

Finanzierung von Krisen- und Notfalldiensten in der Psychiatrie

Referat zum 18. Bundestreffen des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e. V. im November 1999 in Bad Hersfeld von Jeannette Arenz

Dass Krisenintervention bei der Versorgung psychisch kranker Menschen nicht nur ihre Berechtigung hat, sondern im Sinne der Vermeidung stationärer Aufenthalte absolut notwendig ist, ist keineswegs neu. Bereits die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich befaßten sich in den Siebziger Jahren mit dieser Thematik. Dem war bereits die Erfahrung vorausgegangen, dass kritische Lebenssituationen und psychiatrische Notfälle zu allen Tages- und Nachtzeiten auftreten und nicht selten zu Klinikeinweisungen führen.

Damit wurde bereits konstatiert, daß eine adäquate Krisenintervention im ambulanten Bereich nicht funktionierte. Verantwortlich gemacht wurde die zuweilen unzureichende Kompetenz der ärztlichen Notdienste, Fremd- und Selbstgefährdungstendenzen psychisch kranker Menschen fachgerecht zu beurteilen. Ebenso wurde bereits damals eine mangelnde Kenntnis von Versorgungsmöglichkeiten für diesen Personenkreis festgestellt. In diesem Zusammenhang wird auf die Forderung der Angehörigenverbände hingewiesen, psychiatrische Notfalldienste einzurichten.

Gemeindepsychiatrischer Verbund

Ich gehe auf den gemeindepsychiatrischen Verbund unter dieser Gesamtüberschrift ein, weil die Expertenkommission einen Vorschlag gemacht hat, wie psychiatrische Krisenintervention strukturell sinnvoll zu verorten ist. Sie sagt nämlich, dass derartige Notdienste rund um die Uhr nur unter Mitwirkung mehrerer Institutionen auf der Ebene der Versorgungsregion aufgebaut werden können. Als Modell der Mitwirkung wird der gemeindepsychiatrische Verbund präferiert. Im Zusammenwirken aller Institutionen, d.h. stationärer Einrichtungen, ambulanter Angebote, Ärztekammer und kassenärztlicher Vereinigung, sollte ein Verbund aufgebaut werden, der vorhandene Angebote verzahnt und bei der Verzahnung erst sichtbare Versorgungslücken schließt, zum einen durch Veränderung oder Ausweitung von Angeboten bestehender Einrichtungen, zum anderen durch die Schaffung neuer Angebote.

Krisenintervention als Aufgabe

Krisenintervention ist also Aufgabe der gesamten psychiatrischen Landschaft einer Region. Dabei strebt natürlich jede Gemeinde eine Rund-um-die-Uhr Versorgung an. Das heißt, Krisenintervention sollte ein flächendeckendes Angebot sein, und sie sollte immer dann greifen, wenn die bestehenden, in erster Linie ambulanten Angebote nicht greifen, d.h. in den Nachtstunden und an den Wochenenden und Feiertagen.

Es gibt weder einen Finanzierungstopf, aus dem Krisenintervention als eigener Leistungsbereich finanziert wird, noch gibt es gesetzliche Grundlagen, die die Krisenintervention als eigenständige, separate Leistung abrechenbar macht.

Auch die neue Soziotherapie greift hier nicht, denn sie ist eine Koordinations-, Motivations- und Beratungsleistung.

Unter der Überschrift »Leistungsbeschreibung« findet sich die Krisenintervention in zahlreichen Angeboten von Diensten und Einrichtungen. Diese Angebote sind finan-

ziert, und wir werden uns jetzt ansehen, inwieweit hier Krisenintervention als Leistung umgesetzt wird.

So lesen wir bei den Grundsätzen zur Heranziehung und Finanzierung psychosozialer Dienste zur Betreuung psychisch Behinderter des Landschaftsverbandes Rheinland:

»Zur Wahrnehmung seiner Aufgaben hat ein psychosozialer Dienst Krisenintervention vorzuhalten.«

Ähnliche Aussagen finden sich bei der Angebotsbeschreibung von Institutsambulanz und sozialpsychiatrischen Diensten.

