



Berliner Zentrum Public Health

2003-04

**WISSENSCHAFTLICHE
BEGLEITFORSCHUNG DES
BERLINER KRISENDIENSTES
BAND 1**

**Eine Kooperation zwischen
Freier Universität Berlin und
Katholischer Fachhochschule Berlin**

**Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann
Prof. Dr. Jarg Bergold**

Blaue Reihe

Berliner Zentrum Public Health

ISSN 0949 0752

Blaue Reihe
Berliner Zentrum Public Health
ISSN 0949 0752

2003-04

**WISSENSCHAFTLICHE BEGLEIT-
FORSCHUNG DES BERLINER
KRISENDIENSTES
BAND 1**

**Eine Kooperation zwischen Freier Universität Ber-
lin und Katholischer Fachhochschule Berlin**

**Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann
Prof. Dr. Jarg Bergold**

Unter wissenschaftlicher Mitarbeit von

Dr. Thomas Floeth
Caroline Huß
Heinke Möller

Jens Gockel
Dr. Klaus Leferink
Agnes Mühlmeier-Mentzel

Anja Herrmann
Simone Möhrle
Dr. Ingeborg Schürmann

Berlin, Juni 2003

**Berliner Zentrum Public Health
Geschäftsstelle
Ernst-Reuter-Platz 7
10578 Berlin
Tel.: (030) 314 - 21 970
Fax: (030) 314 - 21 578**

***Je abstrakter die Wahrheit ist, die du lehren willst,
um so mehr musst du noch die Sinne zu ihr verführen.
(Friedrich Nietzsche)***

1 Geleitwort der Senatorin

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die vorliegende Studie dokumentiert den erfolgreichen Abschluss einer dreijährigen, wissenschaftlich begleiteten Erprobungsphase des Berliner Krisendienstes, die im Oktober 2002 zu Ende ging. Ich freue mich, dass die Ergebnisse der Begleitforschung offenbar nicht nur in Berlin, sondern bundesweit und auch international so große Resonanz gefunden haben, dass sich das Berliner Zentrum Public Health zu ihrer umfassenden Veröffentlichung entschlossen hat.

Der umfangreiche Abschlussbericht zur Arbeit seines Krisendienstes liegt dem Land Berlin schon seit Oktober 2002 vor. Auf dieser Grundlage konnte eine in den Bezirken breit angelegte Fachdiskussion über die Arbeit während der dreijährigen Erprobungsphase initiiert werden. In der Rolle der Koordinatorin des berlinweiten Diskurses wird meine Fachverwaltung dessen Ergebnisse bündeln und gemeinsam mit den Bezirken Handlungsnotwendigkeiten auf verschiedenen Ebenen ableiten. Am Ende dieses Prozesses soll ein modifiziertes Konzept die Eckpunkte für die künftige ambulante Krisenversorgung im Land Berlin markieren. Was ich aber ohne vorzugreifen sagen kann ist, dass die Erwartungen, die das Land Berlin in seinem Psychiatrieentwicklungsprogramm an die ambulante Krisenversorgung formuliert hat, vom Berliner Krisendienst erfüllt worden sind. Er hat sich als integraler Bestandteil der bezirklich organisierten Pflichtversorgungssysteme für psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen etabliert – so wie es als eines der Ziele der Berliner Psychiatriereform formuliert wurde.

Ich werde mich dafür einsetzen, das in den vergangenen Jahren im Land Berlin aufgebaute regionalisierte Versorgungssystem mit dem Schwerpunkt im ambulanten-komplementären Bereich zu erhalten. Eines ist klar: Der Berliner Krisendienst als wichtiges Angebot der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung im Land Berlin soll auch künftig denen zur Seite stehen, die seiner Hilfe bedürfen. Wie dieses Angebot unter den gegebenen Rahmenbedingungen am besten zu gestalten ist, wird noch zu beraten sein.

Als der Krisendienst am 1. Oktober 1999 gebildet wurde, hatte der Berliner Senat - von der Notwendigkeit dieser Aktivität überzeugt - längst die bezirkliche Finanzierung von dessen Arbeit in die Psychiatrieplanung des Landes Berlin aufgenommen. Darin eingeschlossen waren auch die Mittel für eine Begleitforschung der dreijährigen Erprobungsphase. Die Senatsverwaltung hatte schon im Vorfeld die Zielstellung für eine Begleitforschung formuliert:

Danach sollte ein wesentliches Ziel der Begleitforschung in der kontinuierlichen zeitnahen Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Organisation der Arbeit des Krisendienstes bestehen. Auf diese Weise sollte das Konzept des Krisendienstes fortlaufend überprüft und erforderlichenfalls überarbeitet werden. Die qualitativen Fragestellungen sollten so bearbeitet werden, dass ein Qualitätssicherungssystem entwickelt und implementiert wird, das nach der Erprobungsphase ohne externe Begleitung anwendbar ist.

Den seinerzeit formulierten Anforderungen hat die Begleitforschung entsprochen, indem sie Zwischenberichte vorgelegt hat, die zur kontinuierlichen Verbesserung

der Arbeit des Berliner Krisendienstes beitragen konnten und indem sie einen Abschlussbericht verfasst hat, der die vorgegebenen Fragestellungen vollständig aufgenommen und mit Blick auf die künftige Gestalt und Arbeitsweise des Berliner Krisendienstes beantwortet hat.

Ich freue mich, dass sich die Gesundheitsverwaltung schon sehr zeitig im Rahmen der Vorbereitungsphase des Berliner Krisendienstes zu einer wissenschaftlichen Begleitung der Modellphase entschlossen hatte und die Voraussetzungen dafür schuf, dass der Bezirk Charlottenburg sie dann 1999 in Auftrag geben konnte. Die Freie Universität Berlin und die Katholische Fachhochschule für Sozialwesen haben kooperativ in sehr konstruktiver Weise die Erprobungsphase beforscht und die Organisationsentwicklung des Berliner Krisendienstes begleitet. Ihnen möchte ich auch an dieser Stelle meinen Dank für ihre engagierte Arbeit übermitteln. Auf der Basis ihrer Arbeit können wir im Land Berlin zu einer ausgewogenen Sicht und zu einer fundierten Entscheidung über die künftige Struktur der ambulanten Krisenversorgung finden.

Dr. Heidi Knake-Werner
Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

2 Vorwort

Mit diesem Bericht¹ legen wir unsere das Projekt abschließenden Daten und Analysen in Form eines *Abschlussberichtes* vor. Einerseits werden neue Ergebnisse des vergangenen Jahres präsentiert, andererseits auch auf Ergebnisse der davor liegenden Zeit rekurriert und alle Ergebnisse interpretiert und bewertet.

Da dieser Bericht zu den wichtigen Grundlagen einer Bewertung der Erprobungsphase des Berliner Krisendienstes durch den Senat von Berlin und die Fachöffentlichkeit gehören wird, werden wir auch Daten und Ergebnisse, die bereits in den ersten drei *Zwischenberichten*² veröffentlicht wurden, erneut dann nennen, wenn sie von Bedeutung sind. Um zu große Redundanzen zu vermeiden und den Bericht noch in einem handhabbaren quantitativen Umfang zu belassen, wird aber auch gelegentlich auf die Zwischenberichte verwiesen.

Der hier vorgelegte abschließende Bericht des Teams der Begleitforschung des Berliner Krisendienstes umspannt unsere Aktivitäten im Zeitraum August 1999 bis Juli 2002 und beginnt mit einer kurzen Darstellung unseres Evaluationsdesigns in Anlehnung an das seinerzeit vorgelegte und nach Gesprächen mit der Senatsverwaltung für Soziales und Gesundheit modifizierte Forschungskonzept. Hier wird auch auf Besonderheiten im Verlauf der Begleitforschung eingegangen, da der Prozess der Arbeit weitere Ergänzungen und Modifikationen unseres Konzeptes nötig machte.

Wir haben uns entschlossen, auch für den Abschlussbericht eine Grobgliederung entlang der Kernbegriffe des Qualitätsmanagement beizubehalten: es werden jeweils die Ergebnisse unserer Forschung entlang der Kategorien *Strukturqualität* (Kapitel 3), *Prozessqualität* (Kapitel 4) und *Ergebnisqualität* (Kapitel 5) vorgestellt. Auch wenn nicht an jeder Stelle unsere Forschungsergebnisse entlang dieser Strukturvorgabe ganz passend einsortiert werden können oder sie an einer anderen Stelle ebenso gut auftauchen könnten, haben wir uns für dieses Ordnungsprinzip entschieden. Entgegen der Gliederung in den beiden letzten Zwischenberichten haben wir in unserem Abschlussbericht die Kapitel, die die Organisationsstruktur und -qualität des BKD betreffen, nicht in ein eigenes Kapitel gestellt, sondern in die Ausführungen zur Strukturqualität/Potentialdimensionen eingestellt. Diese formale Art der Darstellung kann dem Interesse des Auftraggebers hinsichtlich valider Daten zu wichtigen Beurteilungs- und Steuerungsfragen entgegen kommen.

Neben einer Bewertung in den einzelnen Kapiteln bzw. Unterkapiteln findet sich am Ende unsere *Zusammenfassende Bewertung*, die die Ergebnisse der Begleitforschung zusammenfasst, bewertet und einen Ausblick wagt.

Für die 2. Auflage haben wir den Text durchgesehen und redaktionell überarbeitet.

Berlin, im Mai 2003

Jarg Bergold & Ralf-Bruno Zimmermann

¹ In diesem Bericht wird auf die durchgehende substantivische Verwendung auch der weiblichen Form verzichtet, ohne dass hiermit eine Hervorhebung des männlichen Geschlechts gemeint wäre.

² Zusätzlich wurde für die Sitzung des Gesundheitsausschusses des Abgeordnetenhaus Berlin am 22.02.01 einige Ergebnisse in Form eines Berichtes an die Senatsverwaltung weitergegeben.

BAND 2

GELEITWORT DER SENATORIN	1
1 VORWORT	3
INHALT	4
2 KONZEPTION, ZIELSETZUNG UND METHODIK DER UNTERSUCHUNG	7
2.1 VORAUSSETZUNGEN, VORBEDINGUNGEN, GRUNDANNAHMEN	7
2.2 VORGESCHLAGENE FORSCHUNGSSTRATEGIEN BZW. -INSTRUMENTE.....	11
2.3 FORSCHUNGSGEGENSTAND	14
2.4 DIE BASISDOKUMENTATION FÜR DEN NICHT-ÄRZTLICHEN DIENST BZW. DIE STANDORTE.....	15
2.4.1 ANFORDERUNGEN UND ZIELSETZUNG AN DIE BASISDOKUMENTATION DES BERLINER KRISENDIENSTES	15
2.4.2 METHODOLOGISCHER HINTERGRUND BEI DER KONZEPTION DER BASISDOKUMENTATION	16
2.4.3 KONZEPTION DER BASISDOKUMENTATION.....	16
2.4.4 INHALTLICHE BESCHREIBUNG DER BASISDOKUMENTATION (EN DETAIL)	17
2.4.5 DATENAUSGABE	18
2.4.6 TECHNISCHE BESCHREIBUNG DER BASISDOKUMENTATION.....	18
2.4.6.1 EINGABEMASKE UND DATENBANK	18
2.4.6.2 VERNETZUNG DER STANDORTE	19
2.4.6.3 DIE EINGABEMASKE.....	20
2.4.6.4 DIE DATENSTRUKTUR	21
2.4.6.5 PASSWORTSCHUTZ.....	21
2.4.7 GRUNDGESAMTHEITEN FÜR DIE AUSWERTUNGEN IM ABSCHLUSSBERICHT	22
2.4.8 ZEITRÄUME FÜR DIE AUSWERTUNGEN IM ABSCHLUSSBERICHT	23
2.5 ZUR METHODE DER FRAGEBOGENUNTERSUCHUNG VERNETZUNG UND KOOPERATION DES BKD.....	24
2.5.1 VORÜBERLEGUNGEN UND LEITENDE HYPOTHESEN BEI DER FRAGEBOGENKONSTRUKTION.....	24
2.5.2 STICHPROBENZIEHUNG UND RÜCKLAUF	25
3 ERGEBNISSE ZUR STRUKTURQUALITÄT (POTENTIALDIMENSIONEN)	27
3.1 KONZEPTQUALITÄT	27
3.1.1 ZIELSETZUNGEN DES BERLINER KRISENDIENSTES.....	27
3.1.2 ALLGEMEINE ZIELSETZUNGEN	27
3.1.3 DAS INTERVENTIONS-KONZEPT UND DIE ANGEZIELTEN ERGEBNISSE	29
3.1.4 MITARBEITERCHARAKTERISTIKA UND –KOMPETENZEN	32
3.1.5 STEUERUNG, STRUKTUR UND FUNKTIONEN BEIM BERLINER KRISENDIENST	33
3.1.6 DAS KONZEPT FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG	34
3.1.7 DIE WEITERENTWICKLUNG DES KONZEPTS FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG	36
3.2 AUSSTATTUNGSQUALITÄT	37
3.2.1 DIE STANDORTE.....	37
3.2.2 DIE BASISDOKUMENTATIONEN	41
3.2.2.1 DIE BASISDOKUMENTATION FÜR DEN NICHT-ÄRZTLICHEN DIENST BZW. DIE STANDORTE.....	41
3.2.2.2 DIE BASISDOKUMENTATION FÜR DEN ÄRZTLICHEN HINTERGRUNDDIENST	41
3.2.2.2.1 KONZEPTION EINER BASISDOKUMENTATION.....	41
3.2.2.2.2 PROZESS UND UMSETZUNG	42
3.3 BEKANNTHEIT DES BKD DURCH ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	42

