

Der Psychiatrische Not- und Krisendienst in Kärnten

Geschichte, Trends und Entwicklungen

Zur Vorgeschichte

Im Frühling 1995 wurde im Bundesland Kärnten der *Psychiatrische Not- und Krisendienst* (PNK) gegründet. Diese wichtige sozialpsychiatrische Initiative ging vom damaligen Leiter des Zentrums für Seelische Gesundheit, wie die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Klagenfurt am Wörthersee bis zum Jahr 2007 hieß, Prim. Dr. Thomas Platz, aus und fußte organisatorisch auf einer Kooperation zwischen *pro mente kärnten* und der KABEG.

Motivation für die Schaffung dieses Krisendienstes war einerseits die Forderung der Angehörigenvertretung nach entsprechenden Diensten, das im Unterbringungsgesetz geforderte Subsidiaritätsprinzip, die Notwendigkeit der Entlastung der stationären Strukturen bei kontinuierlicher Bettenreduktion, aber vor allem die Erfahrung, dass bei rechtzeitigem, unterstützendem Eingreifen im Rahmen von Hausbesuchen, Differenzialausgängen und Übergangspflege stationäre Aufenthalte durch Krisenintervention vor Ort auch unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes verhindert werden können.

Im Jahr 2007 wurde der Krisendienst im Bundesland Kärnten umstrukturiert, wanderte vom Träger *pro mente kärnten* zur KABEG und wurde gleichzeitig in einen Krisendienst Ost und West aufgeteilt, wobei die jeweiligen Krisendienste von der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin des LKH Villach bzw. der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikum Klagenfurt am Wörthersee aus organisiert

werden. Das war zu diesem Zeitpunkt eine konsequente und notwendige Entscheidung, ist nun doch schon seit Jahren an der Psychiatrischen Abteilung in Villach die Umsetzung des Vollversorgungsauftrages geplant, andererseits kamen die Teams in Klagenfurt – bis zu diesem Zeitpunkt für ganz Kärnten außer dem Bezirk Spittal zuständig (für den bis 2012 vom Sozialpsychiatrischen Zentrum Spittal aus ein eigener aufsuchender Dienst organisiert war – **Abb. 1**) aufgrund der zunehmenden Bekanntheit dieses Dienstes an Ihre Belastungsgrenzen.

Der Psychiatrische Not- und Krisendienst

In Kärnten ist dieser Dienst ein Hilfsangebot für Menschen in seelischer Not und für ihre Angehörigen oder Bekannten. Der Psychiatrische Not- und Krisendienst besteht pro Tag und in den beiden Regionen Unter- bzw. Oberkärnten aus einem Team von je zwei Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen des psychosozialen Feldes, speziell ausgebildet und engmaschig supervidiert. Der

sog. Ier Dienst, ausgestattet mit Handy, ist rund um die Uhr im jeweiligen Zuständigkeitsgebiet erreichbar und versucht, Problemstellungen am Telefon zu ergründen. Im Einsatzprotokoll gibt es die Rubriken telefonische Auskunft – TA, telefonische Beratung – TB, telefonische Delegation – TD, Dienstübergabe – DÜ, Rücksprache mit dem/der diensthabenden Fachärztin – RS. Bis September 2014 gab es beim Krisendienst Ost einen ärztlichen Überdienst, der auch im Anlassfall ausrücken konnte. Nach Einstellung dieses Überdienstes erfolgt nun eine Rücksprache im Anlassfall mit der/dem diensthabenden Facharzt/Fachärztin.

Häufig reicht das Telefonat nicht aus. Bei Bedarf wird der Iier Dienst verständigt und mit dem eigenen Krisendienstauto wird zum/zur Betroffenen gefahren, der Familie in Not, dem Ehepaar im Streit, dem chronisch Schizophrenen im Wahn, dem Alkoholiker im Rausch, dem Depressiven nahe am Suizid, dem Angstkranken in der Panikattacke, dem aggressiven Maniker in der Wachstube, dem demonten Menschen im Verwirrheitszu-

