Belastungsreaktion (F43.0)**
Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von "Betäubung", mit einer gewissen Bewusstseinsminderung und

eingeschränkten Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sich zurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor, siehe F44.2) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie (siehe F44.0) bezüglich dieser Episode kann vorkommen. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden.

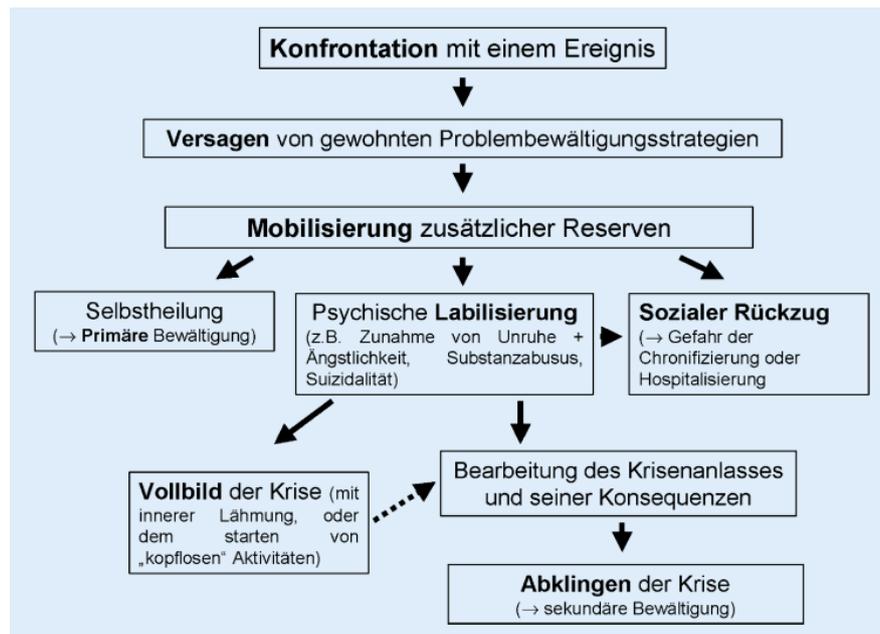
- **Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)**

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubt sein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.

- **Andauernde Persönlichkeitsveränderung durch Extrembelastung (F62.0)**

Eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung kann einer Belastung katastrophalen Ausmaßes folgen. Die Belastung muss extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tief greifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht in Erwägung gezogen werden muss. Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl, gekennzeichnet. Eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) kann dieser Form der Persönlichkeitsänderung vorausgegangen sein.

Das folgende Phasenmodell der Lebensveränderungskrisen nach Caplan fasst das Gesagte nochmals visuell zusammen:



Quelle: Phasenmodell der Lebensveränderungskrise nach Caplan³

Krisenintervention

Nach Gernot Sonneck (2000) ist eine Krisenintervention „jene Form psychosoziale Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheit und Fehlanpassung befasst, deren Auftreten im engeren Zusammenhang mit Krisen stehen“. Das wesentliche Ziel der Krisenintervention ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Professionelle Helfer stellen in diesem Zusammenhang eine Stütze dar, zeigen Mitgefühl und ermutigen dazu Gefühle zu zulassen. Sie helfen dem Betroffenen zu verstehen, dass ihre Symptome eine natürliche „Warnreaktion“ des eigenen Körpers darstellen und unterstützen dabei die Krise anzunehmen und zu akzeptieren. Ziel ist das Erlernen von alternativen Handlungsmöglichkeiten und das Erkennen, dass eine Krise eine Gefahr aber auch eine Chance zugleich ist.

Allgemeine Prinzipien sind die Abwendung von Gefahr für Leben und Gesundheit, der Betroffenen und ihr soziales Umfeld sowie die zeitlich Begrenzung auf mehrere Stunden bis zu einigen Tagen. Weitere Prinzipien sind nach Sonneck:

- Rascher Beginn
- Aktivität
- Methodenflexibilität
- Fokus: Aktuelle Situation/Ereignis
- Einbeziehung der Umwelt
- Entlastung
- Zusammenarbeit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine professionelle Krisenintervention den Patienten darin unterstützen soll,

³ https://www.uniklinikum-saarland.de/fileadmin/UKS/Einrichtungen/Kliniken_und_Institute/Medizinische_Kliniken/Innere_Medizin_IV/Patienteninfo/Psychologe/KriseninterventionNotfallmedizin.pdf