3.3.1	AKTIVITÄTEN DES BKD IM BEREICH DER ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	42
3.3.2	ERGEBNISSE AUS DER BEFRAGUNG DER BERLINER BEVÖLKERUNG	46
3.4	QUALITÄT DER MITARBEITER	48
3.4.1	SUBJEKTIV-PROFESSIONELLE THEORIEN DER MITARBEITER	48
3.4.1.1	KONZEPTE IM ZUSAMMENHANG MIT SUIZIDALEN KLIENTEN MIT BORDERLINE- PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	51
3.4.1.2	KONZEPTE IM ZUSAMMENHANG MIT MOBILEN EINSÄTZEN	54
3.4.2	UMGANG MIT BELASTUNGEN	55
3.4.2.1	BESCHREIBUNG DER BELASTUNGSSYMPTOME DURCH DIE MITARBEITER	56
3.4.2.2	BELASTUNGSQUELLEN	57
3.4.2.3	UMGANGS- UND BEWÄLTIGUNGSMÖGLICHKEITEN	58
3.4.3	FORTBILDUNG UND SUPERVISION	60
3.4.3.1	FORTBILDUNG	60
3.4.3.2	SUPERVISION DER HONORARMITARBEITER	62
3.5	ORGANISATIONSQUALITÄT	64
3.5.1	VORBEMERKUNGEN UND DATENQUELLEN	64
3.5.2	ORGANISATIONSENTWICKLUNG	65
3.5.2.1	STANDORTBESTIMMUNG: WAS IST ORGANISATIONSENTWICKLUNG	65
3.5.2.2	DIE LEITGEDANKEN	66
3.5.2.3	DIE INFRASTRUKTUR	69
3.5.2.4	DIE ADMINISTRATIVEN STRUKTUREN	69
3.5.2.5	DIE BEGEGNUNGSSTRUKTUREN	70
3.5.2.6	DIE NOTWENDIGEN VERFAHREN	72
3.5.3	STEUERUNG UND META-STEUERUNG	75
3.5.3.1	INTERNE STEUERUNG DES BKD	75
3.5.3.2	EXTERNE STEUERUNG DES BKD	80
3.5.4	ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION	83
4	ERGEBNISSE ZUR PROZESSQUALITÄT	90
4.1	DIE ARBEITSWEISE DES BKD	90
4.1.1	DAS INTERVENTIONSKONZEPT IN AKTION	90
4.1.1.1	VORBEMERKUNG, DATENQUELLEN	90
4.1.1.2	BESCHREIBUNG VON INTERVENTIONSKATEGORIEN AUS DER BASISDOKUMENTATION	91
4.1.1.3	ART DER GESPRÄCHSFÜHRUNG	94
4.1.1.4	ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN INTERVENTIONEN UND ZUSTANDSBILDERN	96
4.1.1.5	ANALYSE VON INTERVENTIONSSTRATEGIEN AUF DER BASIS VON TEXTEN AUS DER BASISDOKUMENTATION	98
4.1.1.6	INTERVENTIONSSTRATEGIEN AUS DER SICHT DER KLIENTEN, ERGEBNISSE AUS EINER OFFENEN BEFRAGUNG	100
4.1.2	DAUER DER KONTAKTE UND DURCHSCHNITTLLICHE ZEITLICHE AUSLASTUNG DURCH KLIENTEN	102
4.1.3	ARBEITSWEISE DES ÄRZTLICHEN HINTERGRUNDDIENSTES	108
4.1.3.1	ART DER EINSÄTZE IM JAHRESVERGLEICH	108
4.1.3.2	ZEITLICHE VERTEILUNG DER ÄRZTLICHEN EINSÄTZE	109
4.1.3.3	TELEFONISCHE BERATUNGEN	110
4.1.3.4	MOBILE ÄRZTEEINSÄTZE	110
4.1.3.5	MAßNAHMEN DES ÄRZTLICHEN HINTERGRUNDDIENSTES	112
4.1.4	KLINIKEINWEISUNGEN, ALTERNATIVEN ZU KLINIKEINWEISUNGEN	113
4.1.4.1	VORBEMERKUNG, DATENQUELLEN	113
4.1.4.2	KLINIKEINWEISUNGEN	114
4.1.4.3	EINWEISUNGEN IN KRANKENHÄUSER DURCH DEN ÄRZTLICHEN HINTERGRUNDDIENST	115

4.1.4.4	ALTERNATIVEN ZU KLINIKEINWEISUNG ENTWICKELT, TEXTANALYSEN AUS DER BADO.....	119
4.1.4.5	EINWEISUNGEN NACH DEM GESETZ FÜR PSYCHISCH KRANKE (PSYCHKG).....	121
4.1.5	KRISENINTERVENTION IM BEREICH DER MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG 123	
4.2	SYNERGIE DURCH VERNETZUNG UND KOOPERATION.....	126
4.2.1	EINLEITUNG, DATENQUELLEN	126
4.2.2	VERNETZUNGSTÄTIGKEIT DES BKD	126
4.2.2.1	VERNETZUNG DURCH KOOPERATION.....	126
4.2.2.2	INHALTE DER VERNETZUNGS- UND KOOPERATIONSARBEIT	133
4.2.2.3	KOOPERATION MIT DER POLIZEI AUS SICHT DES BKD.....	136
4.2.3	DIE AUßENPERSPEKTIVE DER MITARBEITER DES VERSORGUNGSSYSTEMS AUF DEN BKD.....	138
4.2.3.1	VORBEMERKUNGEN UND DATENQUELLE	138
4.2.3.2	GRUNDSÄTZLICHE ERWARTUNGEN DER BEFRAGTEN AN DEN BKD	140
4.2.3.3	LEISTUNGEN DER BEFRAGTEN, ERWARTUNGEN AN DEN BKD, DIFFERENZIERT NACH EINRICHTUNGSTYPEN	141
4.2.3.3.1	ERWARTETE STRUKTURMERKMALE.....	141
4.2.3.3.2	ÜBERNAHME VON EINWEISUNGEN.....	145
4.2.3.3.3	ERWARTETE INTERVENTIONSMERKMALE.....	146
4.2.3.3.3.1	INTERVENTIONSANGEBOTE, DIE NUR BEGRENZT ALS AUFGABE EINES KRISENDIENSTES ANGESEHEN WERDEN.....	146
4.2.3.3.3.2	INTERVENTIONSANGEBOTE, DIE SPEZIFISCH ALS AUFGABE EINES KRISENDIENSTES ANGESEHEN WERDEN.....	147
4.2.3.3.4	POSITION DES BKD AUS DER SICHT REGIONALER EINRICHTUNGEN	151
4.2.3.3.4.1	GRAD DER INFORMIERTHEIT	151
4.2.3.3.4.2	EMPFEHLUNG DES BKD DURCH BEFRAGTE EINRICHTUNGEN.....	151
4.2.3.3.4.3	EMPFEHLUNG DER EINRICHTUNG DURCH BKD.....	152
4.2.3.3.4.4	FALLBEZOGENE ZUSAMMENARBEIT MIT DEM BKD	153
4.2.3.3.5	DIE STELLUNG DES BKD IM VERSORGUNGSSYSTEM	155
4.2.3.3.5.1	ZUSAMMENFASSENDE FAKTORENANALYSE	155
4.2.3.3.5.2	RANGREIHE DER WICHTIGSTEN KOOPERATIONSPARTNER	157
4.2.3.4	ZUSAMMENFASSUNG	158
4.2.3.5	HAUS- UND FACHÄRZTE ALS KOOPERATIONS- UND ÜBERWEISUNGSPARTNER.....	159
4.2.3.5.1	VORBEMERKUNG, DATENQUELLE.....	159
4.2.3.5.2	DAS DILEMMA DER ÜBERWEISUNG.....	159
4.2.3.5.3	BEURTEILUNGSKRITERIEN FÜR DIE ARBEIT DES BKD.....	160
4.2.3.5.4	ZUSAMMENFASSUNG	161
4.2.3.6	INSTITUTIONEN KOMPLEMENTÄRER PSYCHOSOZIALER VERSORGUNG	161
4.2.3.7	WOHNEINRICHTUNGEN FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG	163
4.2.4	VERNETZUNG DURCH DAS HONORARMITARBEITERMODELL.....	166
4.2.4.1	VORBEDINGUNGEN	166
4.2.4.2	VERNETZUNG DER EINRICHTUNGEN DER VERNETZTEN MITARBEITER	167
4.2.4.3	DIE SICHT DER VERNETZTEN MITARBEITER.....	168
	VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN.....	172
	ABBILDUNGEN.....	172
	TABELLEN	173

2 Konzeption, Zielsetzung und Methodik der Untersuchung

2.1 Voraussetzungen, Vorbedingungen, Grundannahmen

Die dem hier vorgelegten Abschlussbericht zugrunde liegende Studie über die Tätigkeit des Berliner Krisendienstes (BKD) wurde von dem Bezirksamt Charlottenburg in Auftrag gegeben, das wiederum seinerseits von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales beauftragt worden war. Diesem war durch Abschluss einer Verwaltungsvereinbarung zwischen den Berliner Bezirksämtern die Zuständigkeit für die Förderung und Umsetzung der ambulanten Krisenversorgung im Land Berlin übertragen worden.

Das Bezirksamt Charlottenburg beauftragte die Freie Universität Berlin in Kooperation mit der Katholischen Hochschule Berlin, die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des landesweiten Krisendienstes vorzunehmen. Die Ergebnisse der Begleitforschung sollen eine Grundlage für die Entscheidung über „die zukünftige Struktur, die Arbeitsweise und das Leistungsprofil der ambulanten Krisenversorgung im Land Berlin“³ nach Ablauf der dreijährigen Erprobungsphase bilden.

Außerdem sollte die Begleitforschung durch eine zeitnahe Umsetzung der Forschungsergebnisse „die effektive Entwicklung sowie die Strukturierung und Weiterentwicklung des landesweiten ambulanten Krisendienstes unterstützen.“ Auf diese Weise sollte die Begleitforschung ein integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements sein.

Um diesen Anforderungen zu entsprechen, wurde von den beiden Hochschulen ein Begleitforschungskonzept vorgelegt, das der komplexen Untersuchungssituation gerecht werden sollte. Es handelte sich um einen sozialwissenschaftlichen Forschungsansatz, bei dem nicht nur der „outcome“, sondern auch die Einbettung des BKD in das Beziehungsgeflecht der psychosozialen und gemeindepsychiatrischen Versorgung Berlins Beachtung fand. Im Sinne von LEBOW (1992) handelt es sich dabei um ein „community impact model“ der Evaluation.

Als Konsequenz stand zunächst die Beschreibung des BKD in seinem Kontext und in seiner Entwicklung im Vordergrund. Dies wird durch die Einbeziehung des methodologischen Prinzips der Triangulation ermöglicht, bei der nach den Vorstellungen von DENZIN (1978) eine Kombination von Methodologien und Methoden bei der Untersuchung eines Phänomens genutzt werden. Hierdurch lassen sich komplexe Forschungsgegenstände vielfältig und facettenreich beschreiben. In der vorliegenden Untersuchung wurde dies durch die Verwendung quantitativer und qualitativer Untersuchungsansätze, durch vielfältige Erhebungs- und Auswertungsmethoden sowie unterschiedliche Untersucher realisiert.

Auch für die Entwicklung von Beurteilungskriterien der *Güte* der Arbeit des BKD wurde ein Ansatz herangezogen, der aus der neueren sozialwissenschaftlichen Evaluationsforschung hervorgegangen ist. Problem der Beurteilung ist, dass jeder Beurteilung ein Werturteil zugrunde liegt. Diese Werte sind aber nicht wissenschaftlich ableitbar, sondern sie leiten sich aus bestimmten Grundüberzeugungen und Interessen des jeweiligen Beurteilers und sind eng mit seinem jeweiligen

³ Begleitforschungsvertrag zwischen dem Bezirksstadtrat für Gesundheit und Soziales und der Freien Universität vom 27.7.1999

Standort im sozialen Gefüge verbunden. „Was dem Einen ein Uhl ist dem Anderen ein Nachtigall.“ Dieser alte Spruch verdeutlicht das Problem. Es hilft auch nur begrenzt, wenn man wissenschaftliche Überlegungen heranzieht. Auch „die Wissenschaft“ ist nur ein spezieller Standort, von dem aus man Bewertungskriterien formulieren kann. Ob diese Kriterien dann für die Nutzer des BKD, für die Mitarbeiter, für die Verwaltung oder für die Politiker brauchbar sind, ist zumindest manchmal durchaus fragwürdig.

Aus diesem Grund wurde eine Strategie gewählt, die in der Literatur zu Evaluation als *Stakeholder-Ansatz* bekannt ist. Dieser besagt, dass die Bewertungsmaßstäbe unterschiedlicher Interessentengruppen in die Untersuchung einbezogen und im Rahmen der Untersuchung erhoben werden müssen.

Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass zunächst von den Zielsetzungen ausgegangen wird, die in der "Konzeption einer ambulanten Krisenversorgung für Berlin" niedergelegt sind, die den Ausgangspunkt für den Berliner Krisendienst bildet. Sie wurde von einer von der zuständigen Senatsverwaltung initiierten Arbeitsgruppe mit anschließender Diskussion und Modifikation mit der Berliner Fachöffentlichkeit (Landespsychiatriebeirat) und der Verwaltung (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, bezirkliche Verwaltungen) entwickelt. Aufgrund dieser Geschichte wird angenommen, dass dieses Konzept den damaligen Kompromiss zwischen den unterschiedlichen Interessensgruppen bzw. methodischen Ansätzen in Berlin widerspiegelt. Es muss daher geprüft werden, ob die dort genannten Ziele auch erreicht worden sind und wo Abweichungen stattgefunden haben.

In dieses Konzept wurden nachweislich bereits die fachliche Norm aus den „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zur Organisation von Krisenintervention“ aufgenommen (FREYTAG et al. 1998). Auch diese Normen werden daher als Ausgangspunkt der Beurteilung benutzt.

Genauso bedeutungsvoll aber sind die Kriterien und Bewertungen der unterschiedlichen Beteiligten, also der einzelnen *Stakeholder*, die in der einen oder anderen Weise mit dem Krisendienst zu tun haben. Dazu gehören die verschiedenartigen Nutzer (Klienten, Angehörige, Professionelle aus dem Versorgungssystem), Mitarbeiter des BKD, Einrichtungen der Berliner Versorgung, Ärzte, Einwohner von Berlin als potentielle Nutzer usw. Die Kriterien dieser stakeholder sollten in eigenen Untersuchungen erhoben werden.

Um der Forderung des Auftraggebers nachkommen zu können, auch die Weiterentwicklung und das Qualitätsmanagement des Berliner Krisendienstes zu unterstützen, wurden sowohl Elemente einer formativen wie auch einer summativen Evaluation in das Design aufgenommen. Bei ersterer werden die Ergebnisse am Ende eines Projekts untersucht und es wird beurteilt, ob die Maßnahme im Sinne ihrer Zielsetzung erfolgreich war oder nicht. Bei letzterer fließen die Forschungsergebnisse kontinuierlich in die Entwicklung des Projekts ein und steuern die Entwicklung mit. In der nachfolgenden Studie wurden die Ergebnisse in unterschiedlicher Form immer wieder an den BKD zurückgemeldet (Zwischenberichte, Gesamtteamtreffen, Besprechungen mit Mitarbeiter-AGs und Geschäftsführern, Diskussionsforum Berliner Krisendienst, Sonderauswertungen für unterschiedliche Diskussionen und Präsentationen des BKD usw.), der vorliegende Bericht gibt aber gleichzeitig auch im Sinn einer summativen Evaluation einen Einblick in den Stand des BKD, den er am Ende der Erprobungsphase erreicht hat.

Die Systematik, die dem Design der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegt, ist diejenige des Qualitätsmanagements. Qualitätsmanagement und Evaluation durchdringen sich häufig gegenseitig. Darauf hat u.a. TROJAN & LEGGEWIE (1999) verwiesen. Aspekte wie *Struktur*, *Prozess* und *Ergebnis* werden zur Gliederung beider Bereiche genutzt. Dies ist aber nicht nur eine äußerliche Ähnlichkeit, sondern beide Ansätze sind miteinander verwoben, ergänzen und fördern einander, vor allem dann, wenn man Evaluation als formative Evaluation im oben beschriebenen sozialwissenschaftlichen Sinne versteht. Die Untersuchung, die eigentlich aus einer Vielzahl von aufeinander bezogenen Einzeluntersuchungen besteht, wurde daher nach dieser Systematik strukturiert.

Hinsichtlich der **Struktur- oder Potentialdimension** sollte laut Konzept eine sorgfältige Deskription der materiellen und ideellen Voraussetzungen des BKD vorgenommen werden. Hierunter zählen sowohl die materielle Ausstattung der Dienste, ihre Organisationsstruktur, die Fähigkeiten und Fertigkeiten ihrer Mitarbeiter als auch ihre Einbettung in der Region, ihre verkehrstechnische Erreichbarkeit usw.

