

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR  
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)  
„Basales und mittleres Pflegemanagement“**

**09.03.2009 bis 12.03.2010**

# **ABSCHLUSSARBEIT**

zum Thema

**EINRICHTUNG zur KRISENINTERVENTION:  
Bundesländer im Vergleich**

vorgelegt von: Carin Egger  
LKH Klagenfurt  
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

begutachtet von: OSR MMag. Dr. Warmuth  
LKH Villach  
Neurologie

Dezember 2009

## **EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Egger Carin

Klagenfurt am Wörthersee, im Dezember 2009

## **ZUSAMMENFASSUNG**

In der vorliegenden Arbeit werden einzelne Kriseninterventionseinrichtungen aus ausgewählten Bundesländern beschrieben.

Es wird die Krise als Definition erklärt, die verschiedenen Krisentypen (Traumatische oder Situative Krise, Entwicklungskrisen und Lebensveränderungskrisen) vorgestellt.

Des Weiteren werden die Möglichkeiten der Krisenintervention aufgezeigt; Diese können telefonisch, ambulant, vor Ort oder auch stationär stattfinden. Leute in einer Krise befinden sich in einer Ausnahmesituation und bedürfen so rasch als mögliche (und vor allem unbürokratische) Hilfe.

Die verschiedenen Not- und Krisendienste haben die Aufgabe, rund um die Uhr eine fachlich qualifizierte und koordinierte Hilfeleistung anzubieten. Die Dienste erfolgen kostenlos und falls gewünscht auch anonym.

## **ABKÜRZUNGEN**

AMS Arbeitsmarktservice Österreich

bzw. beziehungsweise

d.h. das heißt

DGKP Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

DGKS Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester

etc. ecetera

KIT Kriseninterventionsdienst

PNK Psychiatrischer Not- und Krisendienst

PSD Psychosozialer Dienst

UBG Unterbringungsgesetz

usw. und so weiter

z.B. zum Beispiel

## **ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS**

Abbildung 1: Krisenverlauf bei traumatischen Krisen	6
Abbildung 2: Bundesländer im Vergleich	31
Tabelle 1: Unterschiede zwischen Notfall und Krisenintervention	16

# INHALTSVERZEICHNIS

0. VORWORT	1
1. EINLEITUNG DIESER ARBEIT	2
2. DEFINITION	3
2.1 Arten von Krisen	4
2.1.1 Entwicklungskrisen und Lebensveränderungskrisen	4
2.1.2 Traumatische oder Situative Krisen	4
2.2 Verlaufsphasen einer Traumatischen Krise	5
2.3 Gefahrenpotentiale einer Krise	7
2.3.1 Suchterkrankungen	7
2.3.2 Schizophrenie	7
2.3.3 Aggression	8
2.3.4 Suizid	9
2.4 Zusammenfassung	11
3. KRISENINTERVENTIONEN	12
3.1 Kultursensitive Krisenintervention	13
3.2 Krisenintervention bei häuslicher und sexueller Gewalt	13
3.3 Krisenintervention bei Suizidalität	14
3.4 Zusammenfassung	14
4. MÖGLICHKEITEN DER KRISENINTERVENTION	15
4.1 Telefonische und mobile Krisenintervention	15
4.2 Ambulante psychiatrische Notfall- und Krisenintervention	15
4.3 Stationäre Krisenintervention	16
4.5 Zusammenfassung	17
5. EMPIRISCHER TEIL	18
6. EINRICHTUNGEN ZUR KRISENINTERVENTION IN ÖSTERREICH	19
6.1 Wien: Psychosoziale Dienste	19
6.2 Niederösterreich: PsychoSoziales Akutteam	20
6.3 Kärnten: Kriseninterventionsteam Rotes Kreuz	22
6.4 Kärnten: Psychiatrischer Not- und Krisendienst	23
6.5 Vorarlberg: Krisenintervention Vorarlberg und Notfallseelsorge (KIT)	25
6.6 Oberösterreich: Psychosozialer Notdienst	26
6.7 Salzburg: Krisenintervention Salzburg	27
7. ERGEBNISSE DES BUNDESLÄNDERVERGLEICHS	28
8. ZUSAMMENFASSUNG UND ZUKUNFTSPERSPEKTIVE	34
Literaturliste	36

## 0. VORWORT

Seit 1994 arbeite ich als Psychiatrische Diplomkrankenschwester an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie (vormals „Zentrum für seelische Gesundheit“).

Im Jahre 1995 wurde vom damaligen Leiter des Zentrums für seelische Gesundheit, Prim. Dr. Thomas Platz, in Kooperation mit Pro Mente Kärnten der Psychiatrische Not- und Krisendienst (PNK) für Kärnten gegründet.

Eine Handvoll engagierter Mitarbeiter<sup>1</sup> half den Not- und Krisendienst aufzubauen. Die Institution wurde bald ein fixer Bestandteil für die Versorgung psychisch Erkrankter in ganz Kärnten. Andere Einsatzorganisationen wie Polizei, Rettung, Feuerwehr, aber auch Behörden greifen auf die fachliche Kompetenz des Psychiatrischen Not- und Krisendienstes zu.

2007 wurde der Psychiatrische Not- und Krisendienst ins Krankenhaus eingegliedert und aufgrund der geplanten Regionalisierung der Psychiatrie auf die Standorte LKH Klagenfurt und LKH Villach aufgeteilt.

Zusätzlich gibt es noch eine Kooperation mit Pro Mente Kärnten. Pro Mente versorgt den größten Bezirk Kärntens, Spittal an der Drau, mit einem Sozialpsychiatrischen Zentrum, sowie mit einem Krisendienst von Montag bis Freitag. An Sonn- und Feiertagen wird dieser von Villach mit übernommen.

Seit dem 01.01.2007 habe ich die organisatorische Leitung des PNK Ost inne. Durch diese Aufgabe wurde meinerseits das Interesse an anderen Not- und Krisendiensten in Österreich geweckt. Auf diesem Hintergrund entstand diese vorliegende Arbeit, welche mir die Möglichkeit gab, mit den anderen Institutionen Kontakt aufzunehmen.

Mein persönlicher Dank gilt in erster Linie meiner Familie, meinen Freunden und Kollegen, die mich immer wieder motiviert und unterstützt haben.

Vor allem bei meinem Team vom Krisendienst Ost sowie meiner Station möchte ich mich bedanken, sie mussten mich im Zeitraum der Ausbildung „entbehren“.

Einen ganz besonderen Dank möchte ich an dieser Stelle Frau MMag. Dr. Warmuth für ihre Anmerkungen und ihre Begleitung aussprechen.

---

<sup>1</sup>Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit darauf verzichtet, explizit beide Geschlechtsformen auszusprechen. Ich weise darauf hin, dass ich jedoch ausdrücklich beide Geschlechter damit meine.

## 1. EINLEITUNG DIESER ARBEIT

Die Technik, die Wirtschaft, aber auch die sozioökonomischen Verhältnisse wandelten sich in den letzten Jahren mit einer ungeheuerlichen Geschwindigkeit.

Ein Arbeitsplatzverlust ist für viele Menschen ein schwerer Schicksalsschlag, sie fallen oft in ein „schwarzes“ Loch. Aufgrund von wirtschaftlichen Veränderungen, können Leute in eine Lebenskrise hineingeraten. Laut Statistik des AMS waren in Österreich 2008 im Jahresdurchschnitt 212. 253 Leute auf Jobsuche. Davon 16.254 in Kärnten.<sup>2</sup>

Wie schnell wird gesagt: „Ich kriege eine Krise?“

Not- und Krisendienste sind aus heutiger Sicht in der Gesellschaft nicht mehr wegzudenken. Viele der Not- und Krisendienste sind mobil und kommen zu den Betroffenen vor Ort, um so rasch als mögliche Hilfe zu leisten.

Eine vorrangige Aufgabe der Krisenintervention ist es, den Betroffenen im gewohnten Umfeld zu betreuen, um eventuelle stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Bei akuter Fremd- und Selbstgefährdung sind diese jedoch meist unumgänglich.

Das Ziel dieser Arbeit war die Erfassung der verschiedenen (Psychiatrischen-) Not- und Krisendienste in Österreich.

Folgende Fragen bildeten dazu die Ausgangslage der Untersuchung:

- Seit wann gibt es die Dienste?
- Welche Qualifikationen haben die Mitarbeiter?
- Welche Fort- und Weiterbildungen gibt es?
- Von wann bis wann dauert der Dienst?
- Wie viele Teams fahren aus?
- Wie ist der Ablauf des Dienstes organisiert?
- Gibt es ein Einarbeitungskonzept? Wenn ja, wie sieht dieses aus?

Um dieses Thema zu behandeln, wurden Recherchen mit Büchern und dem Internet durchgeführt. Um die verschiedenen Not- und Krisendienste vergleichen bzw. untersuchen zu können, wurden die verschiedenen Institute mittels E- Mail und einem Fragenkatalog angeschrieben.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen sowie einen empirischen Teil.

---

<sup>2</sup> [www.ams.at](http://www.ams.at)[Zugriff am 20.09.09]

## 2. DEFINITION

Caplan (1964) und Cullberg (1978) definieren Krise als „den 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 Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern.“<sup>3</sup>

James und Gilliland (2001) definieren Krise zusammenfassend als „ein Ereignis oder eine Situation, die als untragbare Schwierigkeit wahrgenommen wird und welche die für die betroffene Person vorhandenen oder im Moment zur Verfügung stehende Bewältigungsstrategien überfordert.“<sup>4</sup>

„Unter einer Krise versteht man den Verlust des seelischen Gleichgewichts infolge von akuter Überforderung eines gewohnten Verhaltens-/Bewältigungssystems durch belastende äußere oder innere Ereignisse.“<sup>5</sup> Heutzutage gibt es so viele gravierende Veränderungen in kurzer Zeit. Daher, ist die Wahrscheinlichkeit größer in eine Krise zu geraten. Der drohende Verlust des Arbeitsplatzes sowie die psychische und soziale Not sind beispielsweise Kennzeichen unsere Zeit.