Psychiatrische Pflege

Zur Zeit befinden sich auf Bundesebene die sogenannten Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gern. § 132 a SGB V in den Verhandlungen bzw. sind bereits im Unterschriftsverfahren.

In diesem Rahmen geht es auch um die Versorgung psychisch kranker Menschen mit häuslicher Krankenpflege. In der Vergangenheit hatte es lediglich Absprachen oder Verträge zwischen einzelnen Sozialstationen oder anderen ambulanten Diensten und Krankenkassen gegeben. Im Zuge dieser erstmals auf Bundesebene auszuhandelnden Empfehlungen wurde eingefordert, die Versorgung psychisch Kranker in diesem Bereich auf einheitliche Beine zu stellen.

D.h. es wird ein Leistungskatalog erarbeitet und verabschiedet, der die einzelnen Leistungen im Detail definiert. Mit diesem soll deutlich gemacht werden, dass psychisch kranke Menschen zum Teil den gleichen Bedarf an häuslicher Krankenpflege haben, der jedoch in der Leistungserbringung durch die psychiatrische Fachkrankenschwester oder im Bereich der Anleitung zur Selbsthilfe durch die Schwester erheblich aufwendiger ist als bei anderen Pflegebedürftigen, bzw. einen darüber hinaus gebenden Bedarf in Form von weitergehenden Leistungen haben.

Eine von einem Expertengremium definierte Leistung heißt Psychiatrische Pflege zur Bewältigung von Krisensituationen. Die Leistung ist wie folgt beschrieben:

- Beruhigung von Patient und Umfeld durch intensives Gespräch zur Entwicklung von möglichen Entlastungen,
- Anleitung zur Selbsthilfe,
- Veranlassung von Maßnahmen zur Gefahrenabwehr und Verhinderung weiterer Eskalation,
- Einleitung zeitlich befristeter, intensiverer Unterstützungen durch das persönliche Umfeld,
- Kontaktaufnahme zum behandelnden Arzt, Psychiater, sozialpsychiatrischen Dienst oder der Klinik und ggf. Begleitung in die Praxis oder Klinik,
- Medikamentengabe nach Anweisung des Arztes,
- Anpassung des Pflegeplans an die Krisensituation.

Zu den Zielen psychiatrischer Pflege zur Bewältigung von Krisensituationen heißt es:

- Rechtzeitiges Erkennen und sachgerechtes Bewerten von Symptomen einer Krise auch zur zeitgerechten Einleitung von Krankenhausbehandlung oder von deren Vermeidung,
- Abschwächung des Krisenverlaufs,
- Verbesserung der Kompetenz des Patienten und seines persönlichen Umfeldes, mit Krisen angemessen umgehen zu können.

Zusätzlich wird bemerkt, daß in kritischen Situation die kurzfristige und zeitintensive Intervention psychiatrisch erfahrener Pflegekräfte helfe, Krisen zu entschärfen oder weniger gewaltsam zu überstehen.

Als Randbemerkung ist hinzugefügt, der Begriff Krise solle gegebenenfalls definiert werden.

Gangbare Wege

Wir sehen also, viele Wege führen nach Rom – oder auch nicht.

Ambulante Dienste, die es zum Teil auch als Fachpflegedienste für psychisch kranke Menschen gibt, kommen als Anbieter von Krisenintervention hinzu.

Nur, wie sieht die Praxis aus?

Es gibt Ärzte, ärztliche Notdienste, psychosoziale Dienste, sozialpsychiatrische Dienste, Nachsorgeangebote, ambulante Dienste, spezielle Krisendienste, Kliniken und Institutsambulanzen, die Krisenintervention anbieten.

Es gibt mit den vorhandenen Angeboten unterschiedliche Erfahrungen, d.h. in manchen Regionen funktioniert die Krisenintervention, in anderen nicht.

Und es gibt nicht den Königsweg. Alle diese Angliederungen sind denkbar.