Zu diesem Bereich gehörte auch die Entwicklung einer Basisdokumentation, die eine kontinuierliche Erfassung von Daten für unterschiedliche Zwecke erlauben sollte. (Entwicklung der Inanspruchnahme des Krisendienstes, Beschreibung des Klientels, Arbeitsweise der Dienste, Vernetzung, persönliche Einschätzung des Einsatzes durch die Mitarbeiter usw.).

Die **Prozessqualität** sollte vornehmlich zusammen mit den Mitarbeitern im Rahmen der Selbstbeforschung untersucht und verbessert werden. Hierzu sollten Schlüsselprozesse im Rahmen eines Prozessgliederungsplanes bestimmt werden, die dann beschrieben und schrittweise verbessert werden sollten. Zusätzlich sollten aber auch Informationen über die Art und die Formen der Interventionen mit Hilfe unterschiedlicher Verfahren (qualitative und quantitative Analysen von Daten aus der Basisdokumentation, Klientenaussagen), gesammelt werden, so dass Aussagen über die Prozessqualität der Arbeit möglich sein sollten.

Neben der Arbeit mit den Klienten ist die *Vernetzung und Kooperation* mit den regionalen Einrichtungen der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung eine wichtige Aufgabe des BKD. Beide stellen zentrale Forderungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung, -planung und -förderung dar; mit ihnen verbinden sich eine Vielzahl von Erwartungen an die Verbesserung der Versorgung, an die Identifizierung von Rationalisierungs- und Kosteneinsparungspotentialen usw. Die Untersuchung der Kooperation und der Vernetzung der Versorgungseinrichtungen und der Mitarbeiter sollte daher einen der Schwerpunkte der Evaluation darstellen.

Die Untersuchung und der Nachweis von Bezügen zum und Auswirkungen auf das gesamte Versorgungssystem erschien von besonderem Interesse. Diese Aspekte sollten in der Studie ein besonderes Gewicht erhalten, wobei auch untersucht werden sollte, wie die Steuerung des Krisendienstes durch einen beauftragten Bezirk gelingt bzw. inwieweit die Bezirke in den einzelnen Regionen in die jeweilige Arbeit der Standorte einbezogen werden.

Besonders interessant schien dabei das Vernetzungspotential zu sein, das durch die Honorarmitarbeiter repräsentiert wird. Durch ihre Doppelrolle als Mitarbeiter der regionalen Einrichtung und des Krisendienstes sind sie in der Lage, die Ver-

netzung als Person zu betreiben und unterschiedliche Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Einrichtungen herzustellen.

Zur Untersuchung von Synergieeffekten durch Vernetzung und Bekanntheitsgrad lagen aus vorangegangenen Untersuchungen Fragebögen mit entsprechenden Unterskalen vor. Hieraus sollte ein entsprechender Fragebogen konstruiert werden.

Zur Abschätzung der **Ergebnisqualität** sollten die Ziele und Kriterien für erfolgreiche Tätigkeit des BKD aus mehreren Perspektiven heraus erhoben werden. Dieses Vorgehen entspricht dem oben genannten *Stakeholder-Ansatz*, bei dem davon ausgegangen wird, dass bei unterschiedlichen Interessengruppen unterschiedliche Kriterien und Bewertungen der Angebote zu finden sein werden. Grob lassen sich zunächst folgende Gruppen und Zielformulierungen unterscheiden, die einbezogen werden müssen:

- die Auftraggeber, also das Bezirksamt Charlottenburg von Berlin bzw. die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales sowie die einzelnen Bezirke
- die Antragsteller, also der *Trägerverbund Berliner Krisendienste (GbR)*
- die Mitarbeiter der Krisendienste, sowohl Kernteam als auch Honorarmitarbeiter
- die Mitarbeiter der übrigen psychosozialen/psychiatrischen Versorgung in Berlin
- die Bevölkerung bzw. die potentiellen Nutzer der Einrichtungen
- die Forscher

Die jeweiligen Zielsetzungen und die späteren Bewertungen sollten auf unterschiedliche Weise dokumentiert und analysiert werden.

Die *Zielsetzungen des Auftraggebers und des Antragstellers* sind im Konzeptpapier repräsentiert. Die dort angesprochenen expliziten und impliziten Zielsetzungen sollten analysiert und operationalisiert werden, um auf diese Weise Instrumente zur Bewertung aus dieser Perspektive zu gewinnen.

Die Zielsetzungen und *Kriterien der Kernteammitarbeiter* sollten in einer *Zukunftswerkstatt* gemeinsam entwickelt, in der Selbstbeforschung bearbeitet und in qualitativen Interviews erhoben werden.

Die *Mitarbeiter des regionalen Versorgungssystems* sollten mit Hilfe eines Fragebogens gebeten werden, ihre Zielsetzungen, Einstellungen zur Krisenarbeit, Wünsche und Anregungen bekannt zu machen.

Als wünschenswert wurde formuliert, die Erwartungen Einstellungen und Gütekriterien der *Bevölkerung*, d.h. auch der potentiellen Nutzer, einzubeziehen.

Anhand der Literatur und von Untersuchungsergebnissen der Forschergruppe sollten ebenfalls Erfolgskriterien entwickelt werden, die aus einer *wissenschaftlichen Perspektive* die Einschätzung der Ergebnisqualität erlauben. Als solche allgemeine Außenkriterien für die Evaluation sollten auch die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zur Organisation von Krisenintervention dienen (FREYTAG et al. 1998).

Auch eine **gesundheitsökonomische Analyse** sollte einbezogen werden, wobei die Möglichkeiten dazu eher als gering eingeschätzt wurden, da zum Vergleich Daten über die Kosten des gesamten Systems der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Berlin nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung stün-

den. Auf alle Fälle sollten jedoch die Kosten der einzelnen Interventionsbausteine (z.B. Telefongespräch, persönliches Gespräch, Hausbesuch usw.) berechnet werden. Hierdurch werde es möglich, die Kosten der Aktivitäten der Mitarbeiter anzugeben und ggf. mit den Kosten anderer Einrichtungen zu vergleichen.

2.2 Vorgeschlagene Forschungsstrategien bzw. -instrumente

In der bisherigen Beschreibung wurden bereits an verschiedenen Stellen Instrumente genannt, mit deren Hilfe die für die verschiedenen Zielsetzungen notwendigen Informationen erhoben bzw. die für die Förderung der Entwicklung der Organisation eingesetzt werden sollten. Die Hauptinstrumente sollen hier noch kurz gekennzeichnet werden.

Im Rahmen der **Organisationsentwicklung** sollte die evaluative Begleitforschung den Krisendienstmitarbeitern fortwährend Informationen an die Hand geben, die es ihnen ermöglichen sollte, die weitere Entwicklung ihrer Einrichtungen im Sinne einer *lernenden Organisation* bewusst zu steuern (FLOETH, 1999). Hierdurch sollte der Aufbau einer **Corporate Identity** gefördert werden. Erreicht werden sollte dies mit der **Methode der Selbstbeforschung**. Dabei werden die Mitarbeiter als Experten ihrer eigenen Arbeitssituation ernst genommen, ihr internes Wissen wird systematisch für eine wissenschaftlich fundierte Situationserhebung und -analyse verwendet. Außerdem sollte durch diese Vorgehensweise gewährleistet werden, dass auch nach Ende der Begleitforschung ein kontinuierliches Monitoring erfolgt. Indem eigengesteuerte Datenerhebung und -analyse im Rahmen regelmäßiger Analyseteamtreffen im Sinne von Qualitätszirkeln reflektiert und an die konkrete Arbeit zurückgespielt werden, sollten die Erhebung und Verbesserung der Arbeitsqualität zum fortwährenden Thema werden.

Die **Basisdokumentation** sollte auf der Grundlage eines existierenden Instruments weiterentwickelt werden, an dessen Konstruktion und erster Anwendung die Antragsteller maßgeblich beteiligt waren. Es sollte für den weiteren nutzerfreundlichen Einsatz im Rahmen einer Datenbank optimiert werden. Hierdurch sollten die Kontakte dokumentiert und damit ein Instrument geschaffen werden, das einen breiten Einblick in die Arbeit des BKD geben sollte.

Ein Fragebogen zur **Vernetzung und Kooperation** sollte auf der Basis bereits vorliegender Instrumente der Begleitforscher entwickelt werden. Damit sollten Informationen über die Vorstellungen der anderen Einrichtungen des Versorgungssystems und die Kriterien für die Bewertung des BKD erhoben werden.

Aufgrund des sozialwissenschaftlichen Evaluationskonzepts erschien es notwendig, den Forschungsgegenstand *Berliner Krisendienst* aus unterschiedlichen Perspektiven zu triangulieren, wie oben bereits festgestellt wurde. Dies hatte zur Folge, dass eine größere Zahl von Untersuchungen projiziert wurden, die jedoch nur zu einem kleineren Teil durch die Finanzierungsmittel der Evaluation personell abgedeckt waren. Durch die zwischen FUB und KFB vereinbarte Kooperation sowie durch weitere Kooperationspartner gelang es, zusätzliche institutionelle Ressourcen zu nutzen und ein Evaluationskonzept anzubieten, welches das zur Verfügung stehende Finanzvolumen erheblich überstieg.

In der Planung wurde dies dadurch ausgedrückt, dass bei den projektierten Untersuchungen zwischen einem *Pflicht*- und einem *Kürteil* unterschieden wurde. Der Kürteil ergab sich aus den Möglichkeiten der beiden Hochschulen, der Freien Universität Berlin und der Katholischen Hochschule Berlin, eigene Ressourcen in das Projekt einzubringen und überdies Diplomarbeiten und Dissertationen gezielt für bestimmte Forschungsthemen auszugeben. Auf diese Art sollte ermöglicht werden, innerhalb der drei Jahre größere und kleinere Arbeiten durchführen zu lassen, in denen bestimmte Fragestellungen des Vorhabens abgeklärt werden sollten. Da diese Arbeiten auf den Gesamtzusammenhang hin konzipiert werden sollten, wurde erwartet, dass es Synergieeffekte geben würde, die zu einem wesentlich vielfältigeren Bild von der Tätigkeit des Krisendienstes führen würden.

Geplant wurden die folgenden Untersuchungen, deren Status jeweils gekennzeichnet wurde (P=Pflicht, K=Kür).

- Entwicklung und Verbesserung der **Basisdokumentation** auf der Basis vorhergegangener entwickelter und erprobter Forschungsinstrumente. (P)
- Erstellung einer eigenen **Basisdokumentation für den ärztlichen Hintergrunddienst** (P)
- Kontinuierliche **Betreuung der Basisdokumentation** und Auswertung hinsichtlich statistische Kennwerte, die zur Beschreibung und zum Feedback an Mitarbeiter und Administration der folgenden Bereiche dienen: Art der Klienten, Problemstrukturen, Nutzung der Dienste, Vernetzung. (P)
- **Analyse des Konzeptpapiers** hinsichtlich der expliziten aber auch impliziten Ziele, Aufgaben und Konzepte (P)
- Erhebung der Mitarbeitervorstellungen im Rahmen einer **Zukunftswerkstatt** für die festen Mitarbeiter. (P)
- **Befragung von anderen stakeholders** über ihre Vorstellungen von Aufgaben, Zielen und Fragestellungen (K)
- Analyse und Bewertung der Steuerungsform des Krisendienstes durch ein beauftragtes Bezirksamt (P)
- Entwicklung eines **Kurzfragebogens zur Nutzerzufriedenheit** im Anschluss an eine Intervention mit Einschätzungsskalen und Frage nach der weiteren Mitarbeitsbereitschaft. (P)
- **Problemzentrierte Interviews** mit ausgewählten Nutzern (K)
- **Schulung in Selbstbeforschung** und Erarbeitung von Fragestellungen, Zielen und Instrumenten (P)
- **Kontinuierliche Rückmeldung** der Evaluationsergebnisse an die Mitarbeiter (P)
- Identifizierung und Beschreibung von für die konkrete Arbeit benötigten **Fortbildungsbausteinen** (P)
- **Fortbildung** in der Verwendung der verfügbaren Daten, Entwicklung eines Leitbildes (P)
- Entwicklung eines **Fragebogens zur Vernetzung und Kooperation** in der Region auf der Basis eines bereits vorliegenden Instruments der Forschungsgruppe und Durchführung einer Fragebogenuntersuchung in ausgewählten Versorgungsregionen. (P)

- Durchführung und wissenschaftliche Analyse von **Fokusinterviews** mit ausgewählten Mitarbeitern unterschiedlicher Einrichtungen zur Frage von Kooperation und Synergieeffekten. (K)
- Berechnung der **Kosten der einzelnen Interventionen** (P)
- **Fallanalysen** nach gesundheitsökonomischen Kriterien (K)
- **Befragung von Schlüsselpersonen** über den Krisendienst (niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Pfarrer, Sozialarbeiter, Geschäftsführer von Trägervereinen usw.) (K)

Für die Untersuchung wurden auch eine Reihe von Schwierigkeiten gesehen. Vor allem wurde darauf verwiesen, dass der Aufbau des neuen Gesamtberliner Krisendienstes schon begonnen hatte, die Begleitforschung aber erst später einsetzen würde. Da vor allem die Basisdokumentation mit dem dazugehörigen Programm erst zu erstellen war, wäre eine Untersuchung des Prozesses von Anfang an nicht möglich. Außerdem sei die Liste der in der Ausschreibung gewünschten Untersuchungsbereiche sehr vielfältig und umfangreich.

Von der Senatsverwaltung schließlich wurden folgende Aufträge im Begleitforschungsvertrag festgelegt:

- Operationalisierbare Kriterien zur Bewertung von Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit des KD in der Erprobungsphase
- Basisdokumentation inklusive BaDo für den ärztlichen Hintergrunddienst
- Erhebung, Analyse und Bewertung von projekt- und arbeitsfeldspezifischen Daten und Informationen, insbesondere zur Nutzerzufriedenheit, zur Vernetzung und Kooperation in der Region in Form einer Kontext-, Problem- und Wirkungsanalyse, Monitoring und Qualitätsentwicklung vorzunehmen.
- Die *Nachhaltigkeit* der eingesetzten Instrumente zu prüfen.
- Vorschläge zur Optimierung des Konzepts, der Strukturen und Prozesse des ambulanten KD sowie seiner Einbindung in das gemeindeintegrierte psychiatrische Versorgungssystem und sein Verhältnis zur administrativen Steuerung auf Bezirksebene zu formulieren.
- Den Auftraggeber hinsichtlich der weiteren Projektförderung und deren Optimierung zu beraten.
- Die Senatsverwaltung hinsichtlich der zukünftigen Planung und Steuerung der ambulanten Krisenversorgung im Land Berlin zu beraten.

