



**VERBAND DER BAYER. BEZIRKE**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsstelle

Postfach 22 15 22

80505 München

18. Oktober 2012

Az.: 548/9

# **Bayerisches Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung**

**Beschluss des Hauptausschusses  
vom 18. Oktober 2012**

## **Bayerisches Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung**

### **Beschluss des Hauptausschusses vom 18. Oktober 2012**

Psychiatrische Notfälle sind der dritthäufigste Grund für Notarzteinsätze. Ergänzend zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) stellen die bayerischen Bezirkskrankenhäuser über ihre PIA zusammen mit den niedergelassenen Fachärzten die medizinische Notfallversorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sicher.

Das Ziel dieses Konzeptes ist es, das Versorgungssystem durch den Baustein „Krisenversorgung“ zu ergänzen, um Eskalationen und unnötige Traumatisierungen zu vermeiden, einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zu leisten und die Eingliederungshilfe zu entlasten. Dabei geht es auch darum, die bestehenden Leistungsangebote schnell und gezielt zugänglich zu machen. Dazu bedarf es eines Dienstes, der die Lotsen- und Steuerungsfunktion mit der erforderlichen Kompetenz zur Einschätzung der Dringlichkeit und zur Durchführung gegebenenfalls sofort einsetzbarer Interventionen wahrnimmt.

Zugespitzte seelische Krisen bergen Gefahren, allen voran Suizidalität (bei ca. 25% der Nutzer von Krisendiensten festzustellen). Daneben können nicht bewältigte seelische Krisen, wenn geeignete Hilfe ausbleibt, zu Fehlanpassungen verschiedenster Art (Rückzugs-, Vermeidungsverhalten; Folgestörungen; „Selbstbehandlungsversuche“ mit Alkohol oder Medikamenten etc.) führen bzw. in manifeste psychiatrische Erkrankungen münden.

## **I. Ziel und Notwendigkeit der Krisenversorgung:**

Das Hauptziel der Krisenversorgung ist eine möglichst frühzeitige Intervention, diese bieten folgende Vorteile:

### 1. Vermeidung von Fehlallokationen und Eskalationen unter dem Gesichtspunkt der Menschenwürde:

Es sollte so früh und so adäquat wie möglich Hilfe angeboten werden, um Fehlallokationen und Eskalationen zu verhindern. Immer noch werden viele Menschen gegen ihren Willen zwangseingewiesen, dieses könnte häufiger verhindert werden, wenn frühzeitig und im Vorfeld adäquat geholfen würde. Nicht nur der volkswirtschaftliche Schaden durch psychische Erkrankungen ist enorm und ansteigend. Eine frühzeitige und adäquate Intervention ist unter dem Gesichtspunkt der Menschenwürde nicht nur wertvoll, sondern unverzichtbar, unabhängig davon, dass dies mittelfristig und nachhaltig zu einer Kostenreduktion führt.

### 2. Beitrag zur Entstigmatisierung:

Ein Krisendienst kann durch frühe, adäquate spezifisch-professionelle Intervention das gesamte klinische und vorklinische System entlasten und zur Entstigmatisierung der Psychiatrie beitragen.

Erlebt ein Patient dagegen im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung als erstes, dass er von der Polizei unter Beobachtung der Nachbarn mit Handschellen in „die Klappe“ geführt wird, führt dies zu einer weiteren Traumatisierung und leistet zusätzlicher Stigmatisierung Vorschub.

### 3. Rückgriff auf unterstützende Systeme und „Empowerment“

Die krisenhafte Zuspitzung bietet grundsätzlich die Chance, frühzeitig effiziente Weichen zu stellen. In der Folge muss nicht immer eine hoch professionelle und damit kostenintensive Maßnahme ergriffen werden, sondern es kann auch auf unterstützende Systeme wie Nachbarschaftshilfen, kommunale Angebote und Ähnliches verwiesen werden. Damit erfolgt ressourcenorientiert eine frühzeitige Reduzierung der Hilfe auf das wirklich notwendige Maß. In hoch versorgten Strukturen wird dagegen den Menschen ein Stück Eigenverantwortung abgenommen.

Setzt Krisenhilfe frühzeitig ein, können viele Menschen mit seelischen Notlagen sehr gut im Rahmen ihres Wohnumfelds versorgt werden. Durch frühzeitige und adäquate Intervention im Krisenfall wird eine große Unterstützung in Richtung Hil-

fe zur Selbsthilfe geleistet und damit die eigenen Ressourcen des Betroffenen zur Lebensbewältigung erhalten.