Bisherige Finanzierung

Dass gesetzliche Grundlagen nicht vorhanden sind, darauf habe ich schon an anderer Stelle hingewiesen. D.h. die Finanzierung der vorhandenen Angebote erfolgt auf Landesebene oder sogar regionaler Ebene.

In den Psychiatrieplänen der Länder ist praktisch ausnahmslos von Krisenintervention die Rede, nur die Verortung ist unterschiedlich.

Beispielsweise in Schleswig-Holstein unterstützte die Landesregierung die Qualifizierung des allgemeinen ärztlichen Notdienstes über die Kassenärztliche Vereinigung. Außerdem wurde der Aufbau von Krisendiensten in einzelnen Kreisen durch eine An-schubfinanzierung der Personal- und Sachkosten gefördert.

In Berlin hat die Senatsverwaltung in Anlehnung an das Psychiatrieentwicklungsprogramm Vorgaben für die Entwicklung einer Landeskrisenkonzeption gemacht. Diese Vorgaben beinhalten:

- die Trägerschaft,
- eine einheitliche Angebotsstruktur,
- die Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit,
- und die Anzahl der Standorte.

In weiteren Ländern, wie z.B. Baden-Württemberg, in dem die Länder und Krankenkassen bereits Dienste fördern, die Krisenintervention als Angebote vorhalten, entwickeln sich gemeindepsychiatrische Verbände auf regionaler Ebene, die Lösungen für die Krisenintervention suchen und finden.

In einigen Fällen ist die Lösung der separate Krisendienst, der mit allen sonstigen Anbietern der psychiatrischen Versorgung im Verbund eng zusammenarbeiten muß, nicht zuletzt, da er die Klientel dieser Anbieter in der Krise betreut und versorgt.

In anderen Fällen erhebt der gemeindepsychiatrische Verbund Bedarf, Angebot und Umfang der nötigen Krisenintervention in der Region und sucht nach Wegen, dies im Rahmen einer Erweiterung oder Ausdehnung des Angebotsspektrums vorhandener Anbieter oder Dienste abzudecken. Dies kann auch im Rahmen einer Qualifizierung des ärztlichen Notdienstes oder durch Etablierung eines Notdienstes der niedergelassenen Nervenärzte erfolgen. Mit solchen Modellen bzw. Lösungen sind gute Erfahrungen gemacht worden, und sie bestehen fort. Auch ist an eine wechselseitige Abdeckung der Rund-um-die-Uhr Krisenintervention durch bestehende Dienste und Einrichtungen zu denken, eben an alle, die im gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenarbeiten.

Zukünftige Finanzierung

Der Aufbau einer flächendeckenden ambulanten Krisenversorgung, die Rund-um-die-Uhr vorgehalten wird, ist ein wichtiger Schritt zum Aufbau einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgungslandschaft. Dabei sind die bestehenden medizinischen, psychologischen, sozialen und pflegerischen Angebote aufeinander angewiesen. Das heißt, um eine effektive Versorgung zu leisten und bei der Krisenversorgung »an einem Strang zu ziehen«, müssen die etablierten Kliniken, Ärzte, Einrichtungen und Dienste eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten.

Um eine wirkungsvolle Krisenintervention aufzubauen und deren Finanzierung abzusichern, ist es erforderlich, an der einzelnen Region anzusetzen. In der Gemeinde müssen sich alle bisher etablierten Versorger zusammenfinden. Das ist die erste Bedingung. Es ist nämlich zunächst zu prüfen, inwieweit ein vorhandener Anbieter die Krisenversorgung leisten kann oder inwieweit dies verschiedene Anbieter wechselseitig können. Dies ist nicht selten der Fall, wenn wirklich der Wille zur Kooperation da ist sowie die feste Absicht, eine solche Leistung anzubieten. Diese Lösungen sparen enorme Kosten, indem nicht wieder über einen eigenen Krisendienst ein teurer Verwaltungsapparat finanziert werden muß.