Immer seltener können Menschen in Krisensituationen von tragfähigen Beziehungen zu Familie oder Freunden aufgefangen werden.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> Caplan und Cullberg (2004: 19)

<sup>4</sup> James und Gilliland (2001: 20)

<sup>5</sup> Riecher- Rössler et .al., (2004: 11).

<sup>6</sup> Vgl. Riecher- Rössler et al., (2004: 11)

## **2.1 Arten von Krisen**

In der Krisenintervention hat sich im Laufe der Jahre eine Differenzierung zwischen Lebensveränderungs- oder Entwicklungskrisen bzw. traumatischen oder Situative Krisen gebildet.<sup>7</sup>

### **2.1.1 Entwicklungskrisen und Lebensveränderungskrisen**

Sie entstehen aus einer Übergangssituation heraus, wie beispielsweise beim Verlassen des Elternhauses, bei Heirat oder der Geburt eines Kindes, aber auch bei anderen biologischen und sozialen Veränderungen. Eine Pensionierung kann ebenso eine Lebensveränderung mit Krisenpotential darstellen.<sup>8</sup>

### **2.1.2 Traumatische oder Situative Krisen**

Sie treten in der Regel unerwartet und plötzlich auf. Die Betroffenen werden mit einer traumatischen Situation konfrontiert, diese löst eine Schockreaktion aus. Oftmals ist damit der Versuch verbunden, das Geschehene zu leugnen, um sich der Realität nicht stellen zu müssen. Dieser Zustand kann zu starken Spannungszuständen und psychischen Abwehrmechanismen wie Verdrängung und/oder Verleugnung führen, welche aber nicht lange aufrechterhalten werden kann. Anschließend folgt die Konfrontation mit den Geschehnissen: sie setzt bei den Betroffenen wieder starke emotionale Reaktionen - bis hin zum Gefühl des Versagens - in Gang. Für den Verarbeitungsprozess ist es wichtig, zunächst das Stressniveau sowie die emotionale Anspannung zu senken. Ein entlastendes Gespräch stellt hierfür ein geeignetes Mittel dar. Ziel ist die Integration jener Erlebnisse, die zur Krise geführt haben. Eine kompetente Krisenintervention kann wesentlich zu einer Neuordnung und Entspannung des Gefühlschaos sowie gegebenenfalls zu einer Neuorientierung im Leben des Betroffenen beitragen.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Vgl. Berger et al., (2004: 22)

<sup>8</sup> Vgl. Berger et al., (2004: 24)

<sup>9</sup> Vgl. Berger et al., (2004: 22)

## **2.2 Verlaufsphasen einer Traumatischen Krise**

Traumatische Krisen entwickeln sich plötzlich und unerwartet. Sie stellen für den Betroffenen ein überwältigendes Ereignis dar. Sie verlaufen laut Riecher-Rössler et al., (siehe Abbildung 1) in Phasen ab. So löst die plötzliche Konfrontation eine Schockreaktion aus, damit ist vom Betroffenen oft der Versuch verbunden die Realität beziehungsweise die Wirklichkeit zu verleugnen. Diese Vermeidung geht meistens mit einem Gefühlschaos einher. Im weiteren Verlauf erlebt sich der Betroffene als Versager, Stress und Spannung nehmen zu. Ein Vollbild der Krise lässt sich oft damit vermeiden, indem er versucht, die restlichen Energien zu mobilisieren, z.B. durch den Versuch Angehörige und Freunde zu einzubinden. Sollten diese Bewältigungsstrategien unzureichend sein kommt es zum Vollbild der Krise.

Ziel der Krisenintervention ist es hier, Hilfe und Unterstützung bei der Bearbeitung des Krisenanlasses und bei der Neuorientierung in der veränderten Lebenssituation zu geben<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Vgl. Riecher-Rössler et al., (2004: 22)

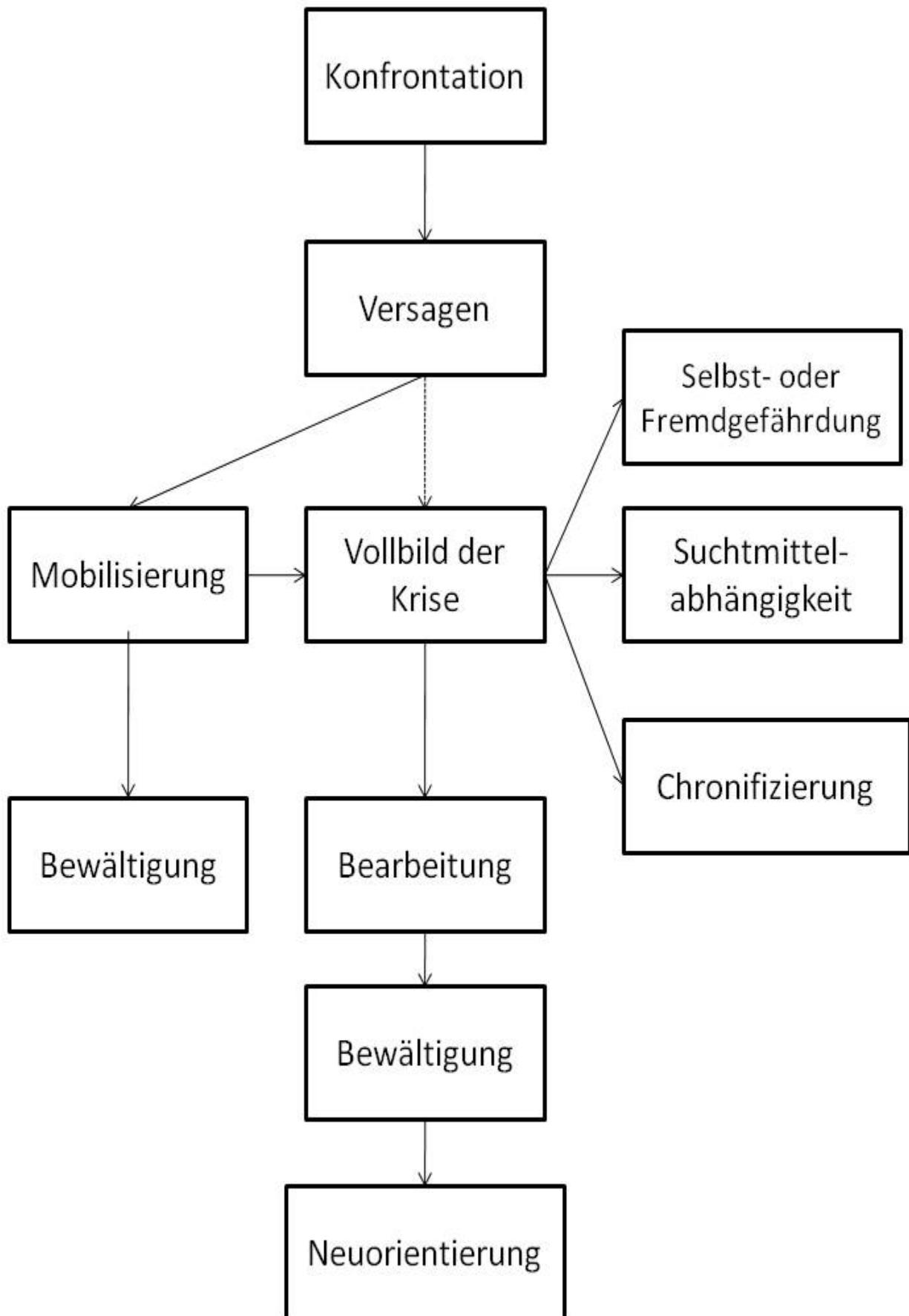


Abbildung 1: Krisenverlauf bei traumatischen Krisen (modifiziert nach Caplan, 1964 und Cullberg, 1978)  
 Quelle: in Riecher- Rössler et al., 2004: 23

## **2.3 Gefahrenpotentiale einer Krise**

Betroffene einer Krise befinden sich oft in einem Ausnahmezustand. Dieser kann von einer emotionalen Anspannung bis hin zu selbst- und fremdgefährdendem Verhalten und Aggressionshandlungen führen.

In vielen Fällen kann eine Krise auch Auslöser von Suizid oder Suizidversuch sein.

Besonders anfällig für Suizidabsichten sind alkohol-, medikamente- oder drogenabhängige Personen, depressive, schizophrene Personen sowie alte Menschen und Vereinsamte.

Bei Menschen mit einer vorbestehenden Vulnerabilität (d.h. Verletzbarkeit) oder Prädisposition (d.h. infolge einer Reaktion) kann eine Krise auch eine psychische Erkrankung auslösen.<sup>11</sup>

### **2.3.1 Suchterkrankungen**

Bei Patienten welche durch psychotrope Substanzen in eine Krise geraten können, wird dieses nicht als Problem angesehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass oft neben dem Substanzmissbrauch andere psychische Störungen auftreten können.

Von größter Wichtigkeit ist es hier, keine wertende Haltung einzunehmen. Empathisches, klar transparentes Verhalten sowie eine weitreichende Vertraulichkeit sind hier oberste Priorität. Suchterkrankte gehören zur gefährdeten Gruppe der Selbstmörder. Besonders heikel kann hier ein Rückfall sein.<sup>12</sup>

### **2.3.2 Schizophrenie**

Bleuler (1911) erkannte die Erkrankung und relativierte sie aus seiner Sicht und gab ihr den Namen „Schizophrenie“. Bei dieser Erkrankung stehen Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens sowie der subjektiven Gefühle im Zentrum. Weiters fand er Symptome wie Wahnideen und Halluzinationen.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Vgl. Dross (2001: 55)

<sup>12</sup> Vgl. Stohler (2004: 227f)

<sup>13</sup> Vgl. Konrad (1989: 66f)

Es gibt zwei Formen der Schizophrenie:

*Akute Form:*

Der Betroffene erlebt sie als unheimlich und bedrohend. Etwas für ihn Unerklärliches geschieht um ihn herum. Des Weiteren können optische und akustische Halluzinationen hinzukommen. Er bekommt beispielsweise die Idee, man wolle ihn vergiften oder umbringen. Sind depressive oder manische Symptome mit den Wahnideen oder Halluzinationen einer Schizophrenie kombiniert, so spricht man von einer schizoaffektiven Psychose. Rückfälle in akute Formen der Schizophrenie werden häufig ausgelöst durch externe Faktoren (familiäre Konflikte, Umzug, Arbeitsplatzwechsel usw.).

