

---

**Entwicklungspotenzial von Krisendiensten und  
ambulanten Netzwerken – Krisenhilfe im Licht  
der Sozialrechtsänderungen**

Jörg Holke - Aktion Psychisch Kranke

---

---

## Gliederung

- Rückblick – Krisendienste in der Entwicklung
- Rechtliche Perspektive
- Aktuelle Entwicklungspotentiale in den Ländern
- Aktuelle Entwicklungspotentiale auf Bundesebene und im Fachdiskurs
- Zukunftsperspektive

## Rückblick– Krisendienste in der Entwicklung

- Psychiatrieenquete: Krisenintervention durch ambulante Dienste an Krankenhauseinrichtungen; vor Ort behandelnd und beratend
- Empfehlungen Expertenkommission 1985: Sicherstellung durch sozialpsychiatrische Dienste und niedergelassene Ärzteschaft: Umsetzungsrealität in der Regelversorgung
- Tagung Aktion Psychisch Kranke 1987 Notfallpsychiatrie und Krisenintervention: Differenzierung der Zielgruppe und Formulierung von Standards und Umsetzungswegen für Krisendienste: Mobiles Krisenteam, multiprofessionell, auch in Abendzeiten und am WE
- 2 Modellprogramme/-finanzierungen NRW Ende 90er/ 2008
- Erste Bedarfserhebung Großstadt-Region Ende 90er Jahre in München, i.d.F. kontinuierlicher Aufbau/Weiterentwicklung Krisenhilfeangebote Atrium-Haus
- Seit Oktober 1999 Berliner Krisendienst in Trägerschaft von sechs Berliner Trägern – Finanzierung durch Senat ohne rechtliche Verankerung als freiwillige Leistung

## Historische Perspektive – Weitere Meilensteine

- UN-Konvention und die Pflicht zu angemessenen Vorkehrungen zur Vermeidung von Unterbringungen - 2009
- S 3 Leitlinie Psychosoziale Therapien - 2013
- Tagung der Aktion psychisch Kranke – Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen: Aufruf zum Restart und Flächendeckung/ Mischfinanzierung – 2013
- Öffentliche Diskussion um Bundesverfassungsgerichtsurteile und Zwang als Ultima Ratio und die konstant hohen Unterbringungszahlen – 2012 – Krisenhilfe als milderes Mittel!
- Löst Reformwelle der PsychKGs in den Ländern aus
- Verankerung der Krisenhilfe in den PsychKHG in Berlin und Bayern!!!
- Aufbau flächendeckender Krisendienste in Bayern

---

# **Rechtliche Perspektive - Rechtsbezüge**

## Rechtliche Perspektive – Gesetzliche Bezüge

### Grundthesen:

- Die Funktion *Vorhaltung der Funktion Krisenhilfen rund um die Uhr* bzw. Krisendienste als institutionelle Angebot hat unterschiedliche Gesetzesbezüge: Bundesrechtlich und Landesrechtlich
- Eine eindeutige rechtliche Verankerung besteht bisher nur in den PsychKGs in Berlin und Bayern
- Gesetzliche Verankerung sichert Rahmenbedingungen und Finanzierung

## Rechtliche Perspektive – Gesetzliche Bezüge

*Bezug:* Kommunale Daseinsfürsorge

*Zielsetzung:*

- Sicherung der psychosozialen (medizinischen) Krisen- und Notfallhilfe für Menschen in psychischen Krisen
- Überwindung Fremd- und Selbstgefährdung

*Gesetzliche Verankerung:*

- Hilfe- und Schutzgesetzen für Menschen mit psychischen Erkrankungen – PsychK(H)Gs - der Länder
- Gesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst – ÖGDG in den Ländern

*Umsetzung:*

- Krisenintervention als Leistung der Sozialpsychiatrischen Dienste
- Krisendienste/-hilfen
- Krisenintervention bei Fremd- und Selbstgefährdung /Unterbringung

## Rechtliche Perspektive – Gesetzliche Bezüge

*Bezug:* Ambulante Behandlungsleistungen nach dem SGB V

*Zielsetzung:*

- Medizinische Notfallhilfe

*Gesetzliche Verankerung:*

- Sicherstellungsaufträge der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 23 Absatz 1 Nr. 1 SGB V) sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 72 Absatz 1 und Absatz 2 und § 75 SGB V) – „darunter auch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten, also eine notärztliche Versorgung“