- eine weitere Eskalation der Krise zu unterbinden,
- eine sofortige Entlastung zu induzieren, um seine Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren,
- eine psycho-physiologische Stabilisierung,
- eine Rückkehr zu einer normalen Funktionsfähigkeit ermöglichen
- eine weitergehende Unterstützung in einem ambulanten oder stationären Setting zu ermöglichen und

damit psychische, körperliche und soziale Folgeschäden bei dem Betroffenen und seinem sozialem Umfeld zu verhindern. R. D’Amelio et al. schlagen in ihrem Artikel „Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin“⁴ folgende, grundsätzliche Vorgehensweise vor:

Tab. 1 Ablauf einer Krisenintervention
<p>1. Beurteilung der Situation und der Befindlichkeit des Patienten:</p> <p>Im Mittelpunkt der Beurteilung stehen dabei die unmittelbaren internen und externen Auslöser der Krise mit Fokus auf die aktuellen Schwierigkeiten. Biografische Daten werden nur herangezogen, wenn sie direkt auf die akute Situation einwirken. Auch die bisherigen Lösungsversuche sollten eruiert werden. Wichtig: Selbst- und Fremdgefährdung einschätzen!</p>
<p>2. Planung der Krisenintervention:</p> <p>Diese muss kurzfristig umsetzbar sein und zu einer unmittelbaren Stabilisierung des Patienten führen. Dabei gilt es die Ressourcen des Patienten und seines sozialen Umfeldes zu berücksichtigen</p>
<p>3. Durchführung der Krisenintervention:</p> <p>Diese muss das Ziel der Symptomverminderung und der ausreichenden Stabilisierung des Patienten haben</p>
<p>4. Abschluss der Krisenintervention:</p> <p>Es erfolgt eine Bewertung und vorausschauende Planung. Nächste Schritte: Überweisung an spezialisierte Institutionen, Vereinbarung von stabilisierenden Maßnahmen unter Einbezug des sozialen Kontext des Patienten</p>

Als detaillierteres Beispiel für ein mögliches Vorgehen im Rahmen einer Krisenintervention sei hier das sog. **BELLA-Konzept** nach Sonneck benannt.

Beziehung aufbauen:	Erfassen der Situation:	Linderung der Symptome:
<ul style="list-style-type: none"> • Ich nehme den Menschen an, wie er ist. • Ich fange dort an, wo er steht. • Ich zeige, dass ich mit ihm Kontakt aufnehmen möchte. • Ich verzichte auf argumentierendes diskutieren. • Ich nehme die in mir ausgelösten Gefühle und frage mich, worauf sie mich hinweisen. • Ich verzichte auf das Anliegen eigener Wertmaßstäbe. • Ich orientiere mich an den Bedürfnissen des Menschen. • Ich arbeite am Aufbau einer partnerschaftlichen Beziehung und vermeide objektivierende Distanz. (Lenz, 2009, S. 39). 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration des Anlasses, des Anliegens für das Kommen, der derzeitigen Lebenssituation, der individuellen/familiären Hintergründe, der Veränderungen durch die Krisensituation, der bereits angewendeten Lösungsstrategien. • Bezogen auf die derzeitige Situation den Fokus weniger auf die Vergangenheit richten. Erfragen der Dauer der Krise, der Bewältigungsversuche oder des Vorliegens einer psychischen Vorbelastung. <p>Erfassen der Situation/Informationen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Ereignisse, Folgen, betroffenen Personen und dem aktuellen Anlass: Fakten und Emotionen; 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome sollten als Warnsignale des Körpers definiert werden, als natürlicher Ausdruck auf die belastende Situation • Betroffenen sollten ermutigt werden, Gefühle zu zulassen • Probleme sollten definiert werden & Ängste/Beeinträchtigungen bei der Realisierung von Lösungsmöglichkeiten sollten bearbeitet werden • Bedürfnisse und Erwartung der Betroffenen stehen im Fokus • Schuldgefühle nehmen einen besonderen Stellenwert bei Kindern und Jugendlichen ein • Entspannungstechniken oder der Einsatz von Skills kann helfen • Anspannungszustände zu lösen • Oder eine vorübergehende