Im Folgenden wird gezeigt, dass die Begleitforschung die projektierten Untersuchungen weitgehend realisiert hat. Abweichungen werden im letzten Kapitel diskutiert. In der nun folgenden Darstellung der Ergebnisse werden allerdings nicht die einzelnen Untersuchungen vorgestellt, sondern die Ergebnisse werden gemäß der Systematik des Qualitätsmanagements in den Hauptkapiteln *Strukturqualität*, *Prozessqualität* und *Ergebnisqualität* dargestellt und diskutiert. Dies ermöglicht eine eingehende Beurteilung der verschiedenen Qualitätsaspekte durch Zusammenführung und Triangulation der Informationen, die aus den jeweils relevanten Untersuchungen stammen. Zunächst aber werden der Untersuchungsgegenstand, der *Berliner Krisendienst*, vorgestellt und zwei der wichtigsten Datenquellen, die *Basisdokumentation* und der *Fragebogen zur Vernetzung und Kooperation* hinsichtlich derjenigen methodischen Aspekte dargestellt, die für den Leser notwendig sind, um die Ergebnisse einordnen zu können.

2.3 Forschungsgegenstand

Der Berliner Krisendienst (BKD) ist ein multiprofessioneller, regional ausgerichteter, psychosozialer und notfallpsychiatrischer Krisendienst, der seit Ende 1999 vormals bestehende Lücken im gemeindepsychiatrischen Versorgungsverbund Berlins abdecken soll. Seine Implementierung durch den Senat von Berlin folgt damit den Richtlinien der Landeskrisenkonzeption Berlins (1998) in Anlehnung an das Psychiatrie-Entwicklungsprogramm (PEP) im Zuge der weiteren Ausgestaltung des Reformprozesses der Berliner psychiatrischen Versorgung.

Flächendeckende gemeindenahе Versorgung, telefonische Erreichbarkeit an allen Tagen des Jahres rund um die Uhr, Anonymität der Beratung (falls gewünscht), Niedrigschwelligkeit und gute verkehrstechnische Erreichbarkeit sollen die in dieser Ausformung in Europa einmalige Versorgung von Menschen in den verschiedensten psychosozialen oder psychiatrischen Krisensituationen garantieren. In Form einer GbR haben sich sechs verschiedene Träger der psychosozialen Versorgung zum Berliner Krisendienst zusammengeschlossen.

Zum Angebotsspektrum zählen telefonische Beratung, persönliche Gespräche in den Standorten, die kompetente Weitervermittlung an andere Einrichtungen des Hilfesystems sowie die aufsuchende Hilfe im Rahmen mobiler Einsätze. An neun Standorten, verteilt auf sechs Regionen in Berlin stehen feste Teams von erfahrenen Sozialarbeitern, Psychologen, Ärzten, Heilpädagogen und Pflegekräften mit dem Ziel zur Verfügung, vor allem in Zeiten der Nichterreichbarkeit bereits bestehender Angebote des psychiatrischen Versorgungsverbundes die notwendigen Hilfen zu gewährleisten. Ausgehend vom breitgefächerten Nutzerspektrum des BKD kommen verschiedenste methodische Ansätze zum Einsatz. Im Vordergrund steht der individuelle, sich in Not befindliche Mensch in seinen sozialen Kontexten und die jeweilige, seinen Bedürfnissen am ehesten entsprechende Hilfe und Unterstützung. In außergewöhnlichen Krisensituationen stehen besonders spezialisierte Fachkräfte zur Verfügung, so z.B. für Menschen mit geistiger Behinderung. Falls notwendig, kann ein ärztlicher Hintergrunddienst zur weiteren Diagnostik und Notfallintervention hinzugezogen werden. Sollten sich Krankenhauseinweisungen im Rahmen eines mobilen Einsatzes als alternativlos und notwendig erweisen, ist es erklärtes Ziel des BKD, davon betroffene Menschen professionell zu begleiten und die dabei notwendige psychosoziale Unterstützung in dieser Ausnahmesituation zu gewährleisten – in anderen Fällen sollen Alternativen zu Klinikeinweisungen entwickelt werden.

Das Angebot richtet sich an folgende Zielgruppen:

- psychisch kranke Menschen
- Chronisch kranke oder behinderte Menschen in akuten Krisen
- Menschen mit Suizidgedanken und Menschen nach Suizidversuchen
- Menschen mit Suchtproblemen in akuten Krisen
- pflegebedürftige (z.B. von einer Demenz betroffenen) Menschen
- Menschen mit geistiger Behinderung in Krisensituationen
- Menschen in anderen gravierenden Notlagen (Ängsten, Depressionen, existenziellen sozialen Problemen, nach Traumatisierungen usw.)

Der Dienst wird aus Landesmitteln finanziert und steht allen Menschen in Berlin kostenlos zur Verfügung. Impliziter Bestandteil des Konzepts war die kontinuierliche wissenschaftliche Begleitforschung des BKD über eine Erprobungsphase von zunächst drei Jahren.

2.4 Die Basisdokumentation für den nicht-ärztlichen Dienst bzw. die Standorte

2.4.1 Anforderungen und Zielsetzung an die Basisdokumentation des Berliner Krisendienstes

Die Anforderungen an ein einheitliches Dokumentationssystem für den Berliner Krisendienst sind vielfältig und hochkomplex. Die im Rahmen der 3-jährigen Erprobungsphase konzipierte und realisierte Basisdokumentation (BaDo) sollte gleichzeitig als verbessertes *Arbeitsinstrument* für die Krisendienststandorte und als *Evaluationsinstrument* für die Zeit der Begleitforschung und die Zeit darüber hinaus zu nutzen sein. Ferner war gefordert, die BaDo als ein Instrument zur *einheitlichen* Datenerhebung für alle Standorte des BKD einzuführen und in ihr spezifische Nutzergruppen wie etwa die Menschen mit geistiger Behinderung einzubeziehen.

Aus diesen beiden grundsätzlichen Funktionen folgten bestimmte Anforderungen an die Art und Qualität der Datenerhebung und Datenausgabe. Als *Arbeitsinstrument* sollte die Basisdokumentation den Besonderheiten des jeweiligen Kontaktes Rechnung tragen können und darüber hinaus grundsätzliche Informationen liefern. Als *Evaluationsinstrument* sollte sie nach einer Evaluationslogik aufgebaut sein und über den Einzelfall hinausgehende relevante Informationen liefern. Um diesen unterschiedlichen Funktionen gerecht zu werden, werden in der Basisdokumentation in standardisierter Form sowohl quantitative als auch qualitative Daten in Form von Freitext erhoben.

Als *Arbeitsinstrument* soll die Dokumentation primär den Krisendienstmitarbeitern dienen und Informationen liefern über den einzelnen Klienten, das gesamte Klientel des Standortes sowie das gesamte Klientel des BKD hinsichtlich folgender Aspekte bzw. Kategorien:

- Inanspruchnahme
- Soziodemographische Merkmale und Gründe der Inanspruchnahme
- die Leistungen bzw. das Leistungsangebot in einem Kontakt
- Kooperationsmöglichkeiten und erfolgte Kooperationen
- Einschätzungen über Erfolg und die Nützlichkeit der Kontakte.
- die Kommunikation unter den Mitarbeitern bei Schichtwechsel u.ä. erleichtern

Weiterhin soll das Dokumentationssystem als Instrument der täglichen Arbeit praktikabel und handhabbar sein, nur geringe EDV-Kenntnisse erfordern und die Mitarbeiter zeitlich möglichst wenig belasten. Aber es soll auch eine differenzierte Dokumentation der erfolgten Kontakte erlauben, ohne dabei zu umfangreich zu werden. Um darüber hinaus nützlich zu sein, soll die BaDo den einrichtungsinternen Informationsfluss erleichtern und als Instrument der internen, sowie externen Qualitätssicherung einsetzbar sein. Ebenso war gefordert, dass Vernetzungstätigkeiten mit anderen Institutionen, die in Bezug auf bestimmte Klienten stattgefunden haben, dokumentiert werden können und als Datenbank für künftige Kontaktaufnahmen praktikabel nutzbar sein soll.

Nicht zuletzt soll den datenschutzrechtlichen Bestimmungen unbedingt entsprochen werden. Deshalb soll die Dokumentation anonym erfolgen und gleichzeitig ermöglichen, Angaben zu Kontakten mit denselben Klienten – sofern sie wegen

der anonymen Dokumentationsweise wiedererkannt werden können – wiederaufzufinden, so dass Verläufe erfasst werden können.

Als Evaluationsinstrument soll die BaDo Angaben zur Prozess- und Ergebnisqualität der einzelnen Kontakte enthalten, was sich angesichts der unterschiedlichen Bedarfslagen und Problematiken der Nutzer als schwierig erwies.

2.4.2 Methodologischer Hintergrund bei der Konzeption der Basisdokumentation

Das Ziel von Evaluation ist, Sachverhalte (summativ) zu bewerten oder optimaler (formativ) zu gestalten. Als Arbeits- und Evaluationsinstrument sollte die BaDo somit über die rein deskriptiven Angaben hinaus Informationen enthalten, anhand derer Prozess- und Ergebnisdimensionen der erfolgten Kontakte beschrieben, in Beziehung zueinander gesetzt und bewertet werden können.

Diesen Ansprüchen wurde bei der Konzeption der BaDo u.a. durch folgende Aspekte entsprochen:

1. Zunächst werden **Soll-IST**-Variablen jeweils **vor** und **nach** einer Interventionen und Variablen zur Intervention selbst erhoben. Aus der Diskrepanz von Soll und IST *vor* der Intervention begründet sich die Interventionsnotwendigkeit. Aus dem SOLL-IST Vergleich *nach* der Intervention lassen sich Zielerreichungsmaße (z.B. Zufriedenheit etc) ableiten. Realisiert wurde ein Erhebungskonzept, das an das sogenannte *goal attainment scaling* angelehnt ist.

2. **Grad der Standardisierung** der Datenerhebung: Zum einen werden Merkmale der Nutzer und des Kontaktes im Rahmen standardisierter quantitativer Variablen mit jeweils definierten Skalenniveau erhoben. Durch diese Standardisierungen sind die Angaben der ca. 300 BKD-Mitarbeiter untereinander und zwischen den Standorten und Regionen relativ gut vergleichbar. Zudem existieren nicht-standardisierte offene qualitative Antwortoptionen (Freitexte). Die an diese Gliederung angeschlossene Auswertungsstrategie besteht darin, die standardisierten und nicht-standardisierten Merkmale über ein Handlungsmodell in einen konsistenten Interpretationsrahmen zu integrieren und praxisnah für die Organisationsentwicklung der KD-Einrichtungen nutzbar zu machen.

2.4.3 Konzeption der Basisdokumentation

Diese Anforderungen und Zielsetzungen bestimmten die Konzeption der Datenein- und -ausgabe der BaDo maßgeblich, die im folgenden kurz beschrieben wird. Zunächst zur **Dateneingabe**: Die jeweilige Dokumentationseinheit ist ein Kontakt mit einem Klienten, wobei diese Klienten im engeren Sinne, Angehörige oder Professionelle sein können. Für diese drei Personengruppen wurden je spezifische Menüführungen konzipiert, um den Mitarbeitern möglichst wenig Arbeitsaufwand bei der Dateneingabe zuzumuten und dennoch den jeweils spezifischen Anliegen dieser Personengruppen gerecht zu werden. Für den Fall, dass nur sehr wenig relevante Informationen zu einem Kontakt vorliegen, wurde zusätzlich eine sog. *Kurzdokumentation* eingeführt, um den Dateneingabeaufwand zu minimieren. Grundsätzlich kann die Eingabe anonym erfolgen. In jeder Kontaktdokumentation gibt es die Möglichkeit, sowohl standardisierte, quantitative Angaben zu machen, als auch Freitexte zu schreiben, um das Spezifische, das durch die Standardisierung nicht erfasst werden kann, zu dokumentieren.

2.4.4 Inhaltliche Beschreibung der Basisdokumentation (en detail)

Inhaltlich setzt sich die Basisdokumentation aus sechs Modulen zusammen, die je nach Menüführung und Art der Kontaktperson von Relevanz sind. Im Folgenden wird die umfangreichste und häufigste Menüführung, die für Klienten mit *normalen* (also ausführlichen) *Dokumentationen*, beschrieben. Da für alle Variablen auf Kontaktebene auch die Datenausgabe möglich ist, werden hiermit die Möglichkeiten der Dateneingabe und -ausgabe dargestellt:

1. Zustandsbeschreibung (**IST-Zustandsbeschreibung: vor der Intervention**)
2. Anliegen (des Klienten) (**Soll-Bedarfsbeschreibung: vor der Intervention**)
3. Intervention
4. Interventionsergebnis (**IST-Zustandsbeschreibung: nach Intervention**)
5. Beurteilung (**Soll-Bedarfsbeschreibung: nach Intervention**)
6. Externe Kontakte (**Vernetzung**)

ad 1. Zustandsbeschreibung

In dieser wird der Zustand des Klienten aus der Sicht des KD-Mitarbeiters dokumentiert. Im folgenden sind die einzelnen Untergruppen genannt:

- Allgemeines (16 Variablen)
soziodemografische Angaben (Geschlecht, Alter, regionale Herkunft usw.) und die soziale Situation beschreibende Angaben (Beschäftigungsverhältnis, Wohnsituation, soziale Einbindung).
- Anlass, Problematik, Krise (9 Variablen und Textfeld)
Gründe zur Inanspruchnahme des BKD, Variablen zur Krisencharakterisierung
- Konflikte (27 Variablen)
Die Konflikte werden auf drei Dimensionen beschrieben: Mit wem bestehen die Konflikte, um welche Art von Konflikt handelt es sich inhaltlich und welche Personen werden durch die Konflikte mit belastet?
- Zustandsbilder (32 Variablen)
Zustandsbeschreibung erfolgt in deskriptiver, psychologisch-psychiatrischer Terminologie. Auf syndromatischer Ebene werden häufige psychische Zustandsbilder angeboten.
- Medikation (6 Variablen)
erfasst werden ausschließlich Psychopharmaka (Einnahme, Verordnung)
- Diagnosen (9 Variablen)
in Anlehnung an das Klassifikationsschema der ICD-10 werden hier einzelne Diagnosen erfasst.

ad 2. Anliegen (22 Variablen und Textfeld)

Anliegen und Bedarf des Klienten aus der Sicht des KD-Mitarbeiters (und/oder des Klienten) werden durch diese Variablen und den Freitext abgebildet.

ad 3. Intervention (25 Variablen und Textfeld)

Interventionsstrategien, die Dauer der Interventionen

ad 4. Interventionsergebnis (Ist_Nachher) (2 Variablen und Textfeld)

Zustand/Befinden der Klienten nach der Intervention

ad 5. Beurteilung (Soll_Nachher) (17 Variablen und Textfeld)

Anhand dieser abschließenden Beurteilung wird dokumentiert, inwiefern dem Anliegen des Klienten entsprochen werden konnte.

ad 6. Externe Kontakte

Durch die Erfassung der externen Kontakten werden die Vernetzung des Klienten innerhalb des psychosozialen Hilfesystems darstellbar wie auch die Vernetzungstätigkeiten, die der BKD leistet

Durch diese sechs Module werden also Daten zur Inanspruchnahme des Berliner Krisendienstes, zu Merkmalen der Nutzer, zu den Leistungen (Interventionsstrategien und andere Angaben zum Kontakt) und den Ergebnissen der Krisengespräche erfasst. Darüber hinaus wird die Vernetzung dokumentiert und erfasst.