*Chronische Form:*

Diese ist charakterisiert durch affektive Verflachung, Denkarmut, Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug. Erkrankte verlieren meistens ihre Selbstständigkeit und Autonomie. Eine Krisenintervention bei einer akuten Schizophrenie bedarf erhöhter Aufmerksamkeit und Wachheit, da es oft zu Aggressionsausbrüchen seitens des Betroffenen kommen kann.

### **2.3.3 Aggression**

Aggressionsausbrüche haben einen phasenhaften Verlauf. Es können fünf Phasen unterschieden werden: Auslöse-, Eskalations-, Krisen-, Erholungsphase und die Depression nach der Krise. Die wichtigsten Kennzeichen der einzelnen Phasen sind:

*Auslösephase:*

Sie tritt unabhängig von der jeweiligen Umgebung auf, die Person entfernt sich von den normalen Handlungsweisen. „Solche Veränderungen zeigen sich in verbalem oder nonverbalem Verhalten.“<sup>14</sup> Beispielsweise durch Vermeidung von Augenkontakt oder verbale Bedrohungen.

*Eskalationsphase:*

Die Handlungen der Person weichen immer mehr von den normalen Handlungsweisen ab. Die Erregung steigt - Mimik, Gestik und Verhalten werden immer unruhiger. Der Betroffene kann sich angegriffen fühlen, schreit und verhält sich anderen gegenüber bedrohlich.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Breakwell (1998: 55f)

<sup>15</sup> Vgl. Breakwell (1998: 57)

#### *Krisenphase:*

Hier wird der Betroffene immer stärker psychisch und physisch erregt, die Kontrolle über aggressive Impulse nimmt ab, wird immer schwächer. Oftmals kommt es zum Verlust der Selbstkontrolle - er schlägt, tritt und wirft mit Gegenständen um sich<sup>16</sup>. „Versuche, den Angreifenden zu halten oder zu berühren, sind in zu diesem Zeitpunkt gefährlich und können extremere Aggressionen auslösen.“<sup>17</sup>

#### *Erholungsphase:*

Nach der gewalttätigen Eskalation kehrt der Betroffene in sein normales Grundverhalten zurück. Dies geschieht oft sehr rasch, kann aber auch in Ausnahmefällen über Tage andauern. Körperhaltung und Stimme entspannen sich. In dieser Phase kommt es oftmals zu Anschuldigungen gegenüber dem (Pflege-)Personal, beispielsweise in Form von Schuldzuweisungen an das Personal bezüglich der gegenwärtigen Situation.<sup>18</sup>

#### *Depression nach der Krise:*

Es kommt zur geistigen und körperlichen Erschöpfung. Betroffene Personen reagieren mit Depression und Rückzug – sie brechen oft in Tränen aus und entschuldigen sich für ihr Verhalten. „Die Krise ist vorüber, und der Betroffene kann sich gegenüber den Interventionen öffnen, die helfen sollen, Schuldgefühle abzubauen, den Zwischenfall zu verstehen und möglicherweise dessen Wiederholung zu vermeiden.“<sup>19</sup>

### **2.3.4 Suizid**

Der Suizid (Selbstmord, Freitod) ist eine absichtliche Selbsttötung, die als Reaktion auf eine Lebenskrise oder Identitätskrise oder als Ausdruck einer Autoaggression verstanden werden kann. Er ist keine Erkrankung, sondern eine Form, seine Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit auszudrücken. Oftmals jedoch geht der Suizid mit einer psychischen Störung einher. In Ausnahmesituationen erscheint der Freitod als einzige Lösung, wenn Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Resignation übermächtig werden. Betroffenen sollte man wertungsfrei und neutral Hilfe anbieten und sich nicht von der eigenen Ohnmacht und Hilflosigkeit überwältigen lassen.<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> Vgl. Breakwell (1998: 58)

<sup>17</sup> Breakwell (1998: 58)

<sup>18</sup> Vgl. Breakwell (1998: 58)

<sup>19</sup> Breakwell (1998: 59)

<sup>20</sup> Vgl. Finzen (1997: 9)

Erwin Ringel hat 745 Selbstmordversuche analysiert und konnte eine „seelische“ Befindlichkeit herausfiltern und daraus das „präsuizidale Syndrom“ formulieren.<sup>21</sup>

Dabei lassen sich folgende Phasen beschreiben:

- Einengung
- Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression
- Selbstmordphantasien

*Einengung:*

Hier kann man vier verschiedene Inhalte unterscheiden:

Einengung der Wertewelt: Es hat nichts mehr einen „Wert“.

Einengung der zwischenmenschlichen Beziehung: suizidgefährdete Menschen sind einsam, isoliert und haben kaum Kontakt zu anderen Menschen.

Situative Einengung (Einengung der persönlichen Möglichkeiten): im alltäglichen Leben verfügen wir über umfassende Möglichkeiten, unsere Umwelt begreifen und gestalten zu können. Sie stellen uns Handlungs- und Verarbeitungsmuster zur Verfügung. Im präsuizidalen Syndrom sind diese fast nicht mehr vorhanden. Man fühlt sich klein und hilflos, der Situation ausgeliefert und findet die zuvor bewährten Lösungsmöglichkeiten nicht mehr.

Dynamische Einengung (Einengung der Gefühlswelt): Der Betroffene unterliegt Stimmungsschwankungen, seine Gedanken gehen nur mehr in eine Richtung. Hier kann es zu Depressionen, Verzweiflung, und Panik kommen. Ihren Höhepunkt erreicht diese im Suizid.

*Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression:*

Ein Suizid erfordert eine enorm aggressive Haltung, die sich gegen die eigene Person richtet. Andererseits stellt die Selbsttötung eine klassische Racheaktion dar, damit andere zugleich für alle Zeiten vorwurfsvoll belastet werden.

---

<sup>21</sup> Vgl. Ringel (1998: 15)

### *Selbstmordphantasien:*

Menschen spielen oft mit dem Gedanken sich umzubringen - dies muss aber nicht zwangsläufig zum Suizid führen. Personen mit Selbstmordphantasien fühlen sich oft der Realität nicht gewachsen und flüchten sich im Gedanken immer wieder in den Tod. Somit spielt der Suizid eine immer größer werdende Rolle.

Das Auftreten der genannten Merkmale ist immer ein ernst zu nehmendes Warnzeichen.<sup>22</sup>

## **2.4 Zusammenfassung**

Eine Krise stellt ein unerwartetes Ereignis oder eine Situation dar, welches als unerträglich wahrgenommen wird und die erlernten Bewältigungsstrategien überfordert. In der Krisenintervention unterscheidet man zwei Arten von Krisen:

- Entwicklungs- und Lebensveränderungskrisen: diese entstehen aus einer Übergangssituation heraus.
- Traumatische oder situative Krisen: sie treten in der Regel unerwartet und plötzlich auf.

Leute in einer Krise befinden sich in einem Ausnahmezustand. Dieser kann von einer emotionalen Anspannung bis hin zur Fremd- und Selbstgefährdung führen.

Aggressionen verlaufen in fünf Phasen und werden unterteilt in: Auslöse-, Eskalations-, Krisen-, Erholungsphase sowie Depression nach der Krise.

Der Suizid oder die Selbsttötung ist keine Erkrankung, er entsteht aus einer Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit heraus. Erwin Ringel begründete im Jahre 1949 das „präsuizidale Syndrom“. Folgende Phasen lassen sich beschreiben: Einengung, Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression, Selbstmordphantasien.

Im folgenden Kapitel geht es um die Schritte der Krisenintervention sowie um die wichtigsten Ansätze der Intervention.

---

<sup>22</sup> Vgl. [www.Psychotherapiepraxis.at](http://www.Psychotherapiepraxis.at) [Zugriff 17.06.2009]

### 3. KRISENINTERVENTIONEN

Menschen, die in einen emotionalen oder seelischen Ausnahmezustand geraten, bedürfen so rasch als möglich einer Krisenintervention. Einerseits um die Krisen zu bannen, andererseits um aus der Krise Chancen zu erkennen bzw. zu ziehen und diese zu nutzen.

Bekanntlich laufen Krisen niemals gleich ab. Hier kann eine große Variabilität an Bewältigungsformen bestehen. Deswegen ist es für Krisendienstmitarbeiter wichtig, sich ein praktikables Modell - eine Art "Checkliste" – als Orientierungshilfe zusammen zustellen.<sup>23</sup>

Riecher- Rössler et al., beschreiben acht Schritte der Krisenintervention:

- Kontakt aufbauen
- Emotional entlasten
- Krise analysieren („Assesement“, Auslöser, Hintergrund)
- Krisenfokus gemeinsam definieren
- Ressourcen analysieren (inkl. bisherige Bewältigungsstrategien und soziales Netz)
- Ziele gemeinsam definieren
- Probleme bearbeiten (bewährte Lösungsstrategien reaktivieren, evtl. neue Lösungen suchen, soziales Netz aktivieren, Hilfe einschalten)
- Nachsorge einschalten (ggf. Psychotherapie, sozialpsychiatrische Betreuung usw.)

Zumeist sind diese Schritte nicht chronologisch vollziehbar, sondern verschmelzen untereinander.

Grundsätzlich gilt es bei einer Krisenintervention immer vertrauensbildend und behutsam vorzugehen. Bei einer Intervention sollten mindestens zwei Teammitarbeiter vor Ort sein, da der Betroffene zu einem aus dem Team einen besonderen Zugang hat. Idealtypisch wäre die Vertretung beider Geschlechter. Es werden mit den Betroffenen Auslöser und Hintergrund der Krise genau analysiert .Aufgrund einer soliden Einschätzung von Ursachen, Einflussfaktoren, Grad und Schwere der Krise kann eine Intervention erfolgen. Wichtig ist es, der Person dabei zu helfen, ihre Gefühle und Reaktionen zu beschreiben bzw. auszudrücken. Die Krisenintervention richtet sich immer nach der jeweiligen Situation.