4. Entlastung der Eingliederungshilfe:

Für eine Teilgruppe der möglichen Nutzer eines Krisendienstes wird auch gelten, dass mit Hilfe des Krisendienstes die Eingliederungshilfe entlastet wird. Es können Entwicklungen vermieden werden, mit denen ein Betroffener auf Grund einer schweren Dekompensation im Rahmen einer nicht bewältigten Krise in das komplementäre Hilfesystem aufgenommen wird. In vielen Fällen kann dank guter Krisenversorgung eine ambulante Betreuung aufrecht erhalten werden.

5. Verbesserung der Wirtschaftlichkeit

Durch die spezifische Entlastung des Versorgungssystems in Folge der Vermeidung von systembedingten Krisenfällen wird insgesamt eine höhere Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems erreicht. Weiter soll die spezifischere Nutzung der vorhandenen Strukturen durch gezielte Vermittlung ermöglicht werden.

**II. Zielgruppe:**

*Die Zielgruppe sind Menschen, die sich selbst oder einen Dritten als jemand definieren, der sich in einer psychiatrischen oder psychosozialen Krise befindet, deren Bewältigung mit eigenen Mitteln nicht mehr möglich erscheint.*

1. Es darf *keinen Ausschluss von bestimmten Zielgruppen* geben. Allein schon der gesetzlich gebotene personenzentrierte Ansatz verlangt, die Perspektive der Betroffenen einzunehmen und nicht die Perspektive der Finanzierungs- und Versorgungssysteme in den Vordergrund zu rücken. Jugendliche können grundsätzlich auch zur Zielgruppe eines Krisendienstes gehören.
2. Gründe für diese weite Fassung der Zielgruppe sind die Niederschwelligkeit des Zugangs und Gewährleistung früher Interventionsmöglichkeiten für alle Menschen in seelischen Notlagen, unabhängig von der sich in der weiteren Abklärung herausstellenden professionellen sowie krisenträgermäßigen Zuständigkeit. Eine kompetente Krisenversorgung kann andere Bereiche entlasten, die keine Erfahrung mit krisenhaften Zuspitzungen haben. Dem schon immer bestehenden und stets steigenden Bedarf an Krisenversorgung konnte bisher häufig nicht in adäquater Form begegnet werden. Insofern bringt auch für die Träger der Eingliederung

rungshilfe eine weite Fassung der Zielgruppe durch die Gewährleistung der frühen Intervention einen wirtschaftlichen Vorteil.

### **III. Krise:**

*Krisen im Sinne dieses Konzepts sind seelische Notlagen und akute psychische Ausnahmezustände unabhängig von diagnostischer Zuordnung, Entstehungshintergrund und psychiatrischer Grunderkrankung sowie akute psychosoziale Krisen, wobei die Übergänge fließend sind.*

Die Definition dessen, was eine Krise ist, kann zunächst nicht dem professionellen Helfer überlassen sein, sondern obliegt dem, von dem das Geschehen als krisenhaft erlebt wird. In jeder individuellen Situation müssen dann das jeweilige Umfeld und die zur Krisenbewältigung nutzbaren Ressourcen geprüft und die potenziellen Gefahren erkannt werden.

### **IV. Leistungsbausteine der Krisenversorgung:**

Der Krisendienst muss nicht von einem Dienst im engeren Sinne geleistet werden, sondern kann über verbindliche Kooperationsstrukturen mehrerer Leistungserbringer mit sichergestellt werden. Ein umfassendes Krisenangebot definiert sich über seine Leistungsbausteine und muss für ein definiertes Einzugsgebiet bzw. Region folgende Formen und Elemente vorhalten:

#### **Formen der Krisenhilfe**

- telefonisch
- ambulant
- mobil
- stationär

#### **Funktionen der Krisenversorgung**

- Abklärung/Screening; Beratung; Empfehlung und Weitervermittlung
- (Therapeutische) Sofort-/Krisenintervention
- Spezifische ambulante bzw. Komplementäre Hilfeangebote – *Kommstruktur*
  - Ärztlich-psychiatrisch/psychotherapeutisch
  - Nichtärztliche, nichtpsychiatrische Krisenhilfe
  - Spezialangebote, Themen-, Problem- oder Zielgruppenbezogene Hilfen
- Fachspezifische Hilfe vor Ort (ärztlich/nichtärztlich) – *Gehstruktur*
- Stationäre Behandlung

Je nach vor Ort bereits bestehender krisenspezifischer Versorgungssituation, zugewiesener Aufgaben und festgelegter Zuständigkeiten können bestimmte Formen (z.B. Abklärung) wie auch Elemente (z.B. Sofortintervention, aufsuchende Hilfe vor Ort) bzw. Funktionen grundsätzlich verschiedenen Leistungsbausteinen zugeordnet bzw. von ihnen wahrgenommen werden.