2.4.5 Datenausgabe

Wie erwähnt stellt der einzelne Kontakt die Dateneingabeeinheit dar. Jeder Kontakt erhält automatisch eine Kontaktnummer und jeder Klient automatisch eine Personennummer. Melden sich Personen nun mehrmals beim BKD und werden sie wiedererkannt, so können weitere Kontakte zu ebendieser Person bzw. Personennummer dokumentiert werden. Ebenso erhalten alle Einrichtungen bzw. Organisationen Nummern. Durch diese Art der Dokumentation sind Auswertungen auf drei verschiedenen Ebenen möglich, nämlich auf der:

- Kontaktebene
- Personenebene und
- Einrichtungs-, Organisationsebene

Auf der **Kontaktebene** können Datenauswertungen über alle kontaktrelevanten Angaben entlang der sechs Module erfolgen.

Auf der **Personenebene** sind nur kontaktunabhängige Auswertungen sinnvoll. Die Auswertungen betreffen hier alle die Person betreffenden Angaben (z.B. soziodemografische Angaben).

Auf der **Organisationsebene** sind Auswertungen über die einzelnen vernetzten Organisationen möglich, z.B. wie oft Kontakt mit den jeweiligen Organisationen bestand und welcher Art dieser Kontakt war.

Die Mitarbeiter des BKD können die Datenauswertungen für ihren Standort jeweils selbst vornehmen.

2.4.6 Technische Beschreibung der Basisdokumentation

2.4.6.1 Eingabemaske und Datenbank

Das BaDo-Programm wurde mittels MS-Access[®] programmiert und implementiert. Die BaDo besteht aus zwei Teilen, der Oberflächen-Datenbank (die Eingabemaske) und der eigentlichen Daten-Datenbank. Die Oberflächen-Datenbank enthält die Erfassungsbildschirme und die Daten-Datenbank sämtliche erfassten Daten: Kontaktdaten, Personendaten und die Daten zu den Organisationen. Zur Illustration wird hier ein Screenshot der BaDo abgebildet, auf dem zu erkennen ist, wie über Pulldown-Menues und Karteikarten die Mitarbeiter durch die Dokumentation navigiert werden und ihre Eingaben machen können.

The screenshot shows the 'BKD Basisdokumentation (c) Begleitforschung BKD - [Kontakt Stammdaten]' window. It features a menu bar with 'Datei', 'Bearbeiten', 'Einfügen', 'Datengätze', and 'Fenster'. Below the menu is a data entry form with the following fields:

Doku-Nr.,-Art	1.008.507	norm	Mitarb.	1.000	*Joker_KD_01	Beginn		Uhr
Datum	16.09.2002	Kontaktpers.	1.008.763			Ende		Uhr
Art des Kontaktes	-99	MISSING				Dauer	0	Min

Below the form is a tabbed interface with the following tabs: 'A INFO', 'B Zustand', 'C Bedarf', 'D Intervention', 'E externe Kontakte', 'F Interventionsergebnis und Bewertung', and 'Druck'. The 'A INFO' tab is active, showing 'Allgemeine Info zum Kontakt'. Below this is a large empty text area. To the right of the text area are two checkboxes: 'Vereinbarter Folgekontakt' and 'GB-Kontakt'. Below the text area is a section titled 'Absprachen mit der Kontaktperson' with a subtitle '(Es werden ALLE Absprachen aus ALLEN Kontakten mit der Kontaktperson angezeigt)'. To the right of this section is a button labeled 'NEUE Absprache einfügen'.

Abbildung 1: Screenshot der BaDo, Übersicht über die Karteikarten

Die BaDo ist mehrplatzfähig, je nach Standort gibt es zwei bis fünf Workstation-Rechner, auf denen ausschließlich die Oberflächen-Datenbank liegt. Wird ein Programm-Update entwickelt, muss nur die Oberflächen-Datenbank ersetzt werden.

Auf dem Host-Rechner (Server) liegt die Daten-Datenbank, auf sie greifen die Mitarbeiter während der Erfassung der Kontakte von allen Workstations aus zu. Soll die Datenstruktur geändert werden, wird der Upgrade der Daten-Datenbank über ein Update der Oberflächen-Datenbank gesteuert.

Jeder Standort hat einen eigenen Server und eine eigene Daten-Datenbank. Die Daten-Datenbanken der einzelnen Standorte sind untereinander **nicht** vernetzt, sie wurden von den Begleitforschern jeweils zusammengeführt.

2.4.6.2 Vernetzung der Standorte

Eine Vernetzung der Standorte wurde vom BKD ausdrücklich nicht gewünscht. Da an den einzelnen Standorten nicht mehr als fünf Workstations auf die gemeinsame Datenbank zugreifen müssen, konnte sowohl die Oberflächen-Datenbank als auch die Daten-Datenbank mit MS ACCESS[®] realisiert werden und auf eine kostenintensivere Lösung mit einem SQL-SERVER verzichtet werden.

Eine nachträgliche Vernetzung der Standorte mit einem einzigen zentralen Server ist aber prinzipiell möglich. Die Datenstruktur und alle relevanten Konventionen wurden so realisiert, dass die Daten aller Standorte zusammengeführt und auf einen gemeinsamen Server gelegt werden können. Es ist möglich, dass dann die hinter MS ACCESS® stehende Technologie den Anforderungen an die BaDo-Datenbank nicht mehr gerecht wird und auf eine SQL-Server-Technologie umgeschaltet werden muss. Die Eingabe der Daten mit der MS Access-Oberflächendatenbank würde aber davon nicht berührt.

2.4.6.3 Die Eingabemaske

Für die Programmierung der Eingabemaske wurden, soweit es möglich war, Access-Funktionen genutzt. Nach aufwendiger Entwicklungs- und Programmierarbeit konnte eine erste Version fertiggestellt und die Datenerfassung mit dem BaDo-Programm zum April 2000 begonnen werden.

In der folgenden Abbildung eines Screenshots ist innerhalb der Karteikarte *Zustand* die Untergruppe *Zustandsbilder Teil II* dargestellt. Hier werden Gefühlsqualitäten, teils mit Graduierung und der Dauer ihres Bestehens abgefragt.

The screenshot shows the 'BaDo' software interface. The main window is titled 'BKD Basisdokumentation (c) Begleitforschung BKD - [Kontakt Stammdaten]'. It has a menu bar with 'Datei', 'Bearbeiten', 'Einfügen', 'Datensätze', 'Fenster', and '?'. Below the menu bar, there are input fields for 'Doku-Nr.-Art' (1.008.507), 'norm', 'Mitarb.' (1.000), '*Joker_KD_01', 'Datum' (16.09.2002), 'Kontaktpers.' (1.008.763), 'Beginn', 'Ende', 'Dauer' (0), 'Uhr', and 'Min'. The 'Art des Kontaktes' is set to '99 MISSING'. The 'Zustandsbilder (Teil II)' form is open, showing a table for 'Gefühle' (Feelings) with columns for 'Gefühle', 'NEIN - alle', 'UNBEKANNT - alle', and 'Zeitraum'. The 'Gefühle' table has rows for 'Apathie', 'paranoid-halluzinatorischer Zust.', 'Verzweiflung / Ratlosigkeit', 'depressiver Zustand', 'manischer Zustand', 'hypochondrischer Zustand', 'psychosomatischer Zustand', and 'Angst/Panik'. Below this is a 'Drogen- / Alkoholeinfluß' section with fields for 'aktueller Einfluß durch Drogen / Alkohol' and 'Drogen / Alkohol: Substanztypen'. At the bottom, there are buttons for 'Abbruch' and 'OK', and a navigation bar with tabs for 'Allgemeines', 'Anlass Problematik', 'Probleme', 'Zustandsbilder (Teil I)', 'Zustandsbilder (Teil II)', 'Medikation', and 'Diagnose'.

Abbildung 2: Screenshot der BaDo: Zustandsbilder Teil II

Die BaDo bietet darüber hinaus einen Bedienkomfort an, der nicht mit der Grundausstattung von MS ACCESS® realisiert werden konnte und in Visual Basic programmiert wurde. Dazu gehört u.a. das Speicherverfahren, das Datenverlusten vorbeugt, das programmgesteuerte Setzen von Voreinstellungen, die den unterschiedlichen Kontaktarten gerecht werden, Vollständigkeitsprüfungen, Rück-

meldungen über fehlende Vollständigkeit und eine elaborierte Suchfunktion zum Auffinden von Organisationen.

2.4.6.4 Die Datenstruktur

Es gibt drei Haupttabellen: die Tabelle mit *Personendaten*, die Tabelle mit den *Kontaktdaten* und die Tabelle mit den *Organisationendaten*. Über identifizierende Schlüssel werden Personen, Kontakte und Organisationen miteinander verknüpft.

Die *Personenhaupttabelle* enthält nur Informationen, welche die Anonymität der Kontaktperson nicht verletzen. In einer Untertabelle werden bei Bedarf weiterführende Informationen, wie Adresse, Telefon etc. erfasst. Mit dieser Trennung zwischen allgemeinen und anonym zu haltenden Informationen kann bei Weitergabe von Informationen technisch schnell und zuverlässig zwischen den Informationstypen – *anonym* und *nicht anonym* – unterschieden werden.

Zu der *Kontakthaupttabelle* gibt es mehrere Untertabellen, auf die die Variablen zu den Kontakten thematisch gegliedert verteilt sind. Diese Unterteilung, die auf der Logik des Evaluations-Designs basiert, korrespondiert mit der Menüführung des Programms. Sie ermöglicht einen schnellen Bildschirmaufbau, eine technisch konfliktarme parallele Datenerfassung und eine schnelle thematisch begrenzte Auswertung.

Der Umstand, dass ein großer Teil der Mitarbeiter aller Standorte turnusmäßig im Standort Mitte Dienst (Tag- und Nachtdienst) haben, erhöhte das Bedürfnis nach einem einheitlich ausgestatteten BaDo-Programm. Dies war bezüglich der Programmstruktur gewährleistet, nicht aber bezüglich der Informationen zu externen Organisationen. Jeder Standort hatte seine eigene *Organisationsdatentabelle*. Auf diese konnte vom Standort Mitte aus wegen der Entscheidung gegen eine datentechnische Vernetzung der Krisendienste nicht zugegriffen werden.

Der Ruf nach einer einheitlichen Arbeitsumgebung beim Einsatz der BaDo wurde laut. In diesem Kontext wurde die BaDo um eine Schnittstelle nach außen erweitert, mit der fremde Organisationsdaten importiert und eigene Organisationsdaten exportiert werden können. Nach einer Bearbeitung aller in den verschiedenen Standorten erfassten Organisationen mit anschließendem Import verfügen jetzt alle Mitarbeiter an jedem Standort über eine relativ einheitliche BaDo-Arbeitsumgebung.

2.4.6.5 Passwortschutz

Ab BaDo-Version 2.8 wurde ein Passwortschutz integriert, durch den sensible Aktionen wie z. B. das Ändern von Organisationsdaten nur noch von einem eingeschränkten Personenkreis durchgeführt werden können. Die den sensiblen Aktionen entsprechenden Menüpunkte sind für nicht berechnigte Personen so nicht mehr erreichbar.

2.4.7 Grundgesamtheiten für die Auswertungen im Abschlussbericht

Im Folgenden wird dargestellt, in welcher Weise für den Abschlussbericht die Daten aufbereitet wurden, um welche Grundgesamtheiten es sich jeweils handelt und welche Zeiträume der Erhebung jeweils maßgeblich sind.

Grundsätzlich liegen Auswertungen auf folgenden Ebenen vor.

- a. Kontaktebene
- b. Personenebene
- c. Organisationsebene

ad a. Kontaktebene

Um Dokumentationsunterschiede zwischen den Regionen auszugleichen, die sich vor allem hinsichtlich der Dokumentation von Kontakten mit Schweigern zeigten, blieben Schweiger bei den Berechnungen unberücksichtigt. Wie im zweiten Zwischenbericht ausgeführt, verfügt die BaDo über verschiedene Menüführungen, so dass sich ein Teil der Angaben nur auf bestimmte Kontaktpersonen, für die eine normale Dokumentation ausgefüllt wurde, beziehen können. Insgesamt liegen für die beiden Berichtsjahre (s. unten) $n=82.343$ Kontakte vor. Sind die Angaben zur Grundgesamtheit der Kontakte geringer, liegen nur für einen Teil der Kontakte die betreffenden Angaben vor und sind für die restlichen Kontakte nicht ausgefüllt (missing).

ad b. Personenebene

Alle soziodemographischen Variablen, wie z.B. Alter, Geschlecht und Herkunftsregion, wurden auf Personenebene ausgewertet. Dadurch ist gewährleistet, dass eine Person, die den Krisendienst mehrfach kontaktiert hat, nur einmal in die Berechnungen eingeht (und gezählt wird).

Die 82.343 Kontakte der beiden Berichtsjahre (s. unten) lassen sich auf insgesamt **$n=51.832$ Personen** zurückführen. Sind die Angaben zur Grundgesamtheit der Personen geringer, liegen nur für einen Teil der Personen die betreffenden Angaben vor und sind für die restlichen Personen nicht ausgefüllt (missing).

Bei der Betrachtung und Interpretation der personenbezogenen Daten ist zu berücksichtigen, dass sie fehleranfälliger sind als die kontaktbezogenen Angaben.

Zwei Fehler können bei der Dokumentation und daraus folgend bei den Berechnungen hinsichtlich der Personenzahl auftreten:

- Eine Person, die schon einmal angerufen hat, wird beim zweiten Kontakt nicht wiedererkannt und als neue Person eingegeben. Diese Fehlermöglichkeit wird u.a. durch die anonyme Dokumentation, die Zentralsdienste und die Vielzahl der Mitarbeiter begünstigt. Ebenso haben dieselben Personen, die bei unterschiedlichen Standorten anrufen, unterschiedliche Personennummern und werden deshalb mehrfach gezählt, weil sie nicht zu einer Person zusammengeführt werden können. Hierdurch wird die Anzahl der Personen, die mit dem Krisendienst Kontakt hatten, **tendenziell überschätzt**.⁴
- Andererseits werden verschiedene Personen, z.B. *Schweiger* und *Aufleger* oder anonyme Anrufer u.U. unter einer Person eingegeben. Schweiger konnten nur dann aus den Berechnungen heraus gefiltert werden, wenn sie als solche über die Variable *Gesprächsart* gekennzeichnet waren, nicht aber, wenn

⁴ Es wurde aber versucht, diese Fehlerquelle zu minimieren, indem die Mitarbeiter gemeinsam versuchten, diese Personen nachträglich zu erkennen.

sie unter einer Person mit dem Pseudonym *Schweiger* eingegeben waren. Durch diese Art der Eingabe wird die Anzahl der Personen, die im Kontakt mit dem Krisendienst standen, **tendenziell unterschätzt**.