Das Ziel der Intervention ist - mit dem Betroffenen zusammen – die gemeinsame Erarbeitung einer Krisenbewältigung. Dies kann unter anderem die Notwendigkeit einer sozialpsychiatrischen Nachbetreuung zur Folge haben.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Vgl. Dross (2001: 13)

<sup>24</sup> Riecher-Rössler et al., (2004: 13)

### **3.1 Kultursensitive Krisenintervention**

Um eine Krise abklären zu können ist es unerlässlich, eine Analyse des kulturellen Hintergrundes durchzuführen. „Krisen können durch verschiedene psychische, familiäre, finanzielle, migrationsspezifische und soziale Belastungen ausgelöst werden. Soziale Beziehungen haben bei nicht westlichen Kulturen in Bezug auf die Entstehung von Krisen und effektive Krisenintervention eine besondere Relevanz.“<sup>25</sup> Respekt gegenüber einer „Nichtwestlichen“ Kultur ist die Basis für eine professionelle Unterstützung.

### **3.2 Krisenintervention bei häuslicher und sexueller Gewalt**

Die meisten Gewalttaten geschehen in den eigenen vier Wänden, wo es für diese Art von Gewalt keinerlei Zeugen gibt. Viele Betroffene haben oft Scheu oder nicht den Mut, die Gewalttaten zur Anzeige zu bringen.

Gewaltübergriffe umfassen Bedrohungen, körperliche Gewaltanwendungen bis hin zu Morddrohungen. Hierbei liegt der Schwerpunkt in der Unterstützung des Opfers bezüglich einer medizinischen Untersuchung und in weiterer Folge einer Anzeige.

Zum Schutz vor dem Täter kann auch eine Wegweisung durch die Polizei ausgesprochen werden, das bedeutet, dass er sich dem Opfer nicht mehr nähern darf.

Wichtig ist es hier, auf das Opfer einzugehen und ihm keinerlei Vorwürfe und Schuldzuweisungen zu machen. Oberste Priorität in der Krisenintervention bei Gewaltopfern ist die Sicherheit (äußeren und inneren) und der Schutz. Hier kann das Opfer in ein Frauenhaus vermittelt, und/oder an eine Opferhilfestelle weitergeleitet werden (z. B für rechtliche Fragen, finanzielle Angelegenheiten...)<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Abdam-Unat (2004: 92)

<sup>26</sup> Vgl. Brunner (2004: 264)

### **3.3 Krisenintervention bei Suizidalität**

Dafür gibt es verschiedene Motive: körperliches Leid aufgrund einer unheilbaren Erkrankung oder Depression, Hilferuf an die Umwelt, Racheakt an einer anderen Person oder eine Form von Aggression die gegen das eigene Ich gerichtet ist.

Besonders wichtig ist es, den Betroffenen ernst zu nehmen, sowie ihn konkret darauf anzusprechen, ob er sich das Leben nehmen will oder vorhat, sich etwas anzutun.

Einen wichtigen Hinweis auf eine mögliche Suizidalität kann man unter anderem auch in der Familienanamnese finden. Vordergründig ist es, eine Beziehung zum Klienten aufzubauen, damit er auch über seine Probleme reden kann. Sollte sich der Betroffene nicht von seinen negativen Gedanken im Rahmen der Krisenintervention distanzieren, ist eine stationäre Krisenintervention angezeigt.<sup>27</sup>

### **3.4 Zusammenfassung**

Menschen, die in eine Krise geraten, bedürfen so rasch als möglich Hilfe im Rahmen einer Krisenintervention. Ein wichtiger Bestandteil dieser Hilfe ist es für den Mitarbeiter, eine Checkliste zusammenzurichten, nach der er sich selbst orientieren kann. Es kann sein, dass die Schritte auf dieser Liste nicht chronologisch einzuhalten sind, sie „verschmelzen“ untereinander. Besonders wichtig ist der vertrauensbildende und behutsame Umgang mit dem zu Betreuenden. Verschiedene Kriseninterventionen können unterschieden werden wie z.B. kultursensitive Krisenintervention, Intervention bei häuslicher und sexueller Gewalt, Krisenintervention bei Suizidalität, Krisenintervention bei Suchterkrankungen, Krisenintervention bei Schizophrenie.

Die Möglichkeiten zur Betreuung einer Krise werden im nachfolgenden Kapitel beschrieben.

---

<sup>27</sup> Vgl. Bronisch (2004: 80f)

## **4. MÖGLICHKEITEN DER KRISENINTERVENTION**

Dieses Kapitel vermittelt einen Überblick über diverse Kriseninterventionsmöglichkeiten.

### **4.1 Telefonische und mobile Krisenintervention**

Dieses Instrument der Krisenintervention versteht sich als spezifisches Angebot an alle Betroffenen, die in einer akuten oder längerfristigen Notsituation sind.

Hier sind rund um die Uhr 24 Stunden, 365 Tage im Jahr speziell ausgebildete Mitarbeiter gesprächs- und hilfsbereit. Die Betroffenen können auf Wunsch auch anonym bleiben.

Für jeden Mitarbeiter gilt die Verschwiegenheitspflicht.

Wichtig ist es auch hier, zunächst das Vertrauen des Betroffenen zu gewinnen bzw. zu fördern.

Sollte eine telefonische Beratung dem Betroffenen nicht genügen, kann es zu einem mobilen Einsatz vor Ort kommen.

Die mobile Krisenintervention ist ein zusätzliches Angebot bei vielen Krisendiensten. Sie steht rund um die Uhr zur Verfügung und leistet bei Bedarf Unterstützung vor Ort in der gewohnten Umgebung des Betroffenen.

### **4.2 Ambulante psychiatrische Notfall- und Krisenintervention**

Bei akuter Überforderung der Person und ihres sozialen Netzes oder bei anstehender Selbst- oder Fremdgefährdung wird schnellstmögliche Hilfe erwartet. Das bedeutet, alle verfügbare Hilfe zu mobilisieren, die dabei helfen, irreversible Folgeprobleme zu verhindern. Die ambulante Variante der Krisenintervention findet zumeist in Krankenhäusern mit angeschlossener psychiatrischer Abteilung statt. Es wird versucht, durch die Intervention einen stationären Aufenthalt zu vermeiden.

“Je nach dem Ausmaß der Gefährdung muss die Intervention direkt sein. Eventuell wird mit gesetzlichem Druck oder gar der Anwendung polizeilicher Gewalt vorgegangen, um schweren und unwiderruflichen Schaden abzuwenden.“<sup>28</sup>

Die nachfolgende Tabelle stellt die Unterschiede zwischen Notfall- und Krisenintervention dar.

---

<sup>28</sup> Rupp (2004: 100)

Unterschiede zwischen Notfall- und Krisenintervention		
Tabelle 1		
	Notfallintervention	Krisenintervention
Anlass	Vermeintliche oder tatsächliche Gefährdung	Drohender Verlust des seelischen Gleichgewichts
Ziel	Schutz, Sicherheit	Belastungsreduktion
	Entlastung	Beziehungsaufnahme
	Anbindung an Betreuungskontakt	Förderung der Selbsthilfe
		Förderung der Ressourcen
		Soziale Vernetzung
Mittel	Direktive Intervention zur Behandlung akut gefährdender emotioneller Komplikationen wie Erregung, Wahn, Angst, Verwirrung, Verlust der Impulskontrolle sowie Selbst- und Fremddestruktivität.	Lösungs- und ressourcenorientierte psychotherapeutische Arbeit mit Anerkennung konstruktiver Bemühungen wie Tagesstruktur und Psychohygiene sowie Rückfallprophylaxe

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Notfall und Krisenintervention (Quelle in Riecher-Rössler et al., 2004: 101)

### 4.3 Stationäre Krisenintervention

Im Zuge einer Krisenintervention kann eine kurzfristige stationäre Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik oder Kriseninterventionseinrichtung notwendig werden, um Hilfe und Entlastung zu gewährleisten. Diese ist insbesondere bei Vorliegen einer Selbst- oder Fremdgefährdung angezeigt.

Lehnen die Betroffenen eine stationäre Behandlung ab, hier kommt es zu einer sogenannten „Zwangseinweisung“ nach dem Unterbringungsgesetz (1990), wenn eine Fremd- und Selbstgefährdung besteht. Die stationäre Krisenintervention kann dem Betroffenen in einer akuten Situation Entlastung, Distanzierung und unter anderem auch Schutz und Entspannung bieten. Oftmals gelingt es den Betroffenen, dann die Krise aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten, welcher ihnen zuvor verstellt war.

Wirklich wichtig ist es, dass die Aufenthaltsdauer kurz gehalten wird, dies fördert die Selbstverantwortung der Betroffenen.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Vgl. Riecher-Rössler et al., (2004: 60f)

## 4.5 Zusammenfassung

Für Betroffene, die in eine Krise geraten sind, stehen vielseitige Angebote zur Verfügung:

- Telefonische Krisenintervention: Hier stehen Mitarbeiter telefonisch rund um die Uhr für Probleme und Krisen zur Verfügung.
- Mobile Krisenintervention: Sollte die telefonische Beratung dem Betroffenen nicht genügen, kommt es zu einem mobilen Einsatz vor Ort.
- Ambulante Krisenintervention: Bei akuter Überforderung des sozialen Netzes oder anstehender Selbst- und Fremdgefährdung stehen Ambulatorien zur Verfügung.
- Stationäre Krisenintervention: Diese kann notwendig werden, um Hilfe und Entlastung zu gewährleisten. Viele Leute lehnen jedoch eine stationäre Behandlung ab, hier kann es oft zu einer so genannten „Zwangseinweisung“ nach dem UBG (1990) kommen.

## 5. EMPIRISCHER TEIL

Um die verschiedenen Not- und Krisendienste vergleichen bzw. untersuchen zu können, wurden die verschiedenen Institute mittels E-Mail und einem Fragenkatalog angeschrieben.

Von den angeschriebenen Institutionen aus den neun Bundesländern schrieben sechs Bundesländer zurück, von den restlichen drei Bundesländern (Burgenland, Steiermark und Tirol) gab es keinerlei Rückmeldung.

Es gab positive Rückmeldungen der daran teilnehmenden Institutionen, sie gaben an dass sie jederzeit für etwaige weitere Fragen bereitstehen.