*Umsetzung:*

- Ärztliche (psychiatrische) Notdienste



## Rechtliche Perspektive – Gesetzliche Bezüge

*Bezug:* Behandlungsleistungen nach dem SGB V - Krankenhausbehandlung

*Zielsetzung:*

- Medizinische Notfallversorgung, Krisenintervention bei Fremd- und Selbstgefährdung

*Gesetzliche Verankerung:*

- nach § 118 SGB V Versorgungsauftrag durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie nach § 108 SGB V eine Verpflichtung der Krankenhäuser; Unterbringung nach PsychKGs der Länder und nach § 1906 BGB

*Umsetzung:*

- Psychiatrische Institutsambulanz, stationäre Krankenhausbehandlung (einschließlich Unterbringung bei Fremd- und Selbstgefährdung)

## Rechtliche Perspektive – Gesetzliche Bezüge

*Bezug:* Präventionsleistungen nach dem SGB V

*Zielsetzung:*

- Indizierte Primärprävention, durch frühzeitige Information und Beratung zur psychischen Gesundheitserhaltung; ressourcenorientierte Klärung der Krisenauslöser und psychischen Belastungssituationen Verhinderung von Gesundheitsgefährdung bzw. Erkrankung

*Gesetzliche Verankerung:*

- § 20 SGB V Präventionsleistung

*Umsetzung:*

- Bestandteil der Krisenhilfe

## Rechtliche Perspektive – Gesetzliche Bezüge

*Bezug:* Präventionsleistungen und Eingliederungshilfeleistungen nach dem SGB IX

*Zielsetzung:*

- Erhalt und Förderung der sozialen Teilhabe durch psychosoziale Krisenintervention, Vorhalteleistung, Vermeidung von Behinderung/Chronifizierung

*Gesetzliche Verankerung:*

- Eingliederungshilfeleistungen nach § 76ff SGB IX bzw. § 90ff Leistungen der Prävention nach § 4 SGB IX,

*Umsetzung:*

- Psychosoziale Krisenhilfen

## Rechtliche Perspektive – Gesetzliche Bezüge

*Bezug: Sicherstellung*

SGB I Allgemeiner Teil

*§ 17 SGB I*

*Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass*

- 1. jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält,*
- 2. die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen,*
- 3. der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird.....*

---

# **Aktuelle Entwicklungspotentiale in den Ländern**

# Stand Krisenhilfe in den Bundesländern (AG Psychiatrie) Stand 1-2020

-	Verteilung	Zeitl. Umfang	Finanzierung	Personal	Angebotsumfang
Berlin	9 Berliner Standorten	24 h/7 Tage auf Wunsch anonym.	Finanzierung Senat	SA, Psychologie, Medizin, Pädagogik /Pflege)	Telefon, persönlich und in Akut-Situationen vor Ort.
Bayern	flächendeckend	akt. 18 h /7 Tage	Anteilig Land und bayerischen Bezirke	Multiprofessionell.d .R. keine Ärzte, aber im Hintergrund	telefonisch, persönlich, aufsuchend
Sachsen	flächendeckend	24 h/ 7 tage	Anteilig Landesförderung	Ärztliche Bereitschaft	Auch Telefonbereitschaft
Schlesw.-Holstein	flächendeckend	24 h/ 7 tage	kommunal	Rufbereitschaft	Teilweise Honorarkräfte, teilweise Klinik
Thüringen	flächendeckend	24 h/ 7 tage	Kommunaler Finanzausgleich	SPDi	
NRW	8 Regionen	Abends, am WE	kommunal	multiprofessionell	Auch aufsuchend
Bawü	Stuttgart	Mo-Fr. 9-24, WE u. FT 12-24	Kommunal 250.000 € 92,5% Träger 7,5 %	Evangelische Gesellschaft Stuttgart	Telefon, persönlich und in Akut-Situationen vor Ort
Niedersachsen	LK Cloppenburg, Gifhorn,, Harburg, Lüneburg, Hannover	Am WE	kommunale Leistung, Höhe unterschiedlich	Unterschiedlich organisiert	Auch aufsuchend
Rheinland-Pfalz	Stadt Trier, LK Trier-Saarburg	Sa./So Feiertag 12.00 -24.00	38.000 pro Jahr, Kommunal	ehrenamtl. bzw. Honorarbasis	