Wegen der oben genannten Schwierigkeiten und Dokumentationsunterschieden zwischen den Regionen, sollten die personenbezogenen Angaben mit Zurückhaltung (besonders hinsichtlich regionaler Unterschiede) interpretiert werden.

ad c. Organisationsebene bzw. Einrichtungsebene

Datengrundlage hierfür sind die Angaben auf dem Karteiblatt *Externe Kontakte* zu den jeweils einzelnen Kontakten. Auswertungen liegen über die Anzahl der Einträge in den externen Kontakten vor, die als *Kontakte zu Organisationen bzw. Einrichtungen* bezeichnet werden. Auf wie viele unterschiedliche Einrichtungen sich die Kontakte zurückführen lassen, kann ebenso wie bei Kontakten und Personen nicht ermittelt werden, da die Datenbanken nicht vernetzt waren und jeder Standort seine eigene Organisationsdatenbank mit eigenen Nummern hatte. Dies hat sich jetzt, nach der Bildung einer einheitlichen Organisationsdatenbank (s. oben) geändert, ist aber für diesen Bericht leider noch nicht nutzbar. Insgesamt liegen 30.014 Einträge zu Kontakten mit Organisationen vor.

2.4.8 Zeiträume für die Auswertungen im Abschlussbericht

Auswertungszeiträume sind:

- Kalenderjahre (2000, 2001)
- Berichtsjahre (Mai 2000-April 2001=1 und Mai 2001- April 2002=2)
- oder andere Zeiträume, die dann im Text angegeben sind.

Entwicklungen über zwei Jahre, z.B. die Inanspruchnahme nach Kontakten, werden anhand der Berichtsjahre dargestellt.

Unterschiede in der Häufigkeit oder Mittelwertsunterschiede bei bestimmten Variablen werden auch anhand der Grundgesamtheit über die Berichtsjahre geprüft. Vergleiche zwischen den Jahren 2000 und 2001 beziehen sich auf die Kalenderjahre, ebenso Vergleiche der BaDo-Daten mit externen Daten, z.B. den Angaben des Landesamtes für Statistik.

Auswertungseinheit bzw. Zeitraum	2000	2001	Berichtsjahr 1 (5/2000- 4/2001)	Berichtsjahr 2 (5/2001- 4/2002)
Kontakte	32.561	43.270	36.452	45.942
Personen	15.635	27.609	22.077	29.686
Kontakte zu Organisationen	(existiert nicht)	(existiert nicht)	(existiert nicht)	Beide Berichtsjahre 30.015
Kontakte mit Hintergrundärzten anhand der Ärzte- BaDo	597 (telef. und mobil)	926 (telef. und mobil)	(existiert nicht)	(existiert nicht)

Tabelle 1: Auswertungseinheiten und -zeiträume bei der BaDo

2.5 Zur Methode der Fragebogenuntersuchung Vernetzung und Kooperation des BKD

Eine wichtige Aufgabe des Berliner Krisendienstes liegt in der Förderung der Vernetzung der psychosozialen Versorgung in Berlin. Inwieweit der Berliner Krisendienst dieser Aufgabe gerecht wird, ist mit dem Fragebogen *Krisenarbeit in Berlin* des BKD in bezug auf die Wahrnehmung des Berliner Krisendienstes durch ausgewählte psychosoziale und medizinische Institutionen untersucht worden.

Im Mittelpunkt der Studie stehen folgende Fragenkomplexe:

- a. Wer leistet im Untersuchungsgebiet Krisenarbeit?
Krisenverständnis: Welche Sichtweisen haben die Befragten in bezug auf die Ursachen, die Erscheinungsformen und die Behandlung von Krisen?
Welchen Anteil an Krisenintervention übernehmen die befragten Einrichtungen selbst, welchen Anteil delegieren sie? An wen?
- b. Welche Rolle spielt der BKD im Versorgungsnetz?
Welches Verhältnis besteht zwischen den Einrichtungen und dem BKD in bezug auf Klientel, Tätigkeiten, Arbeitskonzepte?
Welche Erwartungen werden an den Krisendienst gerichtet, wie groß ist seine Bekanntheit, welche konkreten Erfahrungen haben andere Einrichtungen mit dem Krisendienst gemacht?
- c. Wovon hängt Kooperation im Kriseninterventionsbereich ab, was sind fördernde, was hemmende Faktoren?

2.5.1 Vorüberlegungen und leitende Hypothesen bei der Fragebogenkonstruktion

Folgende Überlegungen liegen der Fragebogenkonstruktion zugrunde:

- Die abhängigen Variablen der Untersuchung – die Beurteilung und Bewertung des BKD sowie Kooperation und Vernetzung – werden durch die konkrete Aufgabenstellung einer Einrichtung, ihr Klientel sowie ihre Ideologie (ihr Krankheits-, Problem- und Krisenverständnis) bestimmt.
- Kooperation als Vernetzungsleistung dient der Verbesserung der psychosozialen Versorgung. Kooperation und Vernetzung im Krisenbereich sind abhängig vom Krisenverständnis und den Krisenarbeitskonzepten. Auch die Zusammensetzung der Mitarbeiter nach Berufsgruppen, die Größe, die Region und der Versorgungsauftrag einer Einrichtung spielen eine Rolle.
- Kooperation und Vernetzung im Krisenbereich sollten zu einer Zunahme an Wissen über die Krisenarbeitskonzepte der kooperierenden Einrichtungen führen und zu einer Intensivierung der Beschäftigung mit dem Krisenkonzept der eigenen Einrichtung.

Der Untersuchung der Kooperation und Vernetzung mit dem BKD liegt das folgende heuristische Modell zugrunde (s. folgende Abbildung).

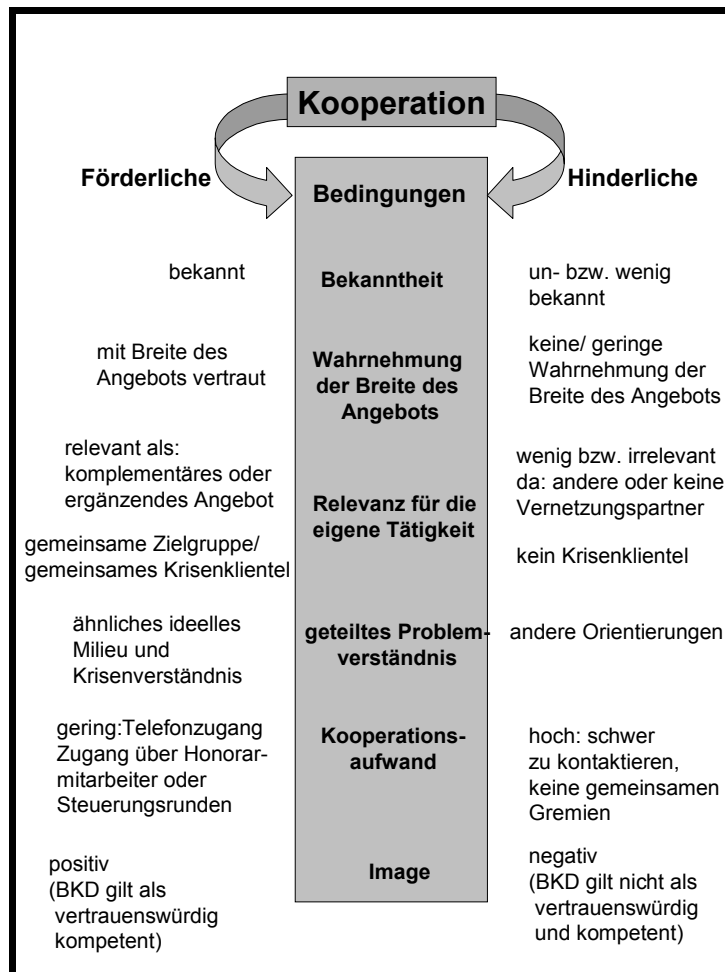


Abbildung 3: Heuristisches Modell zur Untersuchung von Kooperation und Vernetzung

Ausgehend von diesem Modell ist zu prüfen, wie bekannt der BKD ist, ob die Befragten die Angebotsbreite des BKD wahrnehmen, in welcher Hinsicht der BKD für die Befragten relevant sein könnte und ist, ob ein geteiltes Problemverständnis vorliegt, wie hoch der Kooperationsaufwand ist und welches Images die Befragten dem BKD zuschreiben.

Nähere Informationen zur Stichprobenziehung sowie der Aufbau des Fragebogens sind im Materialanhang des Berichts wiedergegeben.

2.5.2 Stichprobenziehung und Rücklauf

In die *Stichprobenziehung* ging die Region Mitte des BKD ein. Weiterhin wurden alle Institutionen der Honorarmitarbeiter angeschrieben. Die Vorüberlegungen zur Stichprobenauswahl und die Stichprobe sind ebenfalls im Materialteil dokumentiert. Dort wird anhand des Rücklaufs der Fragebögen die Zuordnung der Einrichtungen zu Kategorien inhaltlich beschrieben.

Insgesamt wurden 737 Fragebögen an psychosoziale und medizinische Institutionen in der Region Mitte verschickt. Der Rücklauf war bei den Einrichtungen gering, die sich wenig von der Thematik des Fragebogens angesprochen fühlten.⁵

⁵ Dies dokumentierte sich auch direkt dadurch, dass einige angeschriebene Einrichtungen telefonisch nachfragten, ob sie denn die Bögen ausfüllen sollten, wo sie doch mit der Thematik nicht direkt zu tun hätten.

Der Rücklauf ist zufriedenstellend bei Einrichtungen, die stark in die Krisenarbeit involviert sind und zudem kooperative Beziehungen unterhalten (psychiatrische Einrichtungen).

An die 134 Einrichtungen in Gesamtberlin, in denen Honorar-Mitarbeiter des BKD hauptberuflich tätig sind, wurden 202 Fragebögen verschickt. Aufgrund von Überschneidungen der Populationen (einige Einrichtungen von Honorarmitarbeitern liegen in der Region Mitte) wurden 20 Fragebögen bereits innerhalb der ersten Stichprobe versendet.

Insgesamt wurden 939 Fragebögen an ausgewählte Institutionen der psychosozialen und medizinischen Versorgung Berlins verschickt.

Rücklauf

Die Analysen basieren auf der statistischen Auswertung von 277 bis Januar 2002 eingegangenen Fragebögen. Das entspricht einem Rücklauf von ca. 30%.

Davon sind 66% (N=86) der Region Mitte zuzurechnen und 33% (N=91) den Institutionen der Honorarmitarbeiter.

Angesichts der Diversifizierung der Versorgungslandschaft und der Art des gewählten Stichprobenverfahrens (*Schrotschussstrategie*) kann die Rücklaufquote als befriedigend gelten. Sie wäre mit Sicherheit höher ausgefallen, wenn gezielt Einrichtungen oder Mitarbeiter angesprochen worden wären, die mit Sicherheit (auch) Krisenarbeit betreiben. Der Einbezug von Einrichtungen, bei denen dies nur peripher der Fall ist, schmälert naturgemäß den Rücklauf, verbreitert aber unser Wissen um die Vielfalt der Angebote und potentiellen Kooperationen des BKD.

Anhand des Fragebogens ermittelte soziodemografische und Hintergrundinformationen über die Einrichtungen, die zum Verständnis der in den einzelnen Kapiteln vorgestellten Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung wichtig sind, sind detailliert der Materialsammlung im Anhang des Abschlussberichtes zu entnehmen.

3 Ergebnisse zur Strukturqualität (Potentialdimensionen)

3.1 Konzeptqualität

Unter der Rubrik Konzeptqualität werden hier Analysen zum Gesamtkonzept des BKD sowie – wegen der besonderen Bedeutung – zum Konzept der Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung vorgestellt und diskutiert.

3.1.1 Zielsetzungen des Berliner Krisendienstes

Das Konzept des Berliner Krisendienstes wird im Weiteren eines der wichtigen Quellen für die Bewertung der bisher geleisteten Arbeit sein. Darauf wurde bereits weiter oben verwiesen. Aus diesem Grund wird dieses Konzept hier nicht einfach nur vorgestellt, sondern es wird sehr genau auf seine Zielsetzungen hin analysiert. An der Frage, ob es gelungen ist, diese Ziele innerhalb der dreijährigen Erprobungszeit auch zu realisieren, wird die Qualität des BKD als selbst gesetzte Qualität zu beurteilen sein. Darüber hinaus wurden die wichtigsten Aspekte der "Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zur Organisation von Krisenintervention" bereits in das Konzept integriert. Nicht umsonst ist ein Autor dieser Leitlinien auch Mitinitiator des BKD.

Zur Klärung der Zielsetzungen im Konzeptionspapier wurde der Text dieses Papiers inhaltsanalytisch untersucht. Es fanden sich Aussagen zu unterschiedlichen Bereichen. Die allgemeinen Ziele des BKD wurden ebenso formuliert wie Aussagen darüber gemacht, auf welche Weise die Nutzer erreicht werden sollten, welche Interventionskonzepte eingesetzt werden, welche Charakteristika und Kompetenzen die Mitarbeiter haben sollten und wie die Organisationsstruktur des BKD beschaffen sein solle. In diesem Kapitel werden die unterschiedlichen Zielsetzungen aufzeigen, aber nicht ausführlich auf die Frage eingehen, wie nun konkrete Kriterien aussehen, nach denen beurteilt werden kann, ob die Ziele erreicht sind oder nicht. Dies soll den jeweiligen Kapiteln vorbehalten bleiben, in denen die Kriterien anhand von konkreten Inhalten spezifiziert werden können. Wir geben daher im Folgenden jeweils einen Hinweis auf die relevanten Kapitel. Insofern kann dieses Kapitel auch als Wegweiser für die weitere Darstellung genutzt werden.

3.1.2 Allgemeine Zielsetzungen

Auf einer allgemeineren Ebene lassen sich zwei grundlegende Zielsetzungen unterscheiden, nämlich *nutzerbezogene* Ziele und *netzwerkbezogene* Ziele.

Bei den nutzerbezogenen Zielen handelt es sich vor allem um Ziele, die die direkte Arbeit mit den Nutzern thematisieren. Es geht darum, ob die jeweiligen Nutzergruppen angesprochen und ob die allgemeineren Interventionsziele erreicht werden können (siehe Kapitel 5.1 *Inanspruchnahme* und 5.2. *Behandlungserfolg*). Bei den netzwerkbezogenen Zielen steht die regionale Vernetzung im Zentrum. Es wird vor allem angezielt, die regionale Kooperation anzuregen, die Funktion einer Weichenstellung für das angestrebte Klientel zu übernehmen und so zu einer Steigerung und Angleichung der regionalen Versorgung beizutragen (siehe 4.2 *Synergie durch Vernetzung und Kooperation*). Die Grafik gibt einen Überblick über die vorgefundenen Zielsetzungen.