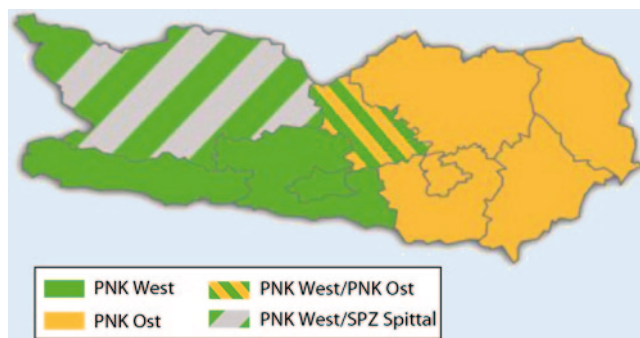


Abb. 1 ◀ Geografische Zuständigkeit der PNK-Ost bzw. -West

Tab. 1 Statistik PNK-Ost	
PNK-Ost 2014 – Diagnostische Zuordnung	
99 = nicht näher bezeichnete psychische Störung	17
F0 = organische einschließlich symptomatische psychische Störung	85
F1 = psychische Störung durch psychotrope Substanzen	907
F2 = Schizophrenie	956
F3 = affektive Störung	755
F4 = neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1758
F5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	57
F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	304
F7 = Intelligenzminderung	19
F8 = Entwicklungsstörungen	7
F9 = Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	218
NULL = keine Angabe	428
S = Suizidalität	243
Gesamtanzahl	5754

Tab. 2 Charakteristika der „difficult to treat“ PatientInnen	
1) Die Betroffenen bieten protrahierte Phasen krisenhafter Zustände hoher Akutizität	
2) Sie können bestehende Hilfsangebote nicht annehmen, beziehungsweise passen diese Hilfsangebote nicht zu den besonderen Bedürfnissen dieser KlientInnen	
3) Sie fallen durch alle Maschen des in Kärnten recht engen psychosozialen Versorgungsnetzes	
4) Sie profitieren nicht von Krisendienst-einzelinterventionen	
5) Sie haben keine oder eine nur dürftige Krankheitseinsicht	
6) Sie bieten in ihrer Symptomatik ein hohes Ausmaß an Wahrscheinlichkeit für Fremd- oder Selbstgefährdung	
7) Sie erfüllen nicht die Kriterien des Unterbringungsgesetzes	
8) Sie haben einen hohen individuellen Leidensdruck	
9) Es gibt einen hohen Leidensdruck in der sozialen Umgebung	
10) Diese Menschen zeichnen sich durch eine besondere, ihre sozialen Interaktionen bestimmende Psychodynamik aus, die von einem chronifizierten Autonomie-Bindungs-Konflikt geprägt ist	

stand, dem Jugendlichen im pubertären Ablösungskonflikt.

Viele der Krisen, mit denen die Mitarbeiterinnen konfrontiert sind, können durch gezielte Intervention, durch Hilfe zur Selbsthilfe gemeinsam mit dem Klienten bewältigt werden.

» Durch Hilfe zur Selbsthilfe können viele Krisen bewältigt werden

Die Werkzeuge, die den MitarbeiterInnen dafür zur Verfügung stehen, sind vielfältig [1]. Im Einsatzprotokoll gibt es daher die Rubriken IG (Intervention Gespräch), IS (Intervention – Soziales Umfeld), IM (Intervention Medikation), ID (Intervention – Delegation). Die sorgfältig geführten Statistiken geben einen Einblick in das Aufgabengebiet (Tab. 1).

Die Tab. 1 dokumentiert die Verdachtsdiagnosen für die Region Kärnten Ost. Im Jahr 2014 wurden 4770 Telefonate geführt und 1577 Einsätze gefahren. Die Abb. 2 schlüsselt die Einsätze je nach den Regionen auf, die Abb. 3 die Entwicklung der Anzahl der Einsätze und Telefonate des PNK-Ost über die letzten 7 Jahre.

Weitere Entwicklungen

Im Rahmen der Erfahrungen, die im ersten Jahr des Bestehens des Krisendienstes gesammelt wurden, wurde klar, dass für eine große Gruppe von Menschen eine Einzelintervention dieses Krisendienstes – sei es telefonisch oder durch Einsatz vor Ort – ausreicht. Für zwei kleinere, besondere PatientInnengruppen jedoch nicht.