Die Fragen im Einzelnen lauteten:

- a.) Seit wann gibt es den Dienst?
- b.) Welche Qualifikationen haben die Mitarbeiter?
- c.) Welche Fort- und Weiterbildungen gibt es?
- d.) Von wann bis wann dauert der Dienst?
- e.) Wie viele Teams fahren aus?
- f.) Wie ist der Ablauf des Dienstes organisiert?
- g.) Gibt es ein Einarbeitungskonzept? Wenn ja, wie sieht dieses aus?

## **6. EINRICHTUNGEN ZUR KRISENINTERVENTION IN ÖSTERREICH**

In diesem Teil werden die einzelnen Einrichtungen aus den 6 Bundesländern vorgestellt. Eine Ausnahme bildet Kärnten: Hier werden der Psychiatrische Not- und Krisendienst des Landes Kärnten als auch das Kriseninterventionsteam des Roten Kreuzes Kärnten beschrieben. Der Unterschied zwischen den beiden Einrichtungen liegt im Aufgabenbereich.

### **6.1 Wien: Psychosoziale Dienste**

Im Jahre 1979 wurden die Psychosozialen Dienste (PSD) in Wien gegründet und bieten ein breit gefächertes Netzwerk von ambulanten Einrichtungen für eine umfassende sozialpsychiatrische Grundversorgung an. Im Mittelpunkt steht die Behandlung, Betreuung und Begleitung psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen. Vorrangiges Ziel ist es, unkompliziert und rasch Hilfe zu leisten.

Das Netzwerk vom PSD umfasst psychosoziale Behandlungseinrichtungen und rehabilitative Einrichtungen zur sozialpsychiatrischen Grundversorgung, derzeit sind dies 17 Einrichtungen, wie beispielsweise: neun sozialpsychiatrische Ambulatorien mit Schwerpunkten Diagnostik, (medikamentöser) Behandlung, Krisenintervention, mobile Dienste und Hausbesuche sowie Unterstützung und Entlastungsgespräche für Angehörige.

Als Besonderheit bietet Wien einen psychiatrischen Liaisondienst an. Hier arbeiten Mitarbeiter mit obdachlosen psychiatrisch Erkrankten. Zu fest vordefinierten Zeiten finden „Visiten“ in diversen nicht primär psychiatrischen Einrichtungen (Wohnungslosenhilfeeinrichtungen) statt. Träger ist das Kuratorium für Psychosoziale Dienste Wien; es wird durch öffentliche Mittel finanziert. Die Mitarbeiter befinden sich in einem Angestelltenverhältnis.

Bei allen Einrichtungen des PSD steht die Multiprofessionalität sowie Menschlichkeit an erster Stelle. Neben einer fachlich spezifischen Ausbildung (Gehobener Fachdienst für Gesundheits- und Krankenpflege, klinischer Gesundheitspsychologe, Facharzt für Psychiatrie/Neurologie bzw. Psychotherapie) wird auch eine mehrjährige Berufserfahrung im Bereich der Wiener Versorgungspsychiatrie verlangt.

Fort- und Weiterbildungen werden regelmäßig angeboten. Supervisionen werden zusätzlich angeboten.

Aber auch nichtärztliche Mitarbeiter werden nach ausführlichen Vorinformationen und Gesprächen aufgenommen. Je nach Berufsgruppe gibt es einen „Mentor“, der die Einarbeitung begleitet.

Im Rahmen des mobilen Krisendienstes sind jeweils 12-Stunden-Dienste vorgesehen. Das Einsatzteam besteht jeweils aus einem Arzt und einer Fachkraft der Gesundheits- und Krankenpflege und/oder Psychologe. In Sonderfällen kann es auch vorkommen, dass der Arzt alleine ausfährt.<sup>30</sup>

Die Psychiatrische Soforthilfe (gegründet 1981), welche eine Ergänzung zum PSD ist, besteht aus einem Verbundsystem aus Sozialpsychiatrischem Notdienst, Mobilem Psychiatrischen Krisendienst (begründet 2004), der Psychosozialen Information sowie den Sozialpsychiatrischen Ambulatorien.

Gemeinsam bieten sie flächendeckend für ganz Wien rund um die Uhr qualifizierte Hilfestellung telefonisch, ambulant sowie mobil an.

Das Leistungsangebot umfasst Beratungs- und Entlastungsgespräche, medizinische Akutintervention, medikamentöse Unterstützung bis hin zur psychotherapeutischen Kurzbetreuung. Da jeder, der Hilfe benötigt, sich direkt mit dem PSD in Verbindung setzen kann, ist es ein niederschwelliges, bedarfsgerechtes und darüber hinaus kostenloses Angebot für alle Hilfesuchenden.

Als primäre Zielgruppe werden Menschen ab 18 Jahren mit psychischen Störungen, welche in Wien wohnen, angesehen. Für Kinder und Jugendliche, wie auch Menschen im höheren Lebensalter gibt es speziell abgestimmte Einrichtungen.<sup>31</sup>

## **6.2 Niederösterreich: PsychoSoziales Akutteam**

Das PsychoSoziale Akutteam NÖ (kurz Akutteam) wurde 2001 von der Niederösterreichischen Landesregierung gegründet und wird vom Land finanziert.

In das Akutteam, welches vor Ort arbeitet, werden ausschließlich Psychiatrische Fachkräfte aufgenommen, wie beispielsweise: Personen, die eine abgeschlossene Ausbildung der Psychologie, Psychotherapie haben oder das Psychiatrie – Diplom bei ÄrztInnen vorweisen können. Einschlägige, eigenverantwortliche Berufserfahrung im psychosozialen Feld ist eine unbedingte Voraussetzung. Das Akutteam wird von einem sozialarbeiterischen Journaldienst unterstützt. Dies sind Fachkräfte, welche einen Abschluss der Sozialakademie oder Fachhochschule in Sozialarbeit sowie ein Mindestalter von 25 Jahren und mindestens drei Jahre Berufserfahrung aufweisen können. Bevor der Einsatz für alle Mitarbeiter im Akutteam beginnen kann, muss ein Basisseminar absolviert werden. Die ersten zwei Einsätze werden in Begleitung von erfahrenen

---

<sup>30</sup> [Regina.angel@psd-wien.at](mailto:Regina.angel@psd-wien.at) [Zugriff am 10.06.2009]

<sup>31</sup> <http://www.psd-wien.at> [Zugriff 02.07.2009]

Mitarbeitern durchgeführt. Ab dem dritten Einsatz dürfen die Teams unter anfänglich ständiger Supervision alleine arbeiten. Für alle Mitarbeiter verpflichtend ist die Teilnahme an mindestens vier bis fünf Teamsupervisionen pro Jahr sowie an den zweimal jährlich stattfindenden Regionaltreffen.

In Niederösterreich fährt nur eine psychiatrische Fachkraft zum Einsatzort, während im Hintergrund der sozialarbeiterische Journaldienst begleitend fungiert.

Aufgrund der Größe von Niederösterreich werden die Einsatzteams in fünf Regionen aufgeteilt. Diese sind:

- Industrieviertel
- NÖ-Mitte
- Weinviertel
- Waldviertel
- Mostviertel

In jeder dieser Regionen sollten sieben bis zehn Mitarbeiter verfügbar sein. Der Bereitschaftsdienst dauert jeweils 24 Stunden; das psychiatrische Akutteam wird pro Einsatz bezahlt, der sozialarbeiterische Journaldienst bekommt eine Grundpauschale sowie tatsächliche Einsatzzeiten bezahlt.

Die Einsätze werden rund um die Uhr vom sozialarbeiterischen Journaldienst entgegengenommen und koordiniert. Die Sozialarbeiter müssen während ihrer Dienstzeit jederzeit erreichbar sein und über einen Internetzugang verfügen

Das Akutteam wird von einer der folgenden Stellen angefordert:

- Polizei
- Rettungsorganisationen
- Notärzte
- Feuerwehren
- Krankenhäuser
- Sozialpsychiatrische Ambulanzen
- Niedergelassene Ärzte

Besonders nach potentiell traumatisierenden Ereignissen, wie beispielsweise

- Unfällen mit Schwerverletzten oder tödlichem Ausgang
- Plötzlichen Todesfällen
- Gewalttaten
- Mordversuchen oder Morden
- Suizid oder Suizidversuchen

wird das Akutteam angefordert.

Die Betreuung der Betroffenen erfolgt kostenlos.

Darüber hinaus bietet NÖ aber auch Hilfe zur Selbsthilfe, Suche nach geeigneter fachlicher Weiterbetreuung, Kontaktherstellung zu anderen sozialen Einrichtungen sowie Hilfestellung bei der Planung von nächsten Schritten oder beim Wiedereinstieg in das „normale Leben“ an.<sup>32</sup>

### **6.3 Kärnten: Kriseninterventionsteam Rotes Kreuz**

Das Kriseninterventionsteam (KIT) Kärnten wurde 2004 begründet. Das erste Kriseninterventionsteam wurde 1999 vom Roten Kreuz Tirol begründet. Die Mitglieder des ersten Kriseninterventionsteams gehörten der Arbeitsgruppe Notfallpsychologie an und waren bei mehreren Großschadensereignissen wie z. B. Lawinenkatastrophen in Galtür und Valduz im Einsatz. In Österreich arbeitet das Kriseninterventionsteam vom Roten Kreuz flächendeckend, als letztes Bundesland kam Burgenland im Jahr 2009 hinzu.

Das KIT-Team umfasst multiprofessionelle Mitarbeiter. Bevorzugt werden Personen, die im Psychosozialen Bereich tätig sind oder beim Roten Kreuz mitwirken. In einem Bewerbungsgespräch wird überprüft, ob die potentiellen Mitarbeiter für eine solche Tätigkeit grundsätzlich geeignet sind.

Derzeit bestreiten folgende Berufsgruppen die Einsätze:

- Klinische Gesundheitspsychologen
- Hauptberufliche Mitarbeiter vom Roten Kreuz
- Pflegeberufe (Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegehelfer)

Die Ausbildung erfolgt in fünf Modulen jeweils zwei Tage lang und schließt mit einer schriftlichen Prüfung und einem Reflexionsgespräch ab. Die Mitarbeiter sind zu einer mindestens achtstündigen Fort- oder Weiterbildung pro Jahr verpflichtet. Die Supervision erfolgt freiwillig und nach Bedarf.