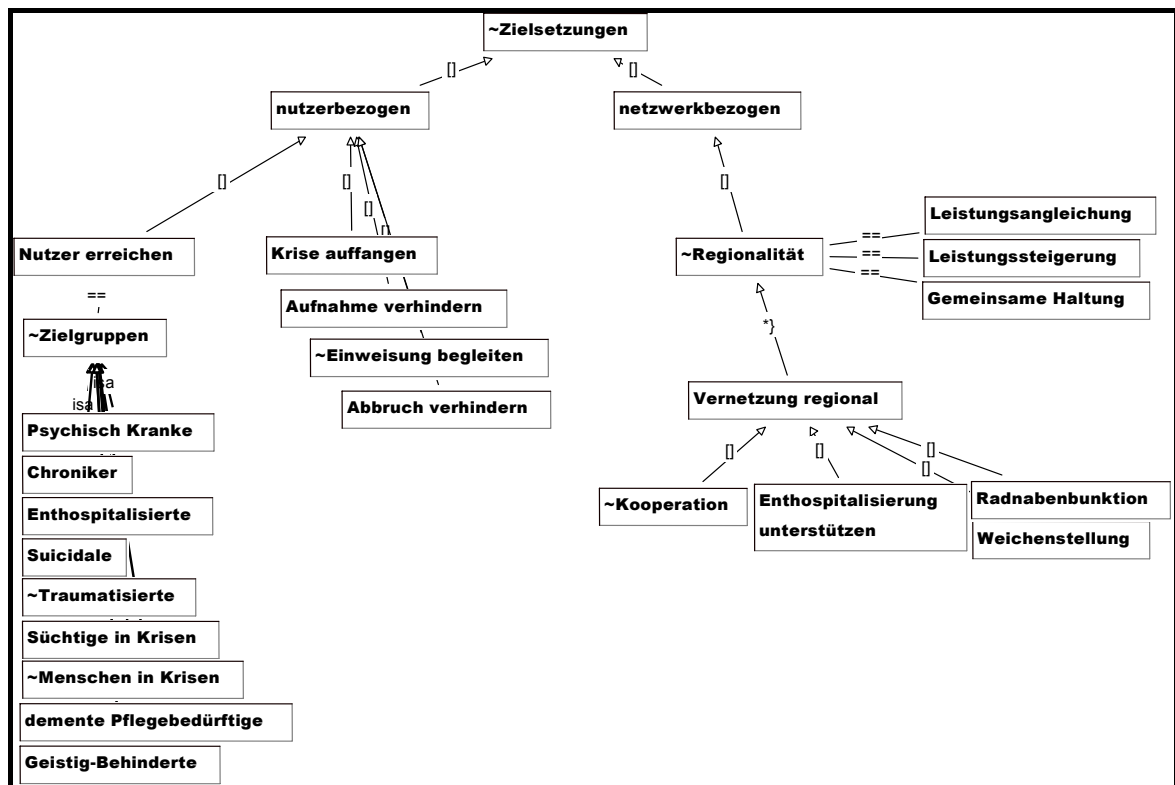


Abbildung 4: Allgemeine Zielsetzung des BKD (Konzeptanalyse)

Die Zielsetzung *Nutzer erreichen* lässt sich anhand der Aussagen im Konzept noch weiter aufdifferenzieren. In der nächsten Abbildung werden Voraussetzungen genannt, die durch den BKD zu schaffen sind, um dieses Ziel zu verwirklichen. Zunächst aber ist festzustellen, dass als Nutzer eine breite Gruppe von Menschen mit sehr unterschiedlichen Problemen angezielt wird. Psychisch kranke Menschen sollen mit dem Angebot im Sinne eines psychiatrischen Notfalldienstes erreicht werden, dazu gehören auch Menschen mit einer langen Krankheitsgeschichte und mit schweren Störungen (chronisch Kranke und enthospitalisierte ehemalige Langzeitpatienten). Inwieweit die Gruppe der Menschen erreicht werden kann, die im Rahmen des Enthospitalisierungsprogramms aus den Krankenhäusern entlassen wurden, konnte so konkret nicht beantwortet werden, da die Gruppe kaum operationalisiert zu identifizieren sein wird. Neben der Gruppe der suizidalen Menschen sollen auch noch Süchtige und überhaupt Menschen in Krisen erreicht werden. Als besondere Gruppe werden Menschen mit geistiger Behinderung in das Angebot einbezogen. Hier wird ein eigenes Krisenkonzept formuliert, das im nächsten Unterkapitel dargestellt ist. Auch demente Pflegebedürftige sind eine spezielle Untergruppe, für die aber kein eigenes Konzept vorgelegt wird. Es wird zu untersuchen sein, inwieweit diese Gruppen auch tatsächlich erreicht wurden (siehe Kapitel 5.1.1 *Inanspruchnahme*, 5.1.2 *Beschreibung der Nutzer*).

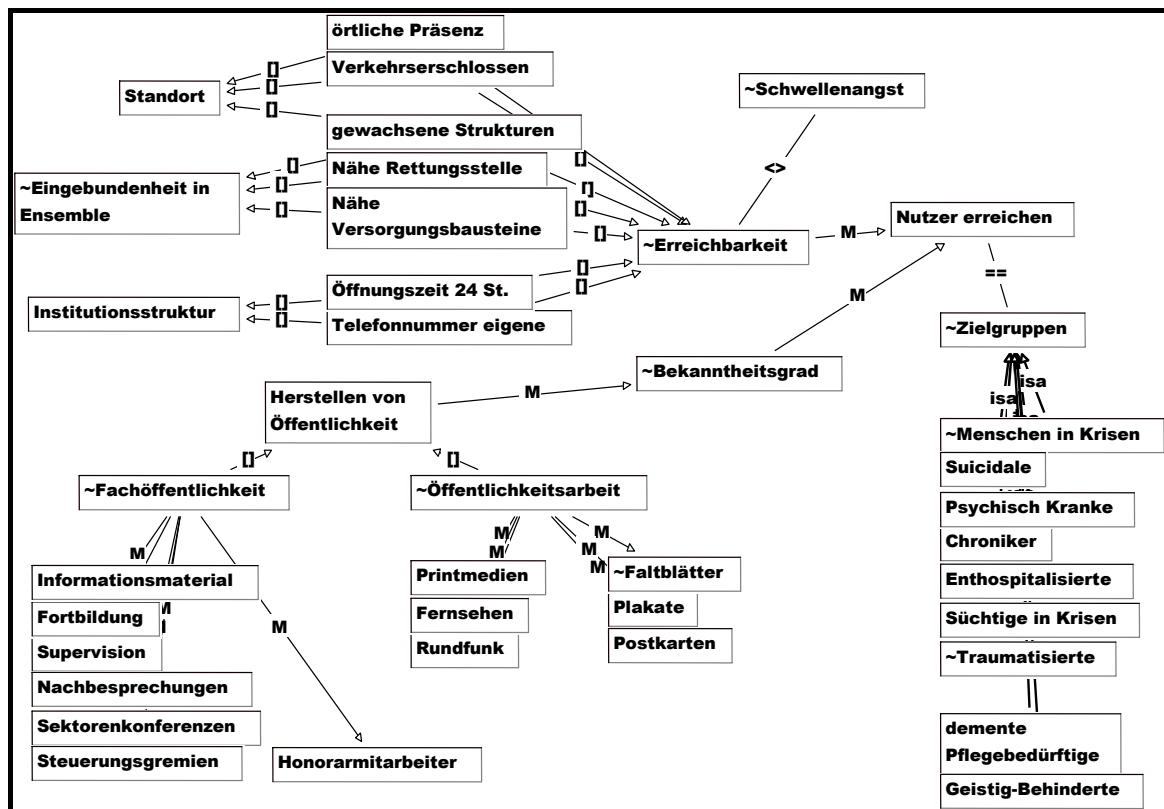


Abbildung 5: Zielsetzung: Nutzer erreichen

Außerdem ist zu untersuchen, ob die materiellen Voraussetzungen für die Erreichbarkeit durch die Nutzer geschaffen wurden (Kapitel 3.2 *Ausstattungsqualität*). Dabei handelt es sich um Fragen des Standortes, der Eingebundenheit in die regionale psychiatrische und psychosoziale Versorgung (Kapitel 4.2. *Synergie durch Vernetzung und Kooperation*) und um spezielle Charakteristika der Institutionsstruktur (Kapitel 3.5 *Organisationsqualität*). Des weiteren wird die entscheidende Frage angesprochen, ob die allgemeine Öffentlichkeit, d.h. die Menschen in Berlin, die von dem Angebot profitieren könnten, und die Fachöffentlichkeit, d.h. die Mitarbeiter in den unterschiedlichen Einrichtungen, über das Angebot informiert wurden (Kapitel 3.3 *Öffentlichkeitsarbeit*). Eine solche Öffentlichkeitsarbeit stellt die Voraussetzung für das Erreichen der Menschen dar, die Hilfe durch das Angebot benötigen.

3.1.3 Das Interventionskonzept und die angezielten Ergebnisse

In diesem Bereich wird geprüft, inwieweit die Dienstleistungen in der geplanten Form erbracht werden und ob sie sich als wirksam im Sinne einer Krisenintervention erweisen. Die Evaluation des Hilfsangebots ist allerdings insofern erschwert, als herkömmliche Meßmethoden, wie sie z.B. in der Psychotherapieforschung eingesetzt werden, aus Strukturgründen (z.B. Zusicherung der Anonymität an die Nutzer) nicht verwendbar sind. Die Beurteilung wird also weitgehend von der Einschätzung des oder der Berater und des oder der Nutzer abhängen (Kapitel 4.1 *Die Arbeitsweise des BKD* und 5.2 *Der Behandlungserfolg des BKD*).

Das Hilfsangebot der Konzeption lässt sich theoretisch grob in drei Kategorien einteilen, die bei der konkreten Intervention miteinander verwoben sind und das Handeln der Berater anleiten sollen:

- a. die Interventionsprinzipien
- b. die Interventionsmittel
- c. die Zielsetzungen

Die nachfolgende Grafik bietet einen Überblick über die Rekonstruktion der Vorstellungen aus dem Konzept. Die einzelnen Punkte werden anschließend kurz gekennzeichnet.

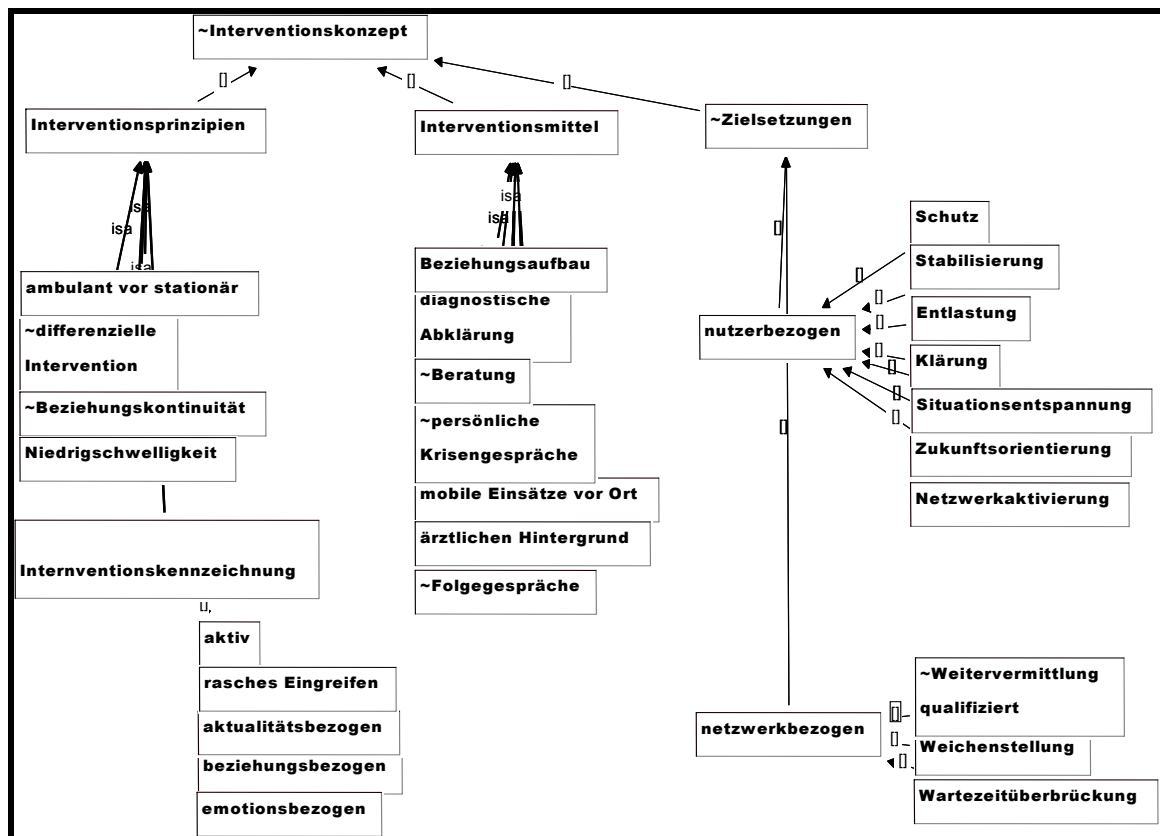


Abbildung 6 Interventionskonzept des BKD

ad a. Interventionsprinzipien

Die Interventionsprinzipien sollen alle Hilfeaktivitäten des BKD anleiten. Es handelt sich um folgende Prinzipien:

- *ambulant vor stationär*, d.h. die Berater sollen immer prüfen und darauf einwirken, dass möglichst eine ambulante Behandlung ermöglicht wird.
- *differenzielle Intervention*, d.h. die Interventionen sollen abhängig von der Person und Situation des Hilfesuchenden und der Problemstruktur unterschiedlich sein.
- *Beziehungskontinuität*, d.h. die Beziehung zwischen Nutzer und Berater soll bei ev. Nachfolgegespräche aufrecht erhalten werden und auch bei Weiterverweisung in bezirkliche Einrichtungen soll der Übergang im Rahmen der Beziehung gestaltet werden.

- *Art der Intervention*, d.h. die Interventionen sollen durch bestimmte Merkmale wie *aktiv*, *rasch eingreifend*, *aktualitätsbezogen*, *beziehungsbezogen* oder *emotionsbezogen* gekennzeichnet sein.

Diese Prinzipien sind nicht durch einzelne Kriterien nachweisbar, sondern müssen durch die Zusammenfügung unterschiedlicher Befunde auf ihre Einhaltung hin untersucht werden.

ad b. Interventionsmittel

Einige allgemeine, krisendienstspezifische Interventionsmittel wie Beziehungsaufbau, diagnostische Abklärung, Beratung, persönliche Krisengespräche, mobile Einsätze vor Ort, Aktivierung des ärztlichen Hintergrunddienstes und Folgegespräche werden genannt. Darüber hinaus werden sich in der Analyse sicherlich noch andere Interventionsmethoden finden. Bei der Analyse werden die Häufigkeiten und die Schwerpunkte der Interventionsart zunächst deskriptiv festgestellt. Im Folgenden werden die Interventionskategorien dann mit anderen Kategorien in Beziehung gesetzt, z.B. zur Abklärung der Frage, ob es abhängig von den Problemen oder der Zielgruppe unterschiedliche Interventionsschwerpunkte gibt oder ob abhängig von der Zeit Änderungen in der Akzentuierung zu finden sind usw..

ad c. Zielsetzungen

Die Zielsetzungen sind Ausgangspunkt für die Bewertung der Intervention aus der Sicht *unterschiedlicher* Bewerter. Kriterien für die Zielerreichung werden wiederum im konkreten Fall zu entwickeln sein. Im Konzept lassen sich auf der individuellen Ebene wiederum zunächst nutzerbezogene und netzwerkbezogene Interventionsziele unterscheiden. Benannt werden zunächst:

nutzerbezogen

- Maßnahmen zum Schutz des Klienten
- Entlastung des Klienten
- Klärung der Problemsituation
- Stabilisierung der Situation
- Entspannung der Situation
- Orientierung des Klienten auf die Zukunft
- Aktivierung des sozialen Netzwerks des Klienten

Netzwerkbezogen bedeutet hier, dass die Interventionen auf das soziale Netzwerk der Nutzer abzielen:

- qualifizierte Weitervermittlung durch direkte Kontaktaufnahme mit einer Einrichtung
- Weichenstellung durch Weitervermittlung in bezirkliche Einrichtungen
- Wartezeitüberbrückung, wenn eine unmittelbare Weitervermittlung nicht möglich ist.