⁴ https://www.uniklinikum-saarland.de/fileadmin/UKS/Einrichtungen/Kliniken_und_Institute/Medizinische_Kliniken/Innere_Medizin_IV/Patienteninfo/Psychologe/KriseninterventionNotfallmedizin.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> • das Physische (Schlaf, Ernährung, Beschwerden) und • Psychische (Gefühle, Realitätsempfinden, Kommunikationsfähigkeit, Selbstwert, Denkfähigkeit, Aktivität, Entscheidungsfähigkeit) • frühere ähnliche Ereignisse und Befindlichkeiten; • Fähigkeiten und Möglichkeiten des Klienten (Hinweise auf Aktivität, Autonomie, Selbstwert, soziale Integration) und mögliche Gefahren für Leben, Gesundheit, Existenz des Klienten und/oder andere Personen (Selbst- und Fremdgefährdung) (Lenz, 2009, S. 40). 	Medikation
<p><u>Leute einbeziehen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung sozialer Ressourcen • Bei Kindern und Jugendlichen sollte die Tragfähigkeit der familiären Beziehungen geprüft werden und in jedem Fall mit einbezogen werden 	<p><u>Ansatz zur Problembewältigung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierungshilfen, Hilfestellungen bei Entscheidungen, Bearbeiten von Blockaden stehen im Vordergrund. • Im Sinne des Ressourcenansatzes sollten an den bisherigen Lösungsstrategien/-kompetenzen des Betroffenen angeknüpft werden. • Es sollte eine gemeinsame Problemdefinition getroffen werden und sich für Veränderungen entschieden werden. 	

Praxisbeispiele

Das Thema „Einrichtung eines psychosozialen Krisendienstes“ wird bundesweit in vielen Kommunen und Kreisen unterschiedlicher Größe und Infrastruktur seit den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts diskutiert und teilweise umgesetzt. Im Folgenden werden einige Praxisbeispiele kurz dargestellt:

Berliner Krisendienst

Der Berliner Krisendienst wurde am 01. Oktober 1999 mit einer dreijährigen Modellphase begonnen und feiert nun bereits sein 20-jähriges Bestehen. Er gilt als ein in Europa einmaliges Projekt einer städtischen Krisenversorgung dieser Größenordnung. Der Berliner Krisendienst ergänzt die vorhandenen psychosozialen und psychiatrischen Dienste außerhalb deren Öffnungszeiten. Er arbeitet schwerpunktmäßig dann, wenn die anderen Hilfsangebote geschlossen sind. Der Berliner Krisendienst ist rund um die Uhr erreichbar. Neben den Öffnungszeiten der regionalen Standorte steht ein überregionaler Bereitschaftsdienst den Hilfesuchenden zur Verfügung. Es gibt innerhalb Berlins mehrere Standorte:



In jeder der sechs Berliner Regionen arbeiten feste, multiprofessionelle Teams, die aus jeweils sechs Mitarbeitern bestehen: Psychologen, Sozialarbeiter und – standortspezifisch – zusätzlich Ärzte und Pflegekräfte mit Erfahrungen aus der psychiatrischen Arbeit. Zusätzlich ist in jedem Team eine Fachkraft für Menschen mit geistiger Behinderung angestellt. Die überwiegende Zahl der Mitarbeiter verfügt über eine spezielle therapeutische Zusatzausbildung. Ihre fachliche Arbeit wird durch kontinuierliche Supervision und Fortbildung unterstützt. Insbesondere bei akuten Krisen und psychiatrischen Problemstellungen, die einen Hausbesuch erfordern, wird sich auch die Frage nach ärztlichem Handeln stellen. In diesen Fällen kann der fachärztliche Hintergrunddienst des Berliner Krisendienstes hinzugezogen werden.

Der Berliner Krisendienst wird öffentlich finanziert von allen Bezirken des Landes Berlin. Zur Anschubfinanzierung stellten die Krankenkassen einmalig Mittel zum Aufbau ambulanter Einrichtungen bereit, die durch den Abbau der Psychiatrie-Krankenhausbetten frei wurden. Vom Bezirksamt Charlottenburg werden diese Mittel für alle Bezirke bereitgestellt und treuhänderisch vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPW), Landesverband Berlin e. V. verwaltet. Heute tragen alle Bezirke der Stadt Berlin die Finanzierung gemeinsam.⁵



Im Jahre 2007 wurde der Krisendienst Psychiatrie München gegründet. Die Entwicklung begann jedoch bereits 1994 mit der Einrichtung des Psychiatrischen Krisenzentrums Atriumhaus. In den Folgejahren wurden die notwendigen weiteren Strukturen aufgebaut, die dann zum Aufbau des Krisendienstes führten.