In bisherigen Modellregionen erprobt und bewährt haben sich folgende Bausteine:

### 1. Erstanlaufstelle/Leitstelle

*Aufgabenstellung: Hier erfolgt – in der Regel telefonisch, ggf. auch im Rahmen eines persönlichen Gespräches – die erste Abklärung des vorgetragenen Anliegens, insbesondere Einschätzung von Dringlichkeit und Gefährdung bzw. Risiken; (diagnostische) Zuordnung des Problems; je nach Situation eigene Beratung, Entlastung oder sofortige Krisenintervention; Empfehlungen zum weiteren Vorgehen; gezielte Weitervermittlung bzw. direkte Zuweisung an andere Einrichtungen – je nach spezifischer Krisenkonstellation („Was braucht der Klient zur Deeskalation der Krise?“); ggf. Einschaltung Dritter*

- Wichtigste Funktionen: Klärung, Intervention, Wegweisung, Koordination
- Zwingend: telefonische Erreichbarkeit; ggf. auch Angebot persönliches Gespräch
- Erreichbarkeit möglichst 24 Stunden/7 Tage, mindestens aber bis 24 h und Erreichbarkeit am Wochenende
- Pro Region eine Telefonnummer, nachhaltig kommuniziert
- Mitarbeiter: krisenspezifisches Fachwissen (umfassende Kompetenz für sichere Abklärung sowie Sofortintervention); Kenntnis aller krisenrelevanten Hilfsangebote in der Region; geeignete Professionen: Psychologen, Sozialpädagogen, psychiatrische Fachpflegekräfte
- Direkte Zugriffsmöglichkeiten (per Kooperationsvereinbarung geregelt) auf
  - tagesgleiche Vermittlung in Weiterbehandlungsangebote
  - ärztlich-psychiatrische Kompetenz
  - mobile Ausrückteams
  - stationäre Behandlungsmöglichkeiten
  - Rettung/Feuerwehr/Notarzt
  - Polizei

- Technische Ausstattung: ausreichende Menge an Telefonleitungen; Anrufbeantworter mit entsprechenden Infomitteilungen/Ansagen; EDV-gestützte Dokumentation; Datenbank mit allen einschlägigen regionalen Versorgungsangeboten
- Wo räumlich angesiedelt: je nach regionaler Struktur bieten sich verschiedene Lösungen an. Bewährt haben sich bisher SPDi, eigens gegründeter Verein o.ä., PIA. Telefonische Erreichbarkeit kann auch räumlich unabhängig organisiert sein.

## 2. Ambulante und komplementäre Krisenhilfe (als Teil der Regelversorgung)

*Aufgabenstellung: Alle genannten Einrichtungen der ambulanten/komplementären Regelversorgung (siehe unten) verfügen in ihrem Angebotsprofil auch über krisenspezifische Kompetenzen und Hilfemöglichkeiten, die, je nach Aufgabenstellung, Zuständigkeit und Profession der Mitarbeiter, unterschiedliche Schwerpunkte beinhalten. Klienten können diese Einrichtungen direkt oder auf Empfehlung bzw. nach Weiterverweisung durch die Leitstelle (dann: verbindliche Übernahme gewährleisten!) in Anspruch nehmen. Zumindest eines der ambulanten-komplementären Angebote sollte bis 24 Uhr, besser rund um die Uhr ein persönliches Gesprächsangebot vorhalten. Die Leistungserbringer führen in einem oder mehreren Kontakten spezifische, auf den aktuellen Bedarf gerichtete Intervention durch. Sofern zur weiteren Stabilisierung längerfristige Unterstützung erforderlich, soll diese entweder selbst übernommen oder an weiterführende Einrichtungen abgegeben werden (Überleitungsmanagement).*

### a) medizinisch-ärztlich; psychotherapeutisch:

- niedergelassene Psychiater oder Nervenärzte, Psychotherapeuten, anzustreben, soweit nicht
- Psychiatrische Institutsambulanzen wegen des Leistungsangebots durch das multiprofessionelle Team erforderlich ist

### b) sozialpädagogisch, psychologisch, fachpflegerisch:

- Sozialpsychiatrische Dienste
- Spezialberatungsstellen (sofern vorhanden)
- eigenständiger Krisendienst (möglichst in Verbindung bzw. organisatorischer Einheit mit der Leitstelle – s.o. 1.)