Die Mitarbeit ist ehrenamtlich. Bei den Einsätzen besteht ein Versicherungsschutz. Die Rufbereitschaft beträgt 12 Stunden.

Jeder Mitarbeiter sollte bis zu vier Dienste pro Monat versehen.

Zu den Einsätzen wird man immer zu zweit geschickt.

Pro Bezirk gibt es ein Team, welches sich in Rufbereitschaft befindet.

Die Verständigung kann nicht durch Privatpersonen erfolgen, sondern immer über das Rote Kreuz oder andere Organisationen (Feuerwehr, Polizei, Krankenhaus).

---

<sup>32</sup> <http://pv.noe-lak.at/Angebot-Alarmierung> [Zugriff 16.06.2009]

Interventionen, die das KIT übernimmt:

- Plötzlicher Kindstod
- außergewöhnliche Todesfälle/Unfälle mit Todesfolge bzw. schwerer Verletzung
- Suizidversuch/Suizid
- Betreuung von Angehörigen vermisster Personen
- Überbringung von Todesnachrichten
- Betreuung nach Reanimationen (d.h.Wiederbelebung), Todesfällen im häuslichen Bereich
- Katastrophen wie Lawinenabgänge, Großschadensfälle
- Begleitung bei Verabschiedungen von Verstorbenen

#### **6.4 Kärnten: Psychiatrischer Not- und Krisendienst**

Der Psychiatrische Not- und Krisendienst (PNK) wurde 1995 in Kooperation des Landeskrankenhauses Klagenfurt dem „Zentrum für seelische Gesundheit“ und vom Gemeinnützigen Verein Pro Mente Kärnten gegründet. 2007 übernahm die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KABEG) im Auftrag des Landes Kärnten den PNK. Die Finanzierung erfolgt über das Land Kärnten.

Der Psychiatrische Not- und Krisendienst ist derzeit auf drei Regionen und Teams aufgeteilt:

Das „Team PNK Ost“ des Landeskrankenhauses Klagenfurt betreut die Bezirke Klagenfurt, Klagenfurt Stadt, Völkermarkt, Wolfsberg sowie St. Veit.

Das „Team PNK West“ des Landeskrankenhauses Villach die Bezirke Villach, Villach Land sowie Hermagor

Der Bezirk Feldkirchen wird durch beide Teams versorgt.

Montag bis Freitag (08.00-16.00) gibt es für den Bezirk Spittal/Drau noch einen dritten Krisendienst, dieser wird vom Sozialpsychiatrischen Zentrum Spittal (Pro Mente Kärnten) gestellt. Außerhalb dieser Zeiten übernimmt das „Team West“ diese Region.

Die Mitarbeiter müssen eine spezifische Ausbildung aufweisen, wie:

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie; Assistenzarzt in Ausbildung Psychiatrie

Psychologe (Klinischer Gesundheitspsychologe, Ausbildungspsychologe)

Fachkraft für Gesundheits- und Krankenpflege mit psychiatrischem Diplom

Andere Berufsgruppen aus dem psychosozialen Bereich mit theoretischen und praktischen Kenntnissen in der klinischen Psychologie sowie, mindestens dreimonatige Erfahrung in der Akutpsychiatrie

Eine zusätzliche Qualifikation gibt es beim PNK OST:

Neue Mitarbeiter fahren in drei Dienste zusätzlich im einem Team mit, wobei mindestens zehn Einsatzberichte verfasst werden müssen, damit die Qualifikation und Umsetzung des Wissens sowie die richtige Einschätzung der Situation überprüft werden kann.

Fortbildungen und Supervisionen sind regelmäßig vorgesehen, derzeit noch auf freiwilliger Basis.

Sowohl Team Ost als auch im Team West haben jeweils ein Zweierteam 24 Stunden Rufbereitschaft, wobei einer im Team die Einsätze telefonisch entgegennimmt, koordiniert und entscheidet, ob eine Intervention vor Ort zu erfolgen hat. Die Ausfahrten zum Einsatz erfolgen immer nur im Team zu zweit, da die Sicherheit jedes einzelnen Mitarbeiters oberste Priorität hat.

Die Bezahlung der Dienste erfolgt auf Honorarbasis, bezahlt werden die Bereitschaft sowie die tatsächlich geleisteten Einsatzstunden. Der PNK kann aktiv kontaktiert werden, durch Klienten, Angehörige, Einsatzorganisationen, Krankenhäuser.<sup>33</sup>

Der PNK ist für alle psychischen Störungen, einerlei ob chronisch oder auf Belastungsreaktion beruhend, die einer Akutintervention bedürfen, zuständig. Dies beginnt bei symptomatischen psychischen Veränderungen, Verhaltensstörungen und -auffälligkeiten, akuten Belastungsreaktionen, Suiziden und –versuchen, Suchtproblematik, aber auch bei akuten Krisen chronisch psychisch Erkrankter.

Wichtig ist die Abgrenzung zu den Krisen oder Situationen, für die der PNK nicht zuständig ist, wie beispielsweise akute Intoxikation, Betreuung von Opfern nach Katastrophen (Bahnunglücke, Autounfälle, Naturkatastrophen, ...).

„Das wohl wichtigste Qualitätsmerkmal des PNK ist sicherlich die 24 Stunden Erreichbarkeit, da Krisen bzw. Notfälle sich eben nicht nur an die üblichen Dienstzeiten halten, sondern zu jeder Tages- und Nachtzeit wie auch an Sonn- und Feiertagen passieren können.“<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> Vgl. Konzept „Organisation und Abwicklung des Psychiatrischen Not- und Krisendienstes über die KABEG Krankenhäuser.“

<sup>34</sup> Bahramiyan (2003: 62)

## **6.5 Vorarlberg: Krisenintervention Vorarlberg und Notfallseelsorge (KIT)**

Sie wurde im Jahre 2000 gegründet mit dem Auftrag, die psychosoziale Betreuung von Menschen unmittelbar nach traumatischen Ereignissen sicherzustellen.

KIT-Vorarlberg wird von Ärztekammer (Notfallreferat), Bergrettung, Caritas, Kirche (Evangelische und Katholische), Polizei, Rotes Kreuz, Vorarlberger Verband für Psychotherapie und vielen mehr getragen.

Interessierte, die im Team mitarbeiten wollen, müssen die von der österreichischen KIT-Plattform erarbeitete Grundausbildung absolvieren. Diese Ausbildung umfasst 80 Theoriestunden, ein Praktikum beim Roten Kreuz von 36 Stunden sowie ein fünfstündiges Praktikum bei einem Bestattungsunternehmen.

Die Mitarbeiter des KIT-Vorarlbergs sind verpflichtet, an internen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen von mindestens zehn Stunden pro Jahr teilzunehmen. Weiters ist eine Gruppensupervision alle sechs Wochen verpflichtend.

Diese Gruppensupervisionen sind in sechs regionale Gruppen aufgeteilt. Sie dienen zur Fallauf- und -nachbereitung, sowie zur persönlichen Psychohygiene der Mitarbeiter.

Für ganz Vorarlberg gibt es zwei Teams, eines im Oberland und eines im Unterland.

Mitarbeiter sollten pro Monat vier Dienste absolvieren, der Dienstplan wird über das Internet versandt. Die Bereitschaftsdauer beträgt 12 Stunden, Einsätze werden immer zu zweit gefahren.

KIT- Vorarlberg kann ausschließlich von Einsatzkräften (Feuerwehr, Polizei, Notarztteam, Rettung, Bergrettung usw.) über die Rettungs-Funkleitzentrale Feldkirch angefordert werden. Die Mitarbeiter werden dann über einen Pager (alle derzeit 80 Mitarbeiter sind damit ausgestattet) informiert.

Die Arbeit ist ehrenamtlich, die Mitarbeiter erhalten die Telefon- und Fahrtspesen ersetzt.

Angefordert wird das Kriseninterventionsteam vor allem bei Notfallereignissen mit traumatischer Qualität:<sup>35</sup>

- plötzlicher Tod eines Angehörigen
- plötzlicher Kindstod
- Mord/Suizid/Suizidversuch
- Überbringung von Todesnachrichten
- Brände mit Verletzten oder Toten
- Großschadensereignisse
- Unfälle mit mehreren Verletzten
- Attentate und Geiselnahme
- Katastrophen
- Naturkatastrophen
- Technische Katastrophen

## **6.6 Oberösterreich: Psychosozialer Notdienst**

Hier besteht der psychosoziale Notdienst seit Herbst 1999 und wird von Pro Mente OÖ betreut.

Für das gesamte Bundesland Oberösterreich gibt es einen telefonischen Notdienst.

Zusätzlich zu diesem Angebot wurde in den letzten Jahren in den Bezirken Linz, Linz-Land sowie Steyr, Steyr-Land und Kirchdorf ein Team für Hausbesuche installiert.

In Linz besteht das Team aus einem Facharzt oder einem Arzt in Ausbildung und einer psychosozialen Fachkraft.

In Steyr besteht das Team aus zwei psychosozialen Fachkräften. Dies sind Mitarbeiter, die Erfahrung in Krisenintervention und Notfallpsychiatrie haben.

In Teambesprechungen werden Themenvorschläge gesammelt, die für die Mitarbeiter wichtig sind. Bis zu drei Weiterbildungstage gibt es im Jahr.

Der Kollege am Telefon entscheidet, ob ein Hausbesuch angezeigt ist und informiert dann die Kollegen, die in Bereitschaft sind. Diese holen sich Informationen vom Telefondienst ein und fahren dann zum Einsatz.

Der Bereitschaftsdienst dauert 12 Stunden.<sup>36</sup>

Einsatzschwerpunkte sind:

- Psychosoziale Krisen
- Psychiatrische Notsituationen

---

<sup>35</sup> Vgl. [Brigitte.Madlener@kit-vorarlberg.at](mailto:Brigitte.Madlener@kit-vorarlberg.at) [09.07.2009]

<sup>36</sup> Vgl. Czamlar Monika ([czamlerm@promenteooe.at](mailto:czamlerm@promenteooe.at)) [01.07.2009]

## **6.7 Salzburg: Krisenintervention Salzburg**

Dieser wurde im Jänner 2001 vom freien Träger „Pro Mente Salzburg“ übernommen. Finanziert wird dieser Dienst vom Amt der Salzburger Landesregierung.