Der Krisendienst Psychiatrie bietet telefonisch Hilfe und Orientierung in einer seelischen Notlage – an 365 Tagen im Jahr: Wenn eine persönliche psychologische, psychiatrische oder sozialpsychiatrische Beratung benötigt wird, empfiehlt der Krisendienst geeignete Hilfeangebote. In dringenden Fällen wird ein Einsatz am Ort der Krise in die Wege geleitet. Falls eine stationäre Behandlung notwendig ist, werden Anrufer an eine Krisen- oder Akutstation einer psychiatrischen Klinik vermittelt.

⁵ <https://www.berliner-krisendienst.de/>

Der Krisendienst wird von einem Team bestehend aus einer Dipl. Sozialpädagogin, einer Dipl. Psychologin und einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet. Es gibt insgesamt 10 Planstellen, die auf 35 MitarbeiterInnen der verschiedenen, beteiligten Träger verteilt sind.

Es gibt einen Trägerbund (GbR) bestehend aus Caritasverband München u. Freising e.V., Diakonie Hasenberg e.V., gem. GmbH des Projektevereins, Isar-Amper-Klinikum, KMO / Atriumhaus, Soziale Dienste Psychiatrie gem. GmbH in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die Finanzierung des Münchener Krisendienstes erfolgt vorrangig über den Bezirk Oberbayer sowie die Landeshauptstadt München und dem Bayer. Staatsministerium ASFF (Öffentlichkeitsarbeit).⁶



Im Rahmen der Bearbeitung der Anfrage wurde u.a. mit folgenden Kommunen Kontakt aufgenommen bzw. Informationen gesammelt:

- Dresden
- Düsseldorf
- Euskirchen
- Frankfurt
- Hannover
- Oldenburg
- Schwerin
- Solingen
- Trier

Eine wichtige Erkenntnis aus den gesammelten Daten besteht darin, dass die benannten Kommunen nur bedingt miteinander vergleichbar sind. Dies gilt auch für die Frage nach dem bestehenden Bedarf bzw. der Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen. So sind diese Faktoren u.a. abhängig von der Größe der jeweiligen Kommunen, der Zusammensetzung der Bevölkerung, den Finanzierungsmöglichkeiten sowie der infrastrukturellen Gegebenheiten. Ein weiterer wichtiger

⁶ <http://www.krisendienst-psychiatrie.de/>

Faktor sind die bereits vorhandenen Versorgungsstrukturen bezüglich der Versorgung psychischer Probleme bzw. Erkrankungen. Abschließend wird hier ein Beispiel aus der Euregio Maas-Rhein dargestellt, die angestrebte Clearingstelle des Kreises Euskirchen.



Seit ca. 4 Jahren gibt es im Kreis Euskirchen konkrete Bestrebungen, eine sog. Krisen- und Clearingstelle einzurichten. Im September 2016 wurde in der KGK beantragt, dass im Kreis Euskirchen eine multiprofessionelle Vermittlungs- und Beratungsstelle für Menschen in seelischen Notlagen eingerichtet wird. Dieses Hilfeangebot sollte psychiatrisch-psychotherapeutische Facharztkompetenz, die Kompetenzen Psychologischer Psychotherapeuten und sozialarbeiterisch/sozialpädagogisch Tätiger vorhalten. Die Funktionen sollten sein: Initiale Entlastung der Hilfesuchenden, Lotsenfunktion, Weiterverweisung an vorhandene Hilfeinrichtungen. Dieses Hilfeangebot sollte grundsätzlich allen Hilfesuchenden zur Verfügung stehen: Betroffenen, Angehörigen, Bezugspersonen, Hausärzten und anderen professionellen Helfern sowie Fach- und Beratungsstellen. Das Angebot sollte trägerübergreifend vorgehalten und systemübergreifend (Kreis, Kommunen, Krankenkassen, freie Träger) finanziert werden.

Bisher ist die Einrichtung dieser Krisen- und Clearingstelle am Votum der niedergelassenen Ärzte gescheitert.

Psychiatrische Versorgung im Kreis Heinsberg

Sozialpsychiatrischer Dienst

Die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes richtet sich an Menschen, die unter psychiatrischen Erkrankungen oder psychosozialen Störungen und Behinderungen leiden, sowie deren Angehörige.