3.1.4 Mitarbeitercharakteristika und –kompetenzen

Eine zentrale Voraussetzung für die Erbringung einer qualitativ hochwertigen Dienstleistung sind die Mitarbeiter. Auch deren Charakteristika und Kompetenzen werden in der Konzeption beschrieben. Wie aus der folgenden Grafik zu ersehen ist, wird der Dienst multiprofessionell konzipiert und es gibt Mitarbeiter mit unterschiedlichem Status, d.h. Kernteammitarbeiter, Honorarmitarbeiter und Hintergrundsärzte. Die Anforderungen an die Mitarbeiter sind hoch und lassen sich in die Bereiche Erfahrungen, Wissen, persönliche Kompetenzen und Engagement unterteilen.

Wir haben hierzu eine Reihe von Daten erhoben, die es uns ermöglichen, Aussagen darüber zu machen, inwieweit der BKD die Qualität seiner Mitarbeiter fortentwickelt und welche Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten die Mitarbeiter sehen (Kapitel 3.4 *Qualität der Mitarbeiter*).

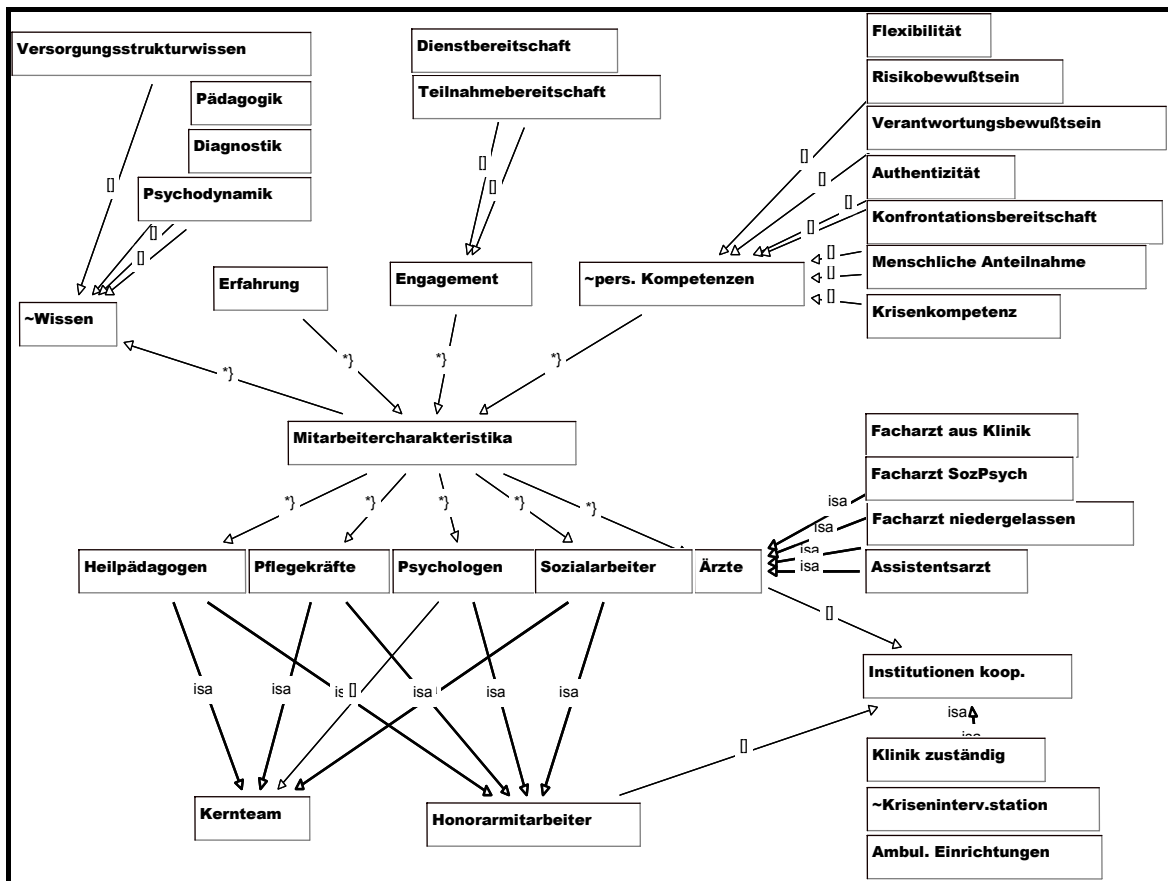


Abbildung 7 Mitarbeitercharakteristika und -kompetenzen

3.1.5 Steuerung, Struktur und Funktionen beim Berliner Krisendienst

Die Verwaltungs- und Organisationsstruktur wird im Rahmen dieser Untersuchung als Möglichkeitenraum gesehen, der durch spezifische strukturelle Charakteristika die Krisenarbeit begünstigt oder behindert. Im Rahmen der Evaluation wird daher untersucht, welche strukturellen Eigenheiten des vorliegenden Modells begünstigend oder behindernd wirken können und wie sich die Organisationsstruktur im Verlauf der Erprobungsphase entwickelt hat (Kapitel 3.5 *Organisationsqualität*).

Das besondere an dem vorliegenden Modell wird u.a. darin gesehen, dass eine zentrale staatliche Stelle, die zuständige Senatsverwaltung, die Organisation des BKD für Gesamtberlin an ein Bezirksamt (Charlottenburg/Wilmersdorf) abgegeben hat. Es ist daher auch zu untersuchen, ob dies zu einer Entlastung der anderen, beteiligten Stellen (Senatsverwaltung für Gesundheit, Berliner Bezirke) beigetragen hat und vor allem, wie die Steuerungsmöglichkeiten durch die Verwaltung sind.

In der folgenden Grafik sind die Vorstellungen rekonstruiert, die im Konzept festgelegt wurden. Hier war z.B. noch nicht von einer Steuerung durch ein Bezirksamt die Rede. Bereits durch diesen Befund deutet sich an, dass dieser Bereich durch vielerlei Praxisnotwendigkeiten auf der Ebene der unterschiedlichen Beteiligten im Verlauf gestaltet werden muss.

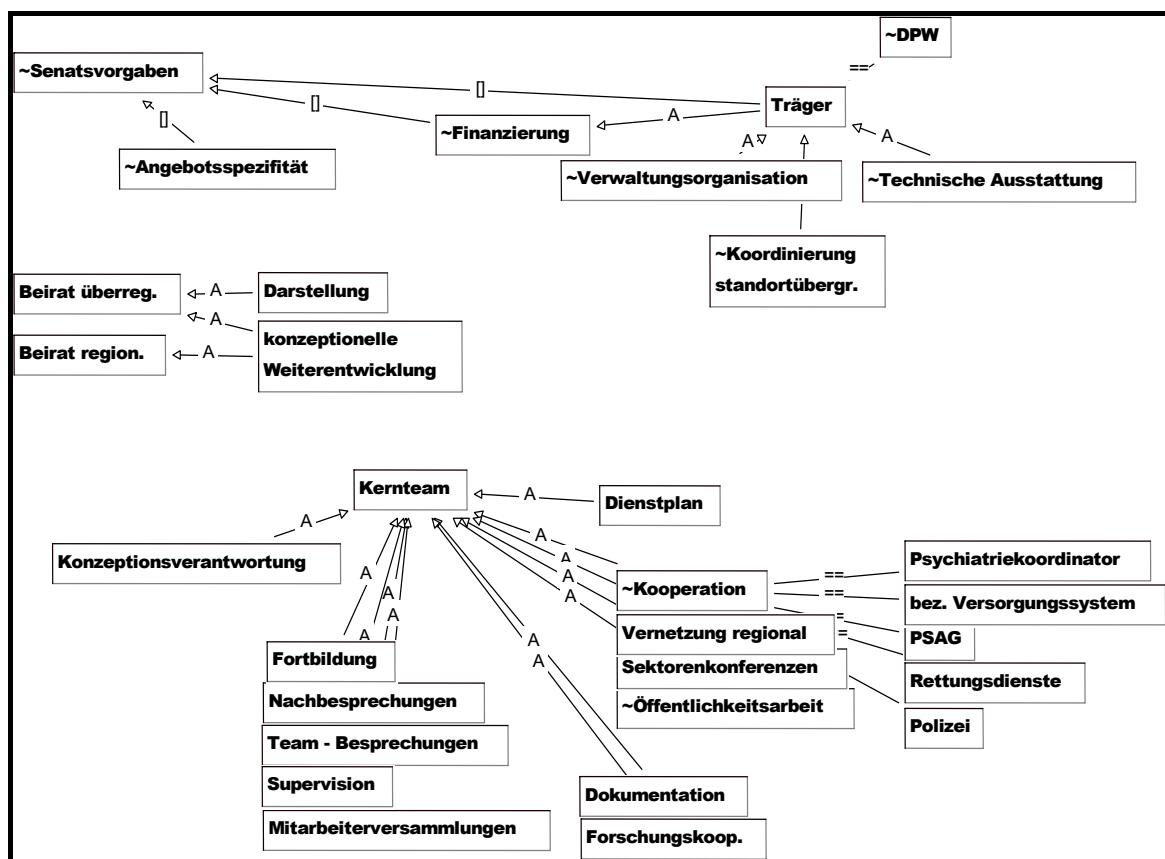


Abbildung 8 Organisations- und Verantwortungsstruktur des KBD

Wir werden in den nachfolgenden Kapiteln immer wieder auf diese Zielsetzungen zurückkommen und untersuchen, inwieweit der BKD in der Erprobungszeit die selbst gesetzten Ziele erreicht hat und nach welchen Kriterien dies zu beurteilen

ist. Wie oben angekündigt, werden wir allerdings auch noch die Ziele anderer Beteiligten einbeziehen und diskutieren.

3.1.6 Das Konzept für Menschen mit geistiger Behinderung

Die Konzeption des Berliner Krisendienstes verfügt über einen gesonderten, ausführlichen Teil für den Bereich *Krisen bei Menschen mit geistiger Behinderung*.

Vorangegangen war ein jahrelanger Entwicklungsprozess, in dem unter anderem die Frage nach einem eigenständigen oder einem integrierten Krisenberatungskonzept (Krisendienstkonzept) für Menschen mit geistiger Behinderung behandelt, schließlich aber in Richtung Integration entschieden wurde.

Grob gesprochen lässt sich das Papier in ein Krisen- und ein Interventionskonzept unterteilen.

Die Grundaussage der schließlich dem BKD zugrunde gelegten Konzeption ist zunächst einmal, dass sich „wesentliche Kriterien der allgemeinen Krisentheorie auch auf Menschen mit geistiger Behinderung anwenden“ ließen. Dann weist das Papier jedoch eine Reihe von Spezifika für Menschen mit geistiger Behinderung aus.

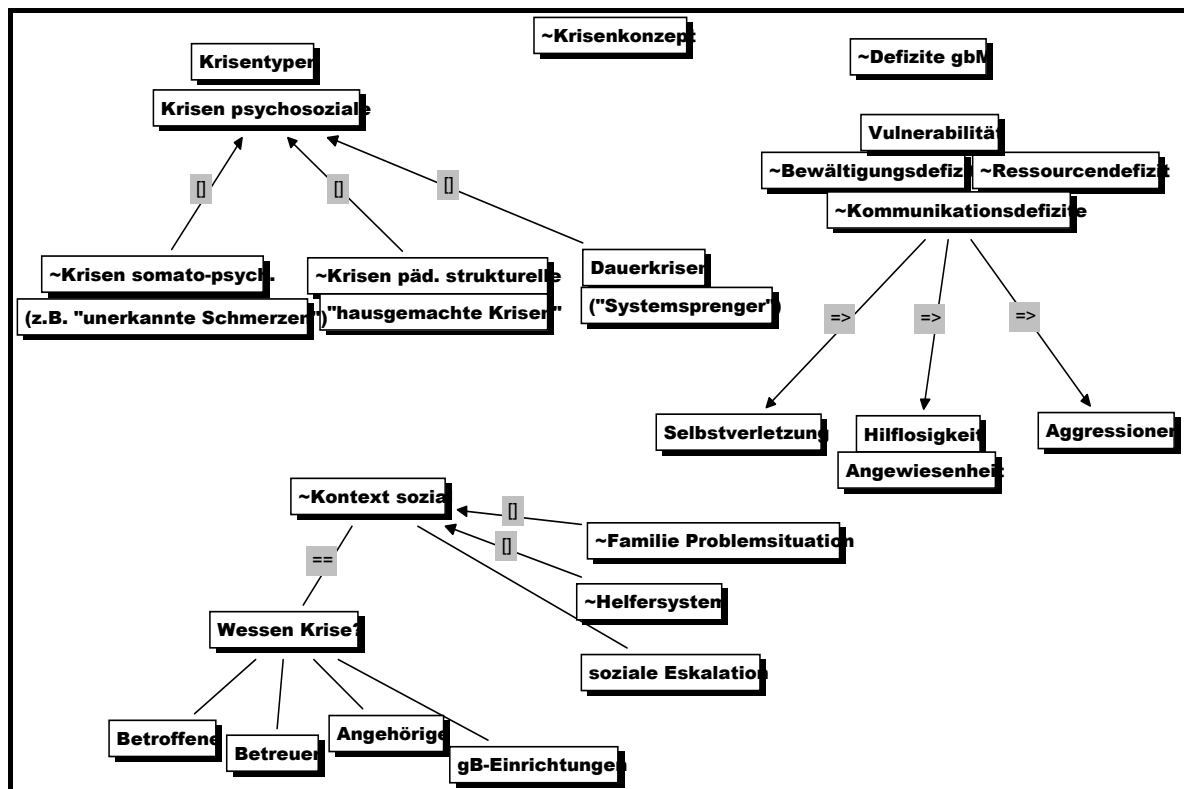


Abbildung 9: Analyse des Konzepts zur Krisenberatung von gB-Klienten

Unterschieden wird in drei Krisentypen

- somato-psychische Krisen*, wie sie sich z. B. im Zusammenhang mit unerkannten Schmerzen aufbauen,
- pädagogisch-strukturelle* oder auch *hausgemachte Krisen*, die auf Konflikte im sozialen Kontext des Menschen mit geistiger Behinderung zurückweisen
- Dauerkrisen* aufgrund eines langfristigen Konflikts zwischen Person und Umfeld, wie er in der neueren Diskussion bei sog. *Systemsprengern* vorliegt.

Spezifische Defizite von Menschen mit geistiger Behinderungen im Bereich allgemeiner Kommunikation, Ressourcenaktivierung und eigenständiger Bewältigung, verbunden mit erhöhter Vulnerabilität bildeten eine Grundlage für die spezifischen Ausprägungen von Krisen bei Menschen mit geistiger Behinderung: Krisen seien wesentlich häufiger und oft verbunden mit