- Themen-/Zielgruppenbezogene Beratungsstellen

### 3. Aufsuchende/mobile Hilfe

*Aufgabenstellung: Kommt dann zum Einsatz, wenn unmittelbar fachspezifische Hilfe erforderlich ist, zugleich der Klient situativ nicht in der Lage ist, Angebote der Kommstruktur zu nutzen oder wenn wesentliche, die Krise aufrechterhaltende Aspekte geschildert werden, die nur durch einen Vor-Ort-Besuch weiter abgeklärt bzw. deeskaliert werden können; mobile Hilfe kann ausdrücklich zur fachlichen Einschätzung einer vorhandenen Krisensituation auch zur Unterstützung anderer, bereits vor Ort befindlicher Dienste/Einrichtungen (Rettungsdienste, Bezirkssozialarbeit, Polizei etc.) eingesetzt werden. Vor Ort: Klärung; ggf. Entflechtung (bei weiteren anwesenden Personen); Deeskalation; Überleitungsmanagement: Empfehlung zu, Weitervermittlung an oder ggf. sofortige Begleitung in weiterführende Hilfeangebote.*

Die Entscheidung darüber, ob nicht-ärztliche oder ärztliche Hilfe vor Ort benötigt wird, trifft zunächst die Leitstelle. Falls erforderlich, kann das nicht-ärztliche Team ärztliche Hilfe nachfordern. Die aufsuchende Hilfe erfolgt nur, wenn die Vermittlung in die Regelversorgung (Baustein 2) nicht ausreichend scheint und ist daher eher hochschwierig.

#### a) nichtärztliche mobile Hilfe:

- Idealerweise in organisatorischer Einheit mit der Leitstelle; Bereitstellung bei von der Leitstelle festgestellten, spezifischen Problemlagen
- möglichst: 24 Stunden/7 Tage; zumindest bis 24 Uhr
- gesteuert/abrufbar durch die Leitstelle
- nichtärztliche (Psychologe, Sozialpädagoge, Fachpflegekräfte) Besetzung; immer **zwei** MitarbeiterInnen (Doppeltbesetzung) mit einschlägiger Ausbildung in psychiatrischer Krisenintervention
- definierte Anfahrtszeiten (möglichst unter einer Stunde)
- ggf. auf Grundlage Bereitschaftsdienst
- in enger Abstimmung sowie mit Rückkopplungsmöglichkeiten zur Leitstelle sowie zu abrufbarer ärztlich-psychiatrischer Kompetenz
- wenn möglich: in besonderen Einzelfällen Bereitstellung aufsuchender Nachfolgekontakte durch den Krisendienst, bis die Weiterbetreuung durch



andere Einrichtungen gewährleistet ist oder keine weitere Betreuung erforderlich ist

- technische Ausstattung: Dienstwagen; Handy; Infolyer der wichtigsten regionalen Hilfsangebote; Dokumentationsformulare

b) ärztliche mobile Hilfe:

- möglichst Psychiater oder Nervenärzte (niedergelassene oder Klinikärzte)
- möglichst 24 Stunden/7 Tage
- abrufbar durch Leitstelle und nichtärztliche mobile Teams
- Ersatzweise: regulärer ärztlicher Notdienst
- Medikamentöse (An-)Behandlung
- Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang die Bereitstellung von regional angepassten Leistungsangeboten zur „Akutbehandlung zu Hause“ (Hometreatment), um die durch die aufsuchende Krisenerstintervention begonnene Behandlung engmaschig und bedarfsgerecht im erforderlichen Umfang anschließen zu können.

4. Stationäre Behandlung

*Aufgabenstellung: in der Regel kurzzeitige Behandlung von Krisensituationen, in denen akute, mit ambulanten Hilfen nicht sicher beherrschbare Selbst- oder Fremdgefahr besteht oder die auf einer dringend behandlungsbedürftigen psychiatrischen Grunderkrankung beruhen.*

- bestehende, verlässliche Kooperationsgrundlage zwischen Krisendienst (insbesondere Leitstelle und mobilen Teams) und Klinik (insbesondere Aufnahme)
- sichere sofortige Erreichbarkeit von entscheidungsbefugten Ärzten für Leitstelle und mobile Teams
- jederzeitige Verfügbarkeit stationärer Behandlungsplätze
- uneingeschränkte Übernahme von durch den Krisendienst vermittelten bzw. gebrachten Klienten