## Aktueller Stand Krisenhilfe in den Bundesländern (AG Psychiatrie)

	<i>Verteilung</i>	<i>Zeitl. Umfang</i>	<i>Finanzierung</i>	<i>Personal</i>	<i>Angebotsumfang</i>
<b>Hamburg</b>	<i>In Planung kommunal finanziertes Krisentelefon, Sicherstellung der Hilfen durch PIA und SpDi, SpDi Stelle zusätzlich, kommunal finanzierter psychiatrischer Notdienst für PsychKG</i>				
<b>Hessen</b>	<i>gemeinsam mit den Kommunen und den Kostenträger landesweit Ansätze .....bei denen Betroffene und Angehörige in psychischen Krisen dann beraten werden, wenn andere Dienste und Beratungsstellen geschlossen sind. Ziel ist es, in jedem Landkreis einen solchen Krisendienst zu initiieren (schon jetzt in mehreren Kommunen etabliert, aber kommunal finanziert)</i>				
<b>Bremen</b>	<i>Aktuell Stadtgebiet</i>	<i>SpDi 8:00 – 21:00 WE 8:00 – 17:00 zus. Nachtcafe</i>	<i>Modellprogramm</i>		
	<i>Planung: Krisendienst des SPsD bis 1.30, zusätzlich eine telefonische Rufbereitschaft und ein pflegerisches/sozialarbeiterisches ausrückendes Krisenteam , Besetzung EH-Trägern und den APP-Trägern. Eine Ärzt*in / Psychotherapeut*in soll in Rufbereitschaft primär telefonisch intervenieren und nur im Notfall ausrücken. Das Team arbeitet vom Nachtcafé aus. In den Wohnheimen sollen regionale Krisenbetten angeboten werden. Zwei Bremer Kliniken werden eine niedrigschwellige Anlaufstelle bieten.</i>				
<b>Brandenburg</b>	<i>nein</i>				
<b>Meck.-Pom</b>	<i>nein</i>				
<b>Sachs.-Anh.</b>	<i>nein</i>				
<b>Saarland</b>	<i>Nicht bekannt</i>				

---

## *Auswertung - Bundesländer*

- In einem Bundesland (Bayern) und einem Stadtstaat (Berlin) flächendeckende Finanzierung über kommunale bzw. Landesmittel; Daseinsfürsorge und Eingliederungshilfe, Öffnungszeiten 24/7 und ca. 18/7, multiprofessionelle Teams
- In drei Bundesländern flächendeckend fachärztliche Bereitschaft , kommunal finanziert
- In vier Bundesländern Sicherstellung in einzelnen Regionen, teilweise rund um die Uhr, kommunal finanziert
- In zwei Stadtstaaten Sicherstellung über Krisentelefon und Bereitschaftsdienste, unterschiedlicher Umfang, Bremen Gesamtkonzept !!
- In vier Ländern keine Krisenhilfe über die Sprechzeiten der SpDi hinaus
- In keinem Bundesland fließen Krankenkassenmittel ein
- *Corona-Pandemie hat Prioritäten verschoben aber auch Dringlichkeit von flächdeckenden Lösungen aufgezeigt*

*Stand Anfang 2020*



---

## *Fachdiskurs in den Ländern*

- Zielgruppendefinition gleich geblieben, auch Krisenverständnis kongruent
- Unterschiedliche Sichtweise zu kommunaler Verantwortung, sehr von Finanzlage abhängig
- Landesverantwortung differiert extrem
- Diskussion personelle Besetzung: Ärztemangel wirkt sich auf Besetzung SpDi und Krisenhilfe aus, psychosoziale Krisendienste ohne ständige ärztliche Präsenz
- Diskussion über Umfang der telefonischen Beratung
- Diskussion um Trägerschaft: Beteiligung der Krankenhäuser, der niedergelassenen Ärzteschaft, der Psychotherapeuten, der EH-Träger..
- Diskussion um Beteiligung der Krankenkassen und Mischfinanzierung: Dilemma der ärztliche Verantwortung, kaum Signale zur Mitverantwortung außer IV-Verträge, Dilemma des SGB IV § 40