Alle Mitarbeiter des Dienstes haben eine psychotherapeutische Ausbildung, als Grundberuf vor allem Klinische und Gesundheitspsychologen.

Teambesprechungen finden monatlich statt, Fallsupervisionen einmal monatlich, Regionalteambesprechungen zweimal monatlich, die Interventionen der ambulanten Teams einmal monatlich. Es finden regelmäßig Fortbildungen statt, die Kosten werden vom Träger getragen. In diesem Dienst gibt es sowohl fix Angestellte als auch Honorarmitarbeiter.

Der Dienst wird in drei Regionen aufgeteilt: Salzburg Stadt, St. Johann, Zell am See.

Die „Krisenhotline“ ist für jedermann rund um die Uhr kostenlos und wenn erwünscht anonym erreichbar. Die Krisenhotline hat die Aufgabe, die Zeit außerhalb des ambulanten Betriebes abzudecken, sich über akute Krisen einen Überblick zu verschaffen, das Ausmaß der Problematik zu erörtern und danach zu handeln. Ein besonderes Augenmerk wird hier besonders auf die Suizidalität gerichtet. Sollte sich hier eine fragliche oder latente Suizidalität im Gespräch ergeben, wird mit den Systempartnern (Rettung, Polizei) unverzüglich Kontakt aufgenommen und nach vereinbarten Vorgangsweisen gehandelt. Bei der Krisenhotline, die bundeslandweit erreichbar ist, arbeiten 12 Mitarbeiter. Sollte telefonische Beratung oder Hilfestellung nicht ausreichen, wird oft mit dem Betroffenen ein Termin in der ambulanten Krisenintervention vereinbart.

Das Besondere am Salzburger Modell ist, dass es keine Ausfahrten zu den Betroffenen gibt. Es wird telefonisch oder ambulant gearbeitet.

Die ambulante Krisenintervention ist in der Zeit von Montag bis Freitag 13.00 bis 21.30 erreichbar. Hier sind acht Mitarbeiter beschäftigt.

Da es überwiegend zunächst zu einem telefonischen Erstkontakt mit den Betroffenen kommt, ist eine enge Vernetzung zwischen telefonischer und ambulanter Krisenintervention unumgänglich.

Die Informationsweitergabe, Dienstübernahme und Dienstübergabe sind diesbezüglich standardisiert, um die Daten so schnell als möglich weiterzuleiten.

## 7. ERGEBNISSE DES BUNDESLÄNDERVERGLEICHS

Im Folgenden werden die Fragen sowie die daraus resultierenden Ergebnisse näher beschrieben. Einen abschließenden Überblick bietet die Abbildung drei:

### *Seit wann gibt es den Dienst?*

Von den sieben Krisendiensten wurden vier zwischen 1995 und 2001 gegründet.

Die Psychosozialen Dienste in Wien entstanden bereits im Jahre 1979 im Rahmen der Psychiatriereform. 2004 kam der Mobile Psychiatrische Krisendienst und das KIT Kärnten hinzu. 1995 begründete Pro Mente Kärnten den PNK, dieser wurde 2007 von der KABEG und den Landeskrankenhäusern Klagenfurt und Villach übernommen.

### Welche Qualifikationen haben die Mitarbeiter?

Bei allen sieben untersuchten Krisendiensten müssen die Mitarbeiter Qualifikationen aufweisen. Diese können sehr unterschiedlich sein und werden wie folgt definiert:

Entweder Fachärzte für Psychiatrie, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter oder DGKS/P mit Psychiatrieerfahrung. Beim PSD Wien können auch nichtärztliche Mitarbeiter aufgenommen werden, hier steht ein so genannter „Mentor“ zur Seite, der bei der Einarbeitung hilft.

Prinzipiell ist zu sagen, dass bei allen Krisendiensten die Multiprofessionalität und die Menschlichkeit an erster Stelle stehen.

### Welche Fort- und Weiterbildungen gibt es?

Jeder der angeschriebenen Krisendienste bietet Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten an. Weiteres wird auch ein Augenmerk auf die Supervision gelegt. Bei einigen der untersuchten Krisendienste ist sowohl die Fort- und Weiterbildung als auch die Supervision Pflicht, um weiter am Krisendienst teilnehmen zu dürfen.

Vor allem in Niederösterreich und Salzburg finden verpflichtende Fort- und Weiterbildungen statt. Hier ist auch die Teilnahme an den Teamsitzungen und an den Supervisionen verpflichtend.

In OÖ werden bis zu drei Weiterbildungen pro Jahr angeboten (Vorschläge werden von den Mitarbeitern gebracht und gesammelt).

Der PSD Wien sieht regelmäßig Fort- und Weiterbildungen vor, zusätzlich werden auch hier Supervisionen angeboten. Die Fort- und Weiterbildungen sind auf die Krankheitsbilder der Klienten und dem psychosozialen Umfeld angepasst.

Beim KIT Vorarlberg müssen die Mitarbeiter 10 Fortbildungsstunden pro Jahr aufweisen, sowie alle sechs Wochen an einer Gruppensupervision teilnehmen.

Die Mitarbeiter des KIT Kärnten benötigen acht Fortbildungsstunden pro Jahr, die Teilnahme an der Supervision ist freiwillig. Der PNK Kärnten bietet regelmäßig Fort- und Weiterbildungen an. Themen- und Referentenvorschläge werden von den Mitarbeitern erstellt bzw. bei der Leitung und dem Kernteam eingebracht.

Fort- und Weiterbildungen sowie die Supervision beruhen hier auf freiwilliger Basis, es besteht also keine Verpflichtung der Mitarbeiter an der Teilnahme.

#### *Von wann bis wann dauert ein Dienst?*

Not- und Krisendienst sind rund um die Uhr besetzt; unterschiedlich sind nur die Dienstzeiten, die entweder 12 Stunden oder 24 Stunden betragen können.

Nur beim Kriseninterventionsteam vom Roten Kreuz besteht die Wahlmöglichkeit zwischen einem 12 oder 24 Stunden Dienst.

#### *Wie viele Teams fahren aus?*

Bei den untersuchten Krisendiensten ist es üblich, ein Zweierteam zu besetzen.

Ausnahmen bilden Niederösterreich und Salzburg:

Niederösterreich: Hier fährt nur eine Person aus, während der Journdienst im Hintergrund arbeitet und jederzeit am Handy erreichbar ist.

Salzburg: Hier gibt es kein mobiles Team, den Betroffenen werden über eine „Krisenhotline“ 24 Stunden Hilfe über das Telefon angeboten. Weiters stehen tagsüber drei ambulanten Einrichtungen in der Zeit von 13:00 – 21:30 zur Verfügung, diese sind mit der Krisenhotline „verknüpft.“

#### *Wie ist der Ablauf des Dienstes organisiert?*

Die Dienste sind telefonisch, ambulant oder mobil organisiert. In Wien erfolgt die Versorgung telefonisch, ambulant und mobil. Niederösterreich bietet die mobile Versorgung vor Ort. KIT Vorarlberg und KIT Kärnten können nur durch die Leitstelle des Roten Kreuzes angefordert werden, sind mobil und kommen vor Ort. Der PNK Kärnten ist sowohl telefonisch als auch mobil tätig. Oberösterreich versorgt seine Klienten telefonisch und in vier Bezirken mobil. Salzburg verfügt über drei Ambulatorien, welche in drei Regionen integriert sind; eine telefonische „Krisenhotline“, diese ist 24 Stunden für das gesamte Bundesland erreichbar.

*Gibt es ein Einarbeitungskonzept? Wenn ja, wie sieht dieses aus?*

Einige der angeschriebenen Krisendienste verfügen über ein „Basis-“ oder Einführungsseminar, bei denen die Mitarbeiter geschult werden (KIT vom Roten Kreuz sowie Niederösterreich); andere Not- und Krisendienste verfügen über Module, die in Blöcken abgehalten werden. Der PSD in Wien stellt den Mitarbeitern einen „Mentor“ zur Seite.

In Salzburg gibt es eine „Konzeptinfo Ambulante Krisenintervention Salzburg“. Hier werden die Ziele des Projekts, die Zielgruppe, die Grundsätze, der Leistungsumfang, die Organisation, Öffnungszeiten und Zugang, Qualitätssicherung, Teambesprechung, Supervision, Aus- und Weiterbildungen, Interventionen, Finanzierung festgelegt.

Für den PNK Kärnten wurde eine Arbeitsgruppe installiert (2006), diese hatte die Aufgabe, ein Konzept zur „Organisation und Abwicklung des psychiatrischen Not- und Krisendienstes über die KABEG-Krankenhäuser“ zu entwickeln. In diesem Konzept wurden Zuständigkeit, Fachlichkeit, Abwicklung, Aufgabenstellung, Zielgruppe, personelle Ressourcen, Qualitätssicherung, Supervision, Fort- und Weiterbildung, Berufsgruppenrechte sowie Verschwiegenheitspflicht festgelegt.