## **V. Zuordnung der Leistungen zu den jeweiligen Kostenträgern gemäß SGB V (GKV) und SGB XII (Eingliederungshilfe)**

### Krankenkassen (SGB V):

- Grundsatz: soweit die Leistungen des Krisendienstes in eine medizinische Intervention münden, sind sie dem Leistungssystem des SGB V zu zurechnen.
- alle in der Leitstelle durchgeführten *telefonischen Kriseninterventionen*, die dann in eine tagesgleiche Vermittlung und damit Behandlungsbeginn in einer der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) münden, mit Behandlungseintritt in der PIA als vorangegangene, aber der Behandlung zugehörige Leistung dokumentiert und somit über die Krankenkasse vergütet werden
- Unter der Maßgabe, dass *mobile Einsätze und persönliche Beratungen* nur dann über die Leitstelle initiiert werden, wenn ein benanntes „Leitsyndrom“ mit Krankheitswert vorliegt, müssen diese Leistungen über die Krankenkassen abgerechnet werden, konkret umgesetzt werden kann diese Finanzierung über den für Bayern bestehenden Vertrag gemäß §§ 113, 118, 120 SGB V über die Erbringung, Vergütung und Abrechnung von Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen.

### Eingliederungshilfe (SGB XII):

- Basispersonalausstattung der „Leitstelle“, möglichst zur Sicherstellung einer Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit an sieben Tagen, soweit die Kosten nicht über die GKV-Einnahmen refinanziert werden
- Kosten der Rufbereitschaft des mobilen Krisenteams außerhalb der Öffnungszeiten
- alle telefonischen Krisenberatungen, die in keine ausdrückliche Weiterbehandlung münden,
- alle Kriseneinsätze, die Weitervermittlungen an SPDis, GPDis und andere von der Eingliederungshilfe finanzierte Beratungsstellen zur Folge haben

## **VI. Organisatorische und strukturelle Voraussetzungen**

1. Für das langfristige Gelingen regional organisierte, psychiatrischer Krisenversorgung werden folgende Voraussetzungen für zwingend notwendig erachtet:

- Rückgriff soweit wie möglich auf bestehende Strukturen unter Nutzung der bisherigen Ressourcen
- klar zugeordnete übergeordnete Leitungs- oder Koordinationsfunktion (Netzwerkmanagement)
- verbindliche Kooperationsabsprachen der wichtigsten Akteure/ Leistungsbau- steine zur Regelung der fallbezogenen Zusammenarbeit
- definierte Ausbildungs- und Kompetenzstandards der MitarbeiterInnen, Rege- lung zum Wissensmanagement

2. Voraussetzungen für eine Abrechnung von SGB V-Leistungen sind:

- Die Krisenintervention muss fester Bestandteil des Regelangebotes der regio- nal zuständigen PIA sein.
- Die verschiedenen Organisationsformen aufsuchender Dienste müssen durch eine Kooperationsvereinbarung mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz in den PIA-Vertrag gemäß §§ 113, 118, 120 SGB V eingebunden werden. Dazu müssen diese Dienste die Standards nach dem PIA-Vertrag bezüglich der Qualifikation des Personals einhalten. Der Dienst führt die Krisenversorgung dann im Auftrag der GKV für die PIA durch, soweit es sich um Leistungsinhal- te nach dem SGB V handelt, und im Auftrag des überörtlichen Sozialhilfeträ- gers, soweit es sich um Leistungsinhalte des SGB XII handelt.
- Die Kooperationsvereinbarung kann im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung der PIA überprüft werden. Die kooperierenden Dienste der Krisenversorgung stellen gegebenenfalls nicht am selben Ort wie die PIA und ohne eigenständi- ge ärztliche Leitung die Versorgung sicher. Die Qualifizierung des Personals und die fachliche Anbindung der Dienste an die multiprofessionelle Kompe- tenz der PIA muss durch die Kooperationsvereinbarung gewährleistet sein.
- Die Vereinbarung der Dienste mit der PIA muss den Kostenausgleich bezüg- lich der über die PIA abgerechneten Leistungen regeln.

- Die Dokumentation muss den kompletten Anforderungen der PIA-Dokumentation genügen (Ambulante Basisdokumentation, Falldokumentation, Abrechnungsziffern etc.).
  - Einlesen der Versichertenkarte als Regelfall; anzustreben ist ein zusätzliches „Ersatzverfahren“ für die Fälle, in denen das Einlesen der Versichertenkarte nicht möglich ist.
3. Schnittstelle zwischen Krisenversorgung und Übergang in die Regelversorgung  
Alle sich aus den mobilen Einsätzen bzw. persönlichen Beratungen ergebenden Anschlussbehandlungen im Bereich der PIA bzw. niedergelassener Fachärzte werden gegenüber den Kostenträgern seitens der die Behandlung fortführenden Leistungserbringer geltend gemacht und abgerechnet und gehören nicht mehr zum Leistungsprofil des Krisendienstes.

-----