---

***Aktuelle Entwicklungspotentiale  
auf Bundesebene und im Fachdiskurs***

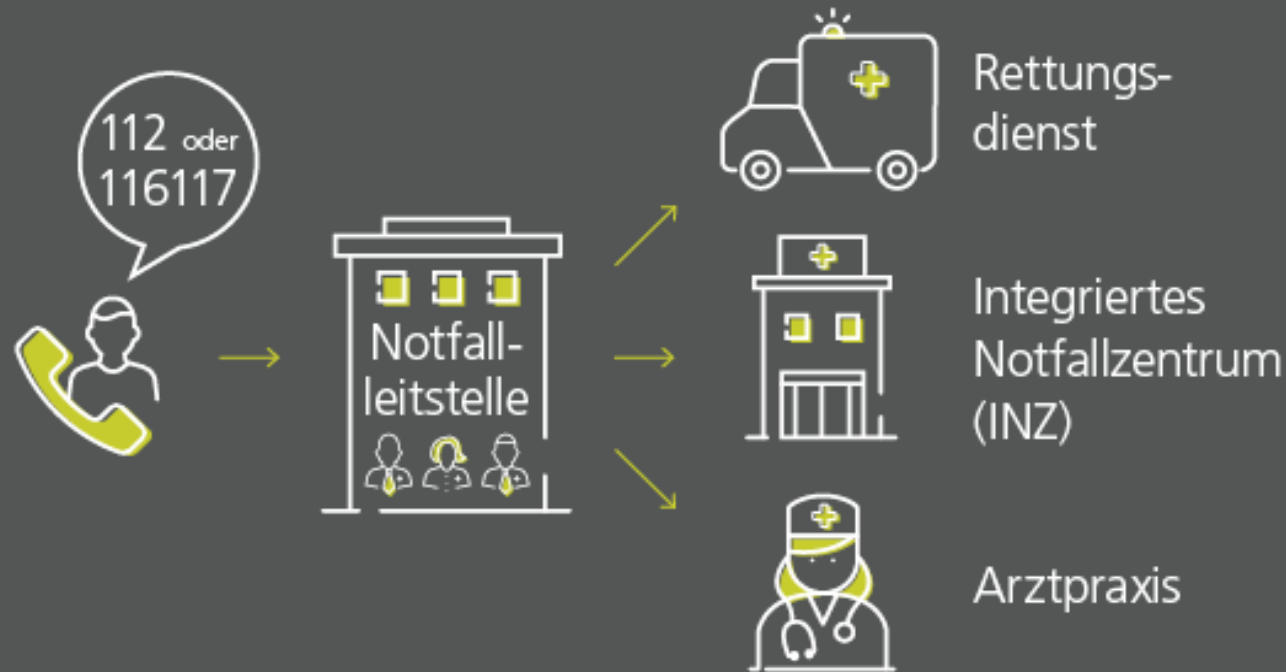
## *Fachdiskurs Notfallversorgung auf Bundesebene*

- Die ärztlichen Notdienste außerhalb der Sprechstundenzeiten sind überwiegend keine fachärztlichen Notdienste und nicht ausreichend personell besetzt
- Übermäßige Inanspruchnahme Ambulanz Krankenhäuser
- Fortschreibung der Notfallversorgung:
  - Länder BR-Initiative Ausbau der Portalpraxen (KV und KH)
  - NRW bereits Erklärung Planung/Umsetzung bis 2022
  - Gesundheitsministerium Vorlage 2019 eines Diskussionsentwurfes für Integrierte Notfallzentren mit einheitliche Telefonnummer und eigenem Leistungsbereich (extrabudgetär)
- **Die besonderen Bedarfe in psychischen Krisen wurden hier nur unzureichend abgedeckt.**
- Unterbrechung des Reformprozess 2020/21 – coronabedingt aber auch Bund-Länderdifferenzen

# Neuregelung Notfallversorgung

## Bundesministerium für Gesundheit - Diskussionsentwurf

### So regeln wir die Notfallversorgung neu



© Bundesgesundheitsministerium

© Introwiz1, StockVector/Shutterstock

# *Diskussionsentwurf Reformgesetz Notfallversorgung BMG*

## **1. Gemeinsame Notfalleitstellen (GNL)**

- zentrale Lotsenfunktion
- jederzeit erreichbarer telefonischer Ansprechpartner
- Einheitliche Notruftelefonnummer
- umfassende Kooperationsverpflichtung

## **2. Integrierte Notfallzentren (INZ)**

- Als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung
- qualifizierte Ersteinschätzung
- erforderliche ambulante Notfallversorgung oder Veranlassung stationäre Versorgung
- Betreiber: Kassenärztlichen Vereinigungen / Krankenhäuser

## **3. Rettungsdienst als Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung**

- medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder bisher eigenständig
- Weiterentwicklung des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung mit bundesweiten Rahmenvorgaben
- sowie eine Aufteilung der Finanzierungszuständigkeiten zwischen Bund und Ländern.
- Grundgesetzänderung notwendig

---

*Prüfkriterium Berücksichtigung Notfälle bei psychischen Krisen und gesundheitspolitische Perspektive*