Dazu gehören einerseits die sog. „heavy-user“, also Menschen mit einer sehr hohen Inanspruchnahme psychosozialer Betreuungseinrichtungen, die weniger diskriminierend als „frequent user“ oder „Patienten mit starker Inanspruchnahme“ bezeichnet werden können und andererseits die „Betreuungsverweigerer“, Menschen, die jegliche Form von Betreuung ablehnen. Wir versuchten nun, einen gemeinsamen Nenner für diese zwei Patientengruppen zu finden und charakterisierten sie folgendermaßen (Tab. 2).

In einem ersten Schritt galt es, diese besonderen KlientInnengruppen zu identifizieren, in einem zweiten Schritt versuchten wir, kontinuierlich das Entlassungsmanagement zu verbessern und im Bedarfsfall einen Care-Manager zur kontinuierlichen Begleitung dieser Menschen zu finden. Danach untersuchten wir Risikofaktoren und besondere Merkmale der PatientInnen mit hoher Inanspruchnahme psychosozialer Betreuungseinrichtungen, wobei wir Aspekte wie soziale Unterstützung, Compliance, Bindungsverhalten, individuelle Bedürfnisse, Selbstwahrnehmung und institutionelle Bedingungen in unsere Überlegungen mit einbezogen. Ergebnisse dieser sehr aufwendigen Studie wurden bereits veröffentlicht [2]. In einer aktuellen Arbeit charakterisieren Rittmannsberger et al. [3] die „heavy user“ anhand eines Frequenzkriteriums (mehr als drei Aufenthalte/Jahr) und eines Dauerkriteriums (über 100 stationäre Behandlungstage) und sehen ähnliche PatientInnen in dieser Gruppe repräsentiert.

Die PatientInnen rekrutieren sich aus den Gruppen F1, F2 und F3 und F6, sind oft komorbid alkoholkrank, sozial isoliert und pensioniert. Sie kommen meist spontan zur Aufnahme und werden häufiger nach dem UBG aufgenommen.

Aufgrund dieser Ergebnisse der Patientencharakterisierung kam es zu zwei Initiativen bzw. Weiterentwicklungen des PNKD – dem *Prophetenteam* und dem Projekt *Lichtblick*.

Initiative I („Prophetenteam“ – 1996)

Um der so skizzierten besonderen Bedürfnislage dieser Menschen gerecht zu werden, gründeten wir im Jahr 1996 das sog. „Prophetenteam“, eine Art Langzeitnachsorgebetreuung für Menschen mit sehr komplexer Bedürfnislage. Zentrales Anliegen dieser proaktiven, aufsuchenden Betreuung war es, dass einerseits die Institution zur/m Patientin/en kommt („*Der Berg kommt zum Propheten*“), andererseits ein Betreuungskontinuum durch den Kontakt mit der/m immer selben Mitarbeiter/in gewährleistet ist.

Wir arbeiten nach dem Prinzip des Case- oder Care-Managements, d. h., wir

versuchen in einem ersten Schritt einen Beziehungsaufbau mit Ergründung der individuellen Bedürfnislage zu schaffen, um aufbauend auf dieser partnerschaftlichen Beziehung den Menschen in seiner individuellen Not- und Leidenssituation beistehen zu können. Wir verweisen diesbezüglich auch auf diverse Veröffentlichungen zu dieser kreativen Form der Langzeitnachbetreuung [4–6].

Das Interesse an dieser Thematik war groß, worüber wir uns auch im Rahmen von Fortbildungen, Vorträgen und Workshops freuen durften.

» Die MitarbeiterInnen haben regelmäßig Fortbildungen und Teambesprechungen

Ein Höhepunkt der Anerkennung dieser unserer Arbeit war sicher die Verleihung des Österreichischen Schizophreniepreises im Jahr 2001 unter dem Motto „Reintegration ist das Ziel“ anlässlich des 36. Linzer Psychiatrischen Samstags.

Zur Statistik

Von 1996 bis März 2005 wurden 64 KlientInnen betreut. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Beginns der Betreuung war bei 44 Jahren. Das Diagnosenverteilungsprofil hat deutlich einen Schwerpunkt bei der Diagnose Schizophrenie (■ Abb. 4). 52 PatientInnen hatten diese Diagnose, also 81 %.

32 PatientInnen davon haben wiederum die Diagnose paranoide Schizophrenie. 50 % von all unseren ProphetInnen sind paranoid schizophrene Menschen!

Mit Stand Jänner 2015 werden 18 KlientInnen im Rahmen des Prophetenteams betreut.

Die Betreuung im Prophetenteam zeigte auch über die Jahre eine gewisse Schwankung, auch abhängig von den Schwerpunktsetzungen des jeweiligen Abteilungsvorstandes (■ Abb. 5).

Initiative II (Projekt „Lichtblick“ – 2009)

Eine Beschreibung dieses Projektes wurde ebenfalls bereits publiziert [7]. Die weit-

läufigen Bezirke Spittal/Drau und Hermagor waren – psychiatrisch gesehen – schon immer schlechter versorgte Bezirke des Landes Kärnten. In Spittal/Drau wurde jedoch von *pro mente kärnten* in den letzten Jahren ein sozialpsychiatrisches Zentrum aufgebaut, das die bereits vorbestehenden sozialpsychiatrischen Angebote (Nachbetreuung, Arbeitsprojekte, Tagesstätte) inkludierte und um ein Krisenhaus sowie eine sozialpsychiatrische Ambulanz erweiterte. Dort wurden nun exakt dieselben Erfahrungen wie im Rahmen des Psychiatrischen Not- und Krisendienstes gemacht.

Menschen mit einem hohen individuellen Leidensdruck und komplexer Bedürfnislage wurden durch das breite Angebotspektrum des SPZ und des Psychiatrischen Not- und Krisendienstes nicht erreicht. Wiederum fielen diese zwei bereits charakterisierten Gruppen auf.

Individuelle Form der Einzelnachbetreuung

Josefine More, Vorsitzende des Vereins HPE-Kärnten und Leiterin von Angehörigengruppen, Prim. Mag. Dr. Herwig Oberlerchner, MitarbeiterInnen des Psychiatrischen Not- und Krisendienstes West und des SPZ-Spittal entschlossen sich daher, auch in dieser Region eine kreative und individuelle Form der Einzelnachbetreuung und aufsuchenden Arbeit anzubieten.

Durch die Starthilfe einer Benefizveranstaltung einer Oberkärntner Firma mit drei Spittaler Damenclubs konnte im November 2009 das Projekt ins Leben gerufen werden. Während das „Prophetenteam“ von der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie in Klagenfurt organisiert wird, hat sich bezüglich des Projektes „Lichtblick“ der Verein HPE-Kärnten (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter) bereit erklärt, die Organisation kostenlos und ehrenamtlich auszuführen.

Derzeit werden 10 KlientInnen von 9 Teammitgliedern betreut. Die zentrale Anlaufstelle sind das SPZ-Spittal und Frau Josefine More über die HPE-Beratungsstellen und über die Selbsthilfegruppen.

psychopraxis.neuropraxis 2015 · 18:82–86
DOI 10.1007/s00739-015-0256-z
© Springer-Verlag Wien 2015

H. Oberlerchner · C. Radoš

Der Psychiatrische Not- und Krisendienst in Kärnten. Geschichte, Trends und Entwicklungen

Zusammenfassung

Im Jahr 1995 wurde im Bundesland Kärnten der psychiatrische Not- und Krisendienst gegründet. Die Entwicklung dieses wichtigen und gut vernetzten Beitrages zur sozialpsychiatrischen Versorgung in Kärnten wird im vorliegenden Bericht ebenso dargestellt wie die aktuelle Statistik, die Arbeit im Alltag und weitere Entwicklungen. Als präventive therapeutische Ansätze bei schwer zu behandelnden PatientInnen sind neben anderen das „Prophetenteam“ und das „Projekt Lichtblick“ zur fixen Institution geworden.

Schlüsselwörter

Psychiatrischer Not- und Krisendienst · Prophetenteam · Projekt Lichtblick · „Difficult-to-treat“-Patienten · „Heavy users“

Psychiatric emergency and crisis services in Carinthia, Austria. History, trends, and developments

Abstract

In 1995, the Psychiatrische Not- und Krisendienst (“psychiatric emergency and crisis service”) was founded in Carinthia, Austria. This important and well-networked contribution to sociopsychiatric care in Carinthia is presented in this report, including current statistics, daily work, and further developments. Preventive therapeutic approaches for difficult-to-treat patients include, among others, the “Prophet Team” and the “Ray of Hope Project”, which have become permanent institutions.

Keywords

Psychiatric emergency and crisis service · Prophet Team · Ray of Hope Project · Difficult-to-treat patients · Heavy users

Als Hauptzielgruppe wurden junge Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis festgelegt, Menschen, die aus verschiedensten Gründen selbst nicht in der Lage sind, psychiatrisch/psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

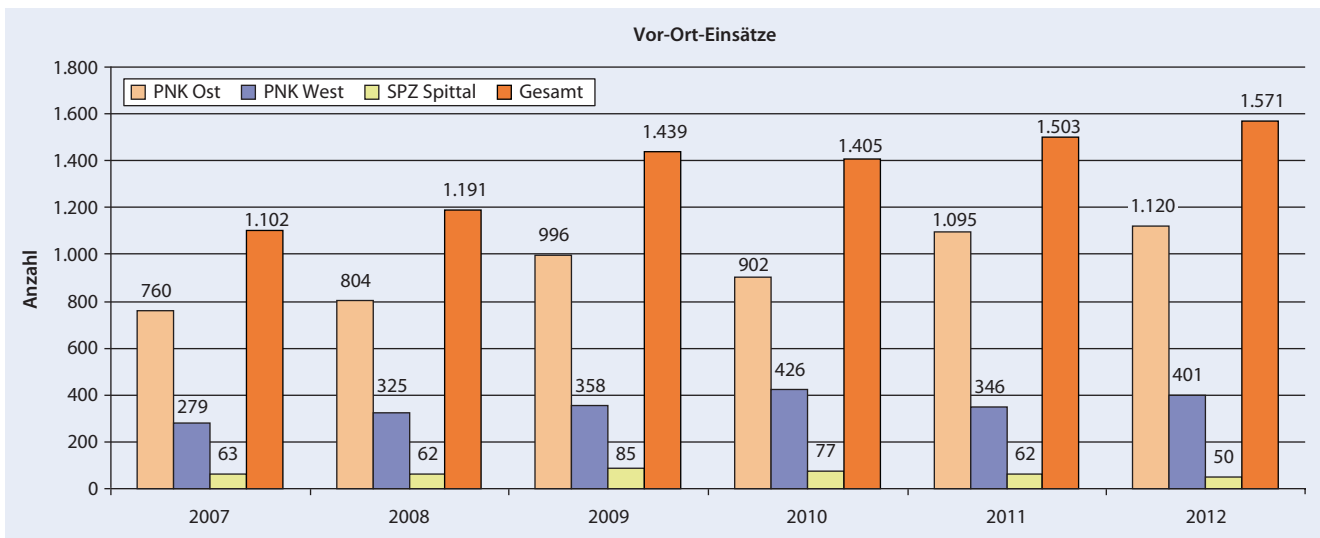


Abb. 2 ▲ Einsätze je nach Regionen

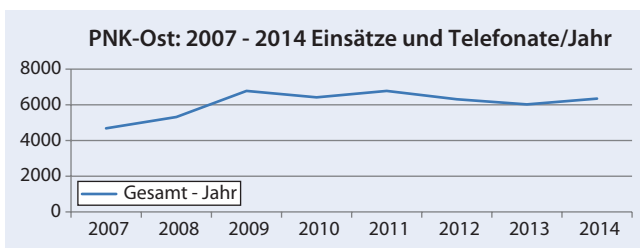


Abb. 3 ◀ Entwicklung der Anzahl der Einsätze und Telefonate

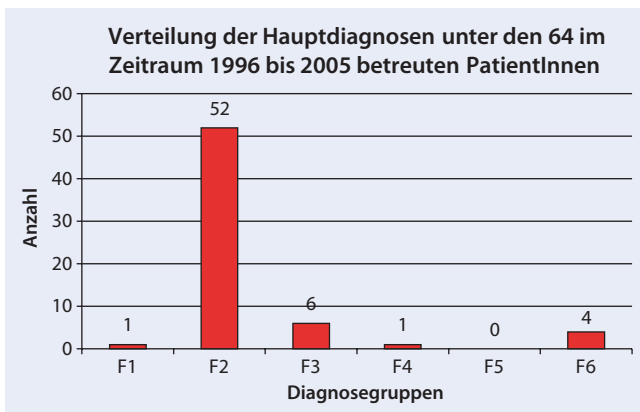


Abb. 4 ◀ Diagnoseverteilung

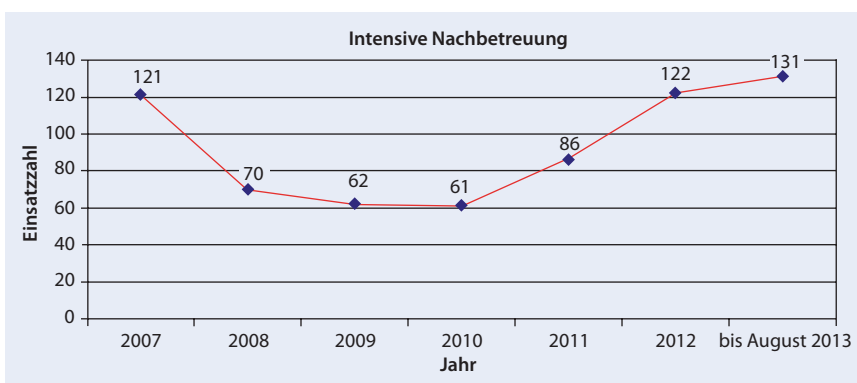


Abb. 5 ▲ Betreuungseinsätze des Prophetenteams

Die Lichtblick-MitarbeiterInnen werden engmaschig supervidiert, Fortbildungen bzw. Teambesprechungen finden regelmäßig statt. Aus den lukrierten Spendengeldern werden die Stundensätze für die Einsätze bezahlt.

Evaluation

In Zeiten finanzieller und personeller Ressourcenknappheit wird der Ruf nach Evaluierung solcher Sonderformen ambulanter Langzeitkrisenintervention bei schwer zu behandelnden PatientInnen immer wieder laut. Bei einem Teil der Klienten sollte die Rehospitalisierungsrate deutlich abnehmen. Andererseits kann es bei der zweiten Gruppe von KlientInnen – den „Betreuungsverweigerern“ – auch sein, dass es zu Hospitalisierungen unter laufender Betreuung kommt, weil Krisen und Exazerbationen früher erkannt werden und rechtzeitig eine stationäre Behandlung in die Wege geleitet wird. Für das Prophetenteam liegt eine solche Evaluierung durch Analyse der stationären Aufenthalte und Aufenthaltstage vor. In dieser Studie stehen durchschnittlich 8,5 Aufenthalte vor Betreuungsbeginn und 4,5 Aufenthalte nach Betreuungsbeginn gegenüber. Eine Reduktion der Gesamtzahl der stationären Aufenthaltstage bei dieser Gruppe von 58 PatientInnen um 1300 Tage wurde verzeichnet [8]. Ähnliche Ergebnisse sind für das Projekt Lichtblick anzunehmen.

Gemeinsam ist diesen beiden Initiativen eine Arbeit im psychosozialen Feld,

die sehr viel Fingerspitzengefühl erfordert. Diese Arbeit wird in Teamsitzungen reflektiert, Supervision findet regelmäßig statt. Scheinen diese protrahierten Krisen gelöst, wird die/er Patient/in in andere kompetente Hände übergeben, zum Beispiel in die Hände der Nachbetreuung oder der Ambulanz im Haus.

Als einer der präventiven therapeutischen Ansätze sind neben anderen das Prophetenteam und das Projekt Lichtblick zur fixen Institution in der sozialpsychiatrischen Versorgung im Raum Kärnten geworden. Durch aktuelle Umstrukturierungen (geplante Bettenreduktion vor Ausbau extrastationärer Strukturen, Verminderung personeller Ressourcen im stationären und extrastationären Bereich) ist aber wieder mit einer Zunahme dieses besonderen Klientel zu rechnen. Diese Gruppe von KlientInnen ist ein hochsensibler Gradmesser und Indikator für die Qualität sozialpsychiatrischer Versorgung.

In der Arbeit mit diesem zum Teil sehr schwierigen Klientel geht es weniger um Krisenlösung oder gar Heilung. Das Ziel ist die Deeskalation chronisch krisenhafter Zustände und deren Veränderung. Die Hoffnung geht dahin, über lange Jahre scheinbar erstarrte Charakterstrukturen oder hoffnungslos unveränderbare Systeme, Rollen oder Konstellationen zu mobilisieren, zu labilisieren und in Bewegung zu bringen oder schlicht zu verstehen.

» Die Hoffnung lautet, erstarrte Strukturen und Systeme in Bewegung zu bringen und zu verstehen

Ob die im Land Kärnten im Vergleich zu anderen Bundesländern relativ niedrige Rate an geistig abnormen Rechtsbrechern, wie es im Gesetzestext noch unschön heißt, mit der Prophetenbetreuung zusammenhängt, wagen wir nicht zu behaupten. Klar aber ist, dass wir es mit multimorbiden und damit im höheren Ausmaß potenziell selbst- und/oder fremdgefährdenden KlientInnen zu tun haben.

Fazit für die Praxis

- Statistik und Forschung sind interessant, noch interessanter, berührender und spannender ist aber, was sich im emotionalen Bereich bei den ProphetInnen und deren BetreuerInnen abspielt.
- Jahrelange kontinuierliche Besuche hinterlassen Spuren. Die KlientInnen reifen nach und sind in der Lage, fußend auf diesen Verlässlichkeit, Vertrauen und Konstanz bietenden Kontakten mehr Selbstwertgefühl zu entwickeln.
- Sie sind in ihrer innerseelischen Dynamik entlastet, sodass psychotische Exazerbationen oft ihren Sinn verlieren, können neue Lebensaspekte zulassen und erreichen in vielen Lebensbereichen ein nicht mehr für möglich gehaltenes Niveau, wozu natürlich oft auch die Gewährleistung einer kontinuierlichen Medikation (Stichwort: Depotapplikation vor Ort) beiträgt.

Korrespondenzadresse



Prim. Mag. Dr. H. Oberlerchner MAS
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Feschnigstr. 11
9020 Klagenfurt
herwig.oberlerchner@kabeg.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Oberlerchner und C. Radoš geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Oberlerchner H (1997) Das Krisendienstespezialteam: Der „Berg kommt zum Propheten“. pro mente kärnten 1(97):17–18
2. Platz T, Senft B, Sauerschnig B, Cordruwisch E, Oberlerchner H, Wagner W (2004) Auf der Suche nach neuen Therapiestrategien: Heavy User und Risikofaktoren. Übersicht zum aktuellen Stand eines umstrittenen Forschungsprojektes. Neuropsychiatrie 18(2):72–77
3. Rittmannsberger H, Sulzbacher A, Foff C, Zaunmüller T (2014) Heavy User stationärer psychiatrischer Behandlung: Vergleich nach Diagnosegruppen. Neuropsychiatrie 28(4):169–177

4. Oberlerchner H (2005) Propheten. Begegnungen mit paranoid schizophrenen Menschen, 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Verlag Wissenschaft und Praxis, Sternenfels
5. Oberlerchner H (2002) Das Prophetenteam in Kärnten. Kontakt 25(2):10–15
6. Oberlerchner H (2006) 10 Jahre Prophetenteam in Kärnten. Kontakt 29(3):15–17
7. Oberlerchner H, More J, Müller-Mac Donald E (2012) Das Projekt „Lichtblick“. Kontakt 35(4):14–17
8. Platz T, Fallmann C, Senft B (2010) Proaktive Psychiatrie. Vorteile aufsuchender psychiatrischer Dienste als Ergänzung zu ambulanter und stationärer Psychiatrie mit Fokus auf Sozialpsychiatrie in Kärnten. Gemeindefähige Psychiatrie 2:82–91

Hier steht eine Anzeige.