Die Unterstützung der Betroffenen erfolgt in Form einer individuellen psychosozialen Beratung und in der Vermittlung weitergehender Hilfen durch andere Institutionen.

Die Arbeit erfolgt nach dem Grundsatz der Ganzheitlichkeit und dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe.

Beratungsstellen des SpDi für psychisch kranke Menschen sind beim Gesundheitsamt des Kreises Heinsberg in der Kreisverwaltung Heinsberg sowie in den Nebenstellen in Erkelenz und in Geilenkirchen eingerichtet. Außerdem bietet der Kreis Heinsberg in Kooperation mit dem Jobcenter eine Psychosoziale Betreuung nach §16a SGB II (Eingliederungshilfe) an.

Psychiatrische Kliniken und Angebote

Der Kreis Heinsberg verfügt über ein weitreichendes und gut vernetztes Angebot für Bürgerinnen und Bürger mit psychischen Erkrankungen bzw. Problemen. Die folgende Auflistung erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

- ViaNobis – Die Fachklinik
 - Stationäre Behandlung
 - Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
 - Gerontopsychiatrisches Zentrum
 - Gerontopsychiatrische Station
 - Gerontopsychiatrische Tagesklinik
 - Gerontopsychiatrische Ambulanz
- Psychiatrische Tagesklinik Erkelenz
- Psychiatrische Tagesklinik Gangelt
- Psychiatrische Tagesklinik Heinsberg
- LVR Klinik Viersen, Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
 - Ambulanz Erkelenz
 - Ambulanz Heinsberg
 - Tagesklinik Heinsberg
- Psychosomatische Reha am Krankenhaus Geilenkirchen
- Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Niedergelassene psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
- Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
- Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Betreutes Wohnen für Menschen mit Beeinträchtigungen (Eingliederungshilfe), diverse Anbieter
- Stat. Einrichtungen für Suchtkranke (Casa-Wohnen und pflegen GmbH Erkelenz, MEDIAN Therapiezentrum Loherhof, Geilenkirchen)
- Stat. Einrichtungen für chronisch psychisch kranke (Wohnheim Mutter Theresa, Caritas, ViaNobis-Die Eingliederungshilfe Wohnstätten in Erkelenz und Gangelt)
- Beratungsstellen für Suchtkranke
 - Gesundheitsamt Heinsberg
 - Gesundheitsamt – Nebenstelle Erkelenz
 - Gesundheitsamt – Nebenstelle Geilenkirchen
- Beratungsstelle für Suchtfragen, Hückelhoven (in Trägerschaft von Caritas und Diakonie)
- Opiatsubstitution über niedergelassene Hausärzte
- Kontakt- und Beratungsstellen der Caritas für die Region Heinsberg e.V. an den Standorten Erkelenz, Heinsberg und Übach-Palenberg
- Notfallseelsorge im Kreis Heinsberg
- Telefonseelsorge
- Notdienstpraxen
- Nepomuk, Netzwerk für Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern
- Integrationsfachdienst

In Anbetracht der Kontaktmöglichkeiten außerhalb der normalen Dienstzeiten ist anzumerken, dass, neben den benannten Notdiensten und Ambulanzen der Kliniken, das in unserem Kreis angebotene betreute Wohnen (Gangelter Einrichtungen, Caritas) über entsprechende Hintergrunddienste verfügt und den Betroffenen somit zur Verfügung steht.

Bedarfserhebung im Kreis Heinsberg

Zur Feststellung eines potentiellen Bedarfs eines psychosozialen Krisendienstes wurde daher nach Absprache mit der Amtsleitung des Gesundheitsamtes, Frau Heidrun Schößler, und dem Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Herrn Wolfgang Sommer, ein Fragebogen entwickelt (Anlage 1). Darin werden fünf Themenbereiche abgefragt:

1. Wie viele Notrufe sind bei Ihnen im vergangenen Monat eingegangen?
2. Konnte den Fällen mit psychosozialen Krisen ein passendes Angebot gemacht werden?
3. An welche Einrichtungen/Organisationen wurden die Fälle mit psychosozialen Krisen verwiesen?
4. Wie hoch schätzen Sie die Dringlichkeit der Beratung bei den Fällen mit psychosozialen Krisen ein, die nicht an eine der unter Frage 3 aufgelisteten Stellen weiterverwiesen werden konnten?
5. Wie hoch schätzen Sie den Unterstützungsbedarf bei den Fällen mit psychosozialen Krisen ein, die nicht an eine der unter Frage 3 aufgelisteten Stellen weiterverwiesen werden konnten, damit sie eine passende Hilfe finden können?