Abbildung 2: Bundesländer im Vergleich

Vergleich Bundesländer	Krisendienst besteht seit:	Form der Krisenintervention	Dienstform	Qualifikation der Mitarbeiter	Einarbeitungskonzept	Fort- und Weiterbildung Supervision
Wien	Sozialpsychiatrischer Notdienst 1981 Mobiler Psychiatrischer Krisendienst 2004	Telefonisch/Ambulant Mobil	Volldienst 24 Stunden Wechsel nach 12 Stunden	Ärzte. Psychologen. DGKS/DGKP, Sozialarbeiter mehrjährige Berufserfahrung im Bereich der Wiener Versorgungspsychiatrie	Mitarbeiter hat einen „Mentor“ der ihn bei der Einarbeitung begleitet	Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen sind vorgesehen. Supervisionen werden angeboten
Niederösterreich	2001	Mobil, fährt nur eine Person aus, die andere leistet im Hintergrund Journaldienst und koordiniert die Einsätze	Bereitschaftsdienst 24 Stunden	Psychologen. Ärzte mit Psychotherapie Sozialarbeiter mindestens drei Jahre Berufserfahrung und ein Mindestalter von 25	Basisseminar, die ersten zwei Einsätze werden mit einem erfahren Mitarbeiter absolviert , ab dem dritten Einsatz anfänglich mit Supervision	Supervision für alle MA verpflichtend vier-fünf mal jährlich ; zweimal findet das jährliche Regionaltreffen statt

Vergleich Bundesländer	Krisendienst besteht seit:	Form der Krisenintervention	Dienstform	Qualifikation der Mitarbeiter	Einarbeitungskonzept	Fort- und Weiterbildung Supervision
KIT Kärnten	Gegründet im Jahre 2004	Mobil, wird von der Leitstelle des Roten Kreuzes angefordert Team bestehend aus zwei Personen	Bereitschaftsdienst Dienst möglich 12 Stunden oder 24 Stunden.	Bewerberggespräch wird geführt; Klinische Psychologen, Hauptberufliche MA des Roten Kreuzes; Pflegeberufe(DGKS); Hebammen, Pflegehelfer	Erfolgt in fünf Modulen jeweils zwei Tage lang. Abschluss erfolgt in einer schriftlichen Prüfung und einem Reflexionsgespräch.	Verpflichtend sind acht Stunden Fort- und Weiterbildungen pro Jahr. Die Supervision erfolgt auf freiwilliger Basis
PNK Kärnten	1995 von Pro Mente gegründet; 01.01.2007 übernommen von der KABEG: PNK OST PNK WEST PNK Spittal von Pro Mente Kärnten	Telefonisch: Eine Person; Mobil: Team bestehend aus zwei Personen	Bereitschaftsdienst 24 Stunden Spittal acht Stunden, wird nach 16 Uhr an Sonn- und Feiertagen von PNK West mitbetreut	FA für Psychiatrie und Neurologie; Psychologe (Klinischer), DGKS/DGKP mit psychiatrischem Diplom. Andere Berufsgruppen aus dem psychosozialen Bereich. drei monatiges Akutpraktikum in der Psychiatrie	Konzept wurde von Arbeitsgruppe (2006) erarbeitet bzw. Teile davon von Pro Mente übernommen	Fortbildungen und Supervision auf freiwilliger Basis. Beim PNK Ost soll dies ab dem Jahr 2010 verpflichtend werden

Vergleich Bundesländer	Krisendienst besteht seit:	Form der Krisenintervention	Dienstform	Qualifikation der Mitarbeiter	Einarbeitungskonzept	Fort- und Weiterbildung Supervision
Vorarlberg  KIT	Gegründet im Jahre 2000	Mobil wird von der Leitstelle des Roten Kreuzes angefordert. Ein Team besteht aus zwei Personen	Bereitschaftsdienst 12 Stunden	Müssen eine Grundausbildung absolvieren	Ausbildung umfasst 80 Theoriestunden. Ein Praktikum beim Roten Kreuz sowie ein fünfständiges Praktikum bei einem Bestattungsunternehmen	Verpflichtend sind Fortbildungsstunden von mindestens zehn Stunden pro Jahr, ebenso die Gruppensupervision alle sechs Wochen
Oberösterreich	Besteht seit dem Jahre 1999	Telefonisch für ganz OÖ; Zusätzlich für die Bezirke Linz, Linz Land, Steyr, Steyr. Land und Kirchdorf mobil ein Team (zwei Personen)	Bereitschaftsdienst 12 Stunden	Facharzt für Psychiatrie, Arzt in Ausbildung , psychosoziale Fachkraft	Kein bestimmtes, alle Mitarbeiter müssen Erfahrung in der Krisenintervention und der Notfallpsychiatrie haben	Es gibt bis zu drei Weiterbildungstage im Jahr. Die Themen werden bei Teambesprechungen gesammelt. Supervisionen nicht zwingend vorgeschrieben
Salzburg	Besteht seit dem Jahr 2001; von Pro Mente Salzburg übernommen	Telefonisch für ganz Salzburg: Ambulant : Salzburg- Stadt Zell am See St. Johann/Pongau	Telefonisch: 24 Stunden Ambulant: Montag- Freitag 13:00-21.30	Mitarbeiter mit psychotherapeutischer Ausbildung; vor allem Klinische Psychologen	Konzeptinfo „Ambulante Krisenintervention“ Ziele des Projekts, Zielgruppe, Grundsätze, Leistungsumfang, Organisation, Qualitätssicherung, Supervision und Weiterbildungen usw.	Teambesprechungen finden monatlich statt, Fallsupervision einmal im Monat, Regionalbesprechungen zweimal im Monat, Interventionen des ambulanten Teams einmal im Monat

## 8. ZUSAMMENFASSUNG UND ZUKUNFTSPERSPEKTIVE

Von den neun angeschriebenen Not- und Krisendiensten haben sechs die Fragen beantwortet und zurückgeschickt. Die Bundesländer Tirol, Burgenland und Steiermark zeigten keine Reaktion.

Vier der sieben Krisendienste entstanden zwischen 1995 und 2001. 2004 kam der Mobile Psychiatrische Krisendienst in Wien dazu, ebenso begründete in diesem Jahr das Rote Kreuz Kärnten seinen Kriseninterventionsdienst. Alle Mitarbeiter, die in einer Institution zur Krisenbewältigung mitarbeiten wollen, müssen eine spezifische Qualifikation aufweisen (z.B. Erfahrung im Akutbereich der Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie, Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal) Beim PSD Wien wird neuen Mitarbeitern ein Mentor zur Seite gestellt.

Die Vereine legen außerdem großen Wert auf Fort- und Weiterbildungen, bei einigen ist es sogar Pflicht, um zu weiteren Diensten eingeteilt zu werden. Es obliegt den einzelnen Kriseneinrichtungen beziehungsweise dem jeweiligen Konzept, wie viele Fortbildungen bzw. Stunden erforderlich sind.

Ein zusätzliches Augenmerk wird auf die Supervision gelegt.

Die Dienste sind telefonisch, ambulant oder mobil organisiert. Die Erreichbarkeit ist rund um die Uhr gegeben, unterschiedlich sind nur die Dienstzeiten, Diese können entweder im Volldienst (Wechsel nach 12 Stunden) oder als Bereitschaftsdienst (24 Stunden) geleistet werden.

Viele dieser Dienste verfügen über ein Basis- oder Einführungsseminar, bei denen die Mitarbeiter auf ihre Arbeit geschult werden, andere wiederum verfügen über Module, welche in Blöcken abgehalten werden. Salzburg und Kärnten verfügen über ein schriftliches Konzept zur Abwicklung der Dienste.

Das Konzept zur „Organisation und Abwicklung des psychiatrischen Not- und Krisendienstes über die KABEG-Krankenhäuser“ wurde 2006 von einer Arbeitsgruppe erstellt. Aufgrund von zunehmender neuer Aufgaben (z.B. vermehrte Einsätze bei Jugendlichen und Kindern) sollte gedacht werden, dieses anzupassen. Bezüglich Fort- und Weiterbildungen sollte überlegt werden eine verpflichtende Teilnahme von mindestens 50% einzuführen. Von dieser Teilnahme sollte auch die Diensterteilung abhängig gemacht werden. Ein weiterer Schritt zur Qualitätssicherung ist die Erstellung eines Fortbildungskalender. In diesem sollten sich die fixen Termine von Fortbildungen, Seminare und Supervisionen befinden.

Erstrebenswert ist in naher Zukunft die zusätzliche Qualifizierungsanforderung des PNK Ost für den gesamten PNK Kärnten zu übernehmen. Hier fahren neue Mitarbeiter in

einem erfahren Team mit und verfassen zehn Einsatzberichte, damit die Qualifikation und Umsetzung des Wissens sowie die richtige Einschätzung der Situation überprüft werden kann.

## Literaturliste

**Baharamiyan** Simin, Stellenwert des Psychiatrischen Not- und Krisendienstes in Kärnten 2003, Dissertation Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Abteilung für Sozialpsychologie, Ethnopschoanalyse und Psychotraumatologie

**Breakwell**, Glynis Aggression bewältigen, 1998, Verlag Huber, Bern

**Dross** Margret, Krisenintervention, 2001, Hoegrefe Verlag, Göttingen

**Finzen** Asmus, Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen Prävention, Behandlung, Bewältigung, 1. Auflage der Neuausgabe, Psychiatrie Verlag, Bonn 1997, Gemeinschaftsausgabe mit dem Thieme-Verlag

**Michel**, Konrad Psychiatrie für Krankenpflegeberufe , 1989 Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag

**Müller**, Wolf Praxis Krisenintervention 1. Auflage 2004 Kohlhammer GmbH Stuttgart

**N.N.** Konzept "Organisation und Abwicklung des psychiatrischen Not- und Krisendienstes über die KABEG- Krankenhäuser." s.l. Klagenfurt am Wörthersee

**Riecher-Rössler**, Anita Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention 2004 Hoegrefe Verlag GmbH &Co, KG Göttingen

**Ringel**, Erwin Selbstmord Appell an die anderen 6. Auflage Gütersloh, Kaiser, 1998

**Sonneck**, Gernot Krisenintervention und Suizidverhütung , 2000 Facultas Wien

**Pschyrembel**, Klinisches Wörterbuch, Auflage 256, Walter de Gruyter

Internetzugriffe:

[Regina.angel@psd.wien.at](mailto:Regina.angel@psd.wien.at) 10.06.2009 10:38

[www.ams.at](http://www.ams.at) 20.09.2009 20:00

[Josef.dementisch@promentesalzburg.at](mailto:Josef.dementisch@promentesalzburg.at) 10.07.2009 16:51

Brigitte [Madlener@kit.vorarlberg](mailto:Madlener@kit.vorarlberg) 09.07.2009 09.00

[www.psd.wien.at](http://www.psd.wien.at) 02.07.2009 10:00

[www.psychotherapiepraxis.at](http://www.psychotherapiepraxis.at) 17.06.2009 19:40

<http://pv.noe-lak.at/Angebot> und Alarmierung 16.06.2009 16:45

[czamlerm@promenteooe.at](mailto:czamlerm@promenteooe.at) 01.07.2009 17:00