Denn ein eigener Krisendienst muß nicht zwangsläufig besser arbeiten als eine Einrichtung oder ein Dienst, der Krisenintervention zusätzlich anbietet. Es kommt nämlich auf die klare Angebotsbeschreibung an und darauf, die entsprechenden Ressourcen – das ist in erster Linie geeignetes Personal – vorzuhalten.

Sobald die Frage der Anbindung und der Trägerschaft geklärt ist, und alle im Versorgungsgebiet Tätigen zur Kooperation und Koordination bereit sind, muß gemeinsam eine Angebotsbeschreibung, d.h. Definition der Leistung Krisenintervention vorgenommen werden:

- welche Einzelangebote soll die Krisenintervention beinhalten,
- zu welchen Zeiten soll sie vorgehalten werden,

- wie ist sie personell auszustatten, d.h. Anzahl und Qualifikation,
- wie ist die Kooperation mit den Diensten und Einrichtungen abzusichern, die die psychisch Kranken in der Regelversorgung betreuen.

Sobald auch diese Fragen geklärt sind, kann in der einzelnen Region ein Konzept für die Krisenversorgung erstellt werden. Und damit kann dann die Finanzierung angegangen werden. Potentielle Finanzierer bzw. Mitfinanzierer sind in diesen Fällen:

- das Land,
- die Kommune,
- die Krankenkasse.

Nur mit einem solchen Konzept, mit dem die Anbieter ihr Angebot gegenüber den Kostenträgern transparent machen und beweisen, daß sie bereit sind, vorhandene Ressourcen zu nutzen bzw. diese zumindest intensiv geprüft haben, kann der Kostenträger eine Finanzierung ernsthaft in Erwägung ziehen und befürworten.

In den Regionen, in denen die Beteiligten an einem Tisch sitzen und in denen ein solches Konzept erstellt wurde, war es in der Regel auch möglich, eine Finanzierung für die Form der Krisenintervention, die in der betreffenden Region die geeignete war und ist, zu erreichen.

Krisenintervention im Verbund kann nämlich nur heißen, daß folgendes funktioniert:

- ein ständiger Informationsfluß zwischen allen Mitwirkenden, um das Wissen über den einzelnen Patienten aktuell und verfügbar zu halten,
- Kontinuität in Bezug auf das Gemeindewissen,
- das gegenseitige Kennenlernen der Arbeitsfelder, der institutionelle Austausch,
- die Einarbeitung von Kolleginnen und Kollegen,
- die Entwicklung einer gemeinsamen Arbeitshaltung im Sinne einer corporate identity,
- die Möglichkeit, Folgegespräche mit Einrichtungen und Diensten zu führen, wenn eine Krise im Erstkontakt nicht aufgefangen werden kann,
- die Möglichkeit des Kontaktaufbaus mit den Angehörigen der psychisch kranken Menschen.

Mögliche weitere Anbieter bei der Versorgung sollten so weit in den Verbund in der Gemeinde einbezogen werden, daß sie funktionsfähige Partner im Krisenfall werden können. Dies können sein:

- Allgemeinkrankenhäuser,
- Kriseninterventionsstationen,
- Rettungsdienste,
- Telefonseelsorgeangebote,
- Selbsthilfegruppen betroffener Menschen und Angehöriger.

Nach und nach wäre es dann auch wichtig, Qualitätsstandards für die Krisenintervention zu beschreiben und aus der Erfahrung der Praxis und der Analyse von Krisenverläufen spezifische Krisenformen und Kriseninterventionsstrategien abzuleiten.

So lange sich jedoch die etablierten Anbieter gegenseitig abschotten, sich nicht informieren und letztlich gar nicht zur Zusammenarbeit finden, brauchen wir uns auch nicht zu verwundern, daß die Kostenträger nicht dazu bereit sind, einen separierten Dienst, dem dann auch die notwendige Kooperation mit den ambulanten und stationären Versorgern in dem erforderlichen Maße vorenthalten werden könnte, zu finanzieren.

Quelle: Psychosoziale Umschau 1/2000