Zeitgleich wurde von der Amtsleitung und dem Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes ein Anschreiben erstellt, welches zur Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Organisationen/Behörden dient, in denen die Erhebung durchgeführt werden sollte (Anlage 2).

Zunächst wurde Kontakt mit der Kreispolizeibehörde des Kreises Heinsberg, dem Feuerschutzzentrum/Leitstelle Kreis Heinsberg und dem Rettungsdienst des Kreises Heinsberg aufgenommen. Alle Beteiligten zeigten sich sehr kooperativ und haben das Vorhaben tatkräftig und unbürokratisch unterstützt. Aus den ersten gemeinsamen Gesprächen ergab sich zunächst, dass eine retrospektive Erhebung nicht möglich sei, da die Dokumentation der eingegangenen Notrufe die von uns zu erhebenden Kriterien nicht enthielten. Es wurde vereinbart, den Monat September 2019 als Erhebungsmonat festzulegen. Die Bedarfserhebung wurde sowohl bei der Kreispolizeibehörde als auch bei der Leitstelle durchgeführt (beim Rettungsdienst gehen nur die Anforderungen ein, die als Notrufe bei der Leitstelle ankommen).

Nach Ablauf des Erhebungszeitraumes teilten beide Behörden mit, dass ein Ausfüllen des Fragebogens nicht möglich gewesen sei, da keiner der eingegangenen Notrufe auf einer psychosozialen Krise zurückzuführen gewesen wäre.

Die Kreispolizeibehörde teilte dazu am 31.10.2019 Folgendes schriftlich mit:

Landrat Heinsberg Direktion GE / Führungsstelle Az. - 60.10.05 -	Heinsberg, 31.10.2019 SB: Thönnissen, PHK'in
----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Sehr geehrter Herr Grimm.

Wir bedanken uns für das konstruktive persönliche Gespräche am 17.10.2019. Die zugesagte Antwort erreicht Sie erst mit deutlicher Verzögerung, was der urlaubsbedingten Abwesenheit der Entscheidungsträger geschuldet ist.

Wie bereits besprochen, ist eine in die Tiefe gehende Bedarfserfassung, wie von Ihnen in ihrem Erhebungsbogen erwünscht, nicht möglich.

Absprachegemäß teile ich Ihnen die erhobenen Auswertungen für den Monat September 2019 mit:

Einsätze Suizidversuch: 10
Einsätze Einweisung nach PsychKG: 4

Bei der Leitstelle der Polizei gehen auch Notrufe/Anrufe ein, die auf die von Ihnen beschriebenen psychosozialen Krisen hindeuten könnten, jedoch kein polizeiliches Handeln erfordern. Erfahrungsgemäß kann jedoch mitgeteilt werden, dass diese Art der Anrufe eher selten sind. Auf unsere diesbezüglichen Ausführungen im Gespräch vom 17.10.2019 wird in diesem Zusammenhang verwiesen.

Bei Rückfragen stehen Ihnen gerne

PHK von den Driesch, Leiter Führungs- und Lagedienst [02452 - 920 2400](tel:02452-9202400)
oder ich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Melanie Thönnissen
Polizeihauptkommissarin

Kreispolizeibehörde Heinsberg
Direktion Gefahrenabwehr / Einsatz
Führungsstelle GE
SG Organisation/Personal/Zusammenarbeit
Carl-Severing-Str.1. 52525 Heinsberg

Telefon: [+49 \(2452\) 9203006](tel:+4924529203006)
Fax: [+49 \(2452\) 9203009](tel:+4924529203009)
CN-Pol: [07 355 3006](tel:073553006)

Persönl. Postfach: Melanie.Thoennissen@polizei.nrw.de
Dienstl. Postfach: GEFuest.Heinsberg@polizei.nrw.de



Ähnliches wurde dem Gesundheitsamt auch von der Leitstelle des Kreises Heinsberg mitgeteilt (eine schriftliche Mitteilung steht aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit der Ansprechperson in der Leitstelle noch aus). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass nach dem bisherigen Stand der Erkenntnisse ein Bedarf nicht nachgewiesen werden konnte.