- Besondere Bedarfe psychisch Kranker finden Erwähnung in Bezug auf Notfallzentren
- Keine Erwähnung von psychiatrischen Krisenhilfen
- Liegt auf den Tischen der Ministerien auf Bundes- und Landesebene und ist auch in den Köpfen der bundes- und landespolitisch Tätigen
- Aber auch schon Ergebnisse des BMG-Dialogs (Gesundheitsausschuss)



## Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

### Ziel:

- **Verständigung über Entwicklungsbedarfe zur Verbesserung der Strukturen**, um eine personenorientierte und effiziente Durchführung von Leistungen durch Kooperation und Vernetzung zu ermöglichen
- Bezogen auf das SGB V ; **Sektorenbegriff!**
- Formulierung von **Handlungsempfehlungen**
- **Arbeitsweise: Geschäftsstelle bei der APK, Dialog- bzw. Expertengruppe, Dialogforen, Lenkungsgruppe, Stellungnahmen**

# Aktueller Stand (Handlungsempfehlungsentwürfe)

## I. Dialogforum

- amb. Komplexleistungen
- amb. Krisenhilfe
- Einzelfallbezogene Koordination
- med. Rehabilitation

## II. Dialogforum

- Individueller Behandlungs- & Rehabilitationsplan
- Einbeziehung Erfahrungswissen
- Partizipation Planung/Steuerung
- Vermeidung Zwang

## III. Dialogforum

- Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe

## IV. Dialogforum

- Einbeziehung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen
- Kooperationsgebot
- Zielgruppenspezifische Prävention bei besonderen Risiken
- Behandlungs- und Leistungsberatung, Hilfe zur Erlangung von bedarfsgerechten Hilfen



In § 11 SGB V wird eingefügt:

*5. Der medizinischen Notfallrettung einschließlich der psychiatrischen Krisenhilfe*

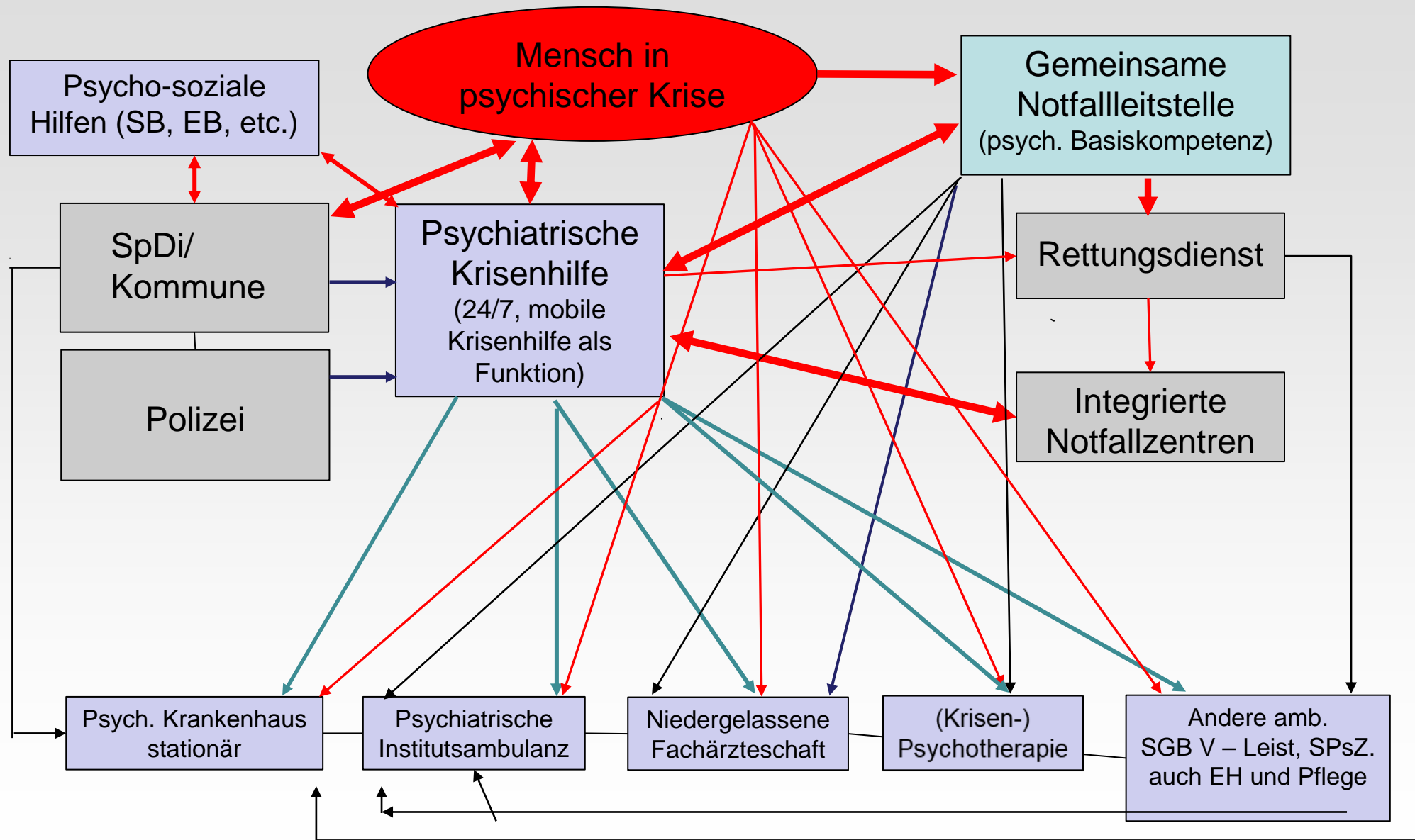
- zusätzliche Leistung, die gesondert zu vergüten ist
- GKV trägt anteilig Kosten, extrabudgetär finanziert, keine Einzelfallabrechnung
- keine neuen Einrichtungen, sondern kooperative Krisenhilfe
- Beteiligung von Peers soll ermöglicht werden

## HE Krisenhilfe - Anforderung an Krisenhilfen und Netzwerke

- diagnostische Abklärung, Gefahrenabwägung, therapeutische Krisenintervention und verlässliche Weiterleitung zu nachfolgend erforderlichen Hilfen.
- ein aktives, die Situation gestaltendes und veränderndes Hilfeangebot mit diagnostisch-therapeutischen Fähigkeiten und Kompetenzen und ausreichender Zeit zur Deeskalation bzw. Einleitung von erforderlichen anschließenden Hilfen
- reines Clearing mit anschließender Weiterleitung nicht ausreichend
- Für die psychiatrische Krisenhilfe sollen keine neuen Einrichtungen geschaffen werden.
- Die Funktion ‚Krisenhilfe‘ soll im Wesentlichen kooperativ durch im Versorgungssystem tätige Fachkräfte geleistet werden;
- denkbar auch der bayerische Weg der Einrichtung von Krisendiensten, ständige institutionelle Präsenz von Krisendienst kostenintensiv

## HE Krisenhilfe - Anforderung an Krisenhilfen und Netzwerke

- psychiatrische Krisenhilfe zur Erhöhung der Akzeptanz nicht unmittelbar in einer psychiatrisch/psychotherapeutischen Klinik platziert
- niedrigschwellige Zugänglichkeit (telefonisch, persönlich), keine Vorlage der Versichertenkarte im Eingang
- durchgehende ärztliche Verantwortung und Erreichbarkeit erforderlich, nicht jedoch eine ständige ärztliche Präsenz und Beteiligung an der Krisenhilfe
- Beteiligung von Peers bei der Krisenhilfe
- Sicherstellung durch Kooperationsverträge und Verbundstrukturen (GPV), dass bei Bedarf über die Krisenhilfe hinausgehende therapeutische Leistungen über die Krisenhilfe verbindlich und kurzfristig veranlasst werden kann.
- Verbindliche Regelungen zur Zusammenarbeit mit der einer künftigen Leitstelle des Rettungsdienstes bzw. ggf. künftiger Integrierter Notfallzentren



---

## *Zukunftsperspektive*

- Ausweitung Krisenhilfen in den PsychKGs, die Pandemie hat die Dringlichkeit verstärkt
- Kommunale Verantwortung stärken; Anreize durch die Länder schaffen/Finanzausgleich
- Einbezug der SGB V – Finanzierung zur Sicherstellung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen als Bestandteil und als Anschluss
  - den im BMG-Dialog erarbeiteten Lösungsweg gesundheitspolitisch durchsetzen
  - d. h. für Finanzierung auch gesetzliche Verankerung im SGB V
  - ärztliche Verantwortung: keine ständige Präsenz, Bereitschaft
- Gemeinschaftsaufgabe: Lösung Mischfinanzierung
- Sicherstellung der Krisenhilfe wo immer möglich (durch GPV/LE gemeinsam mit LT)
- Niedrigschwellige Zugänge gewährleisten; gemeinsame Verantwortung (Kommune, LT, LE)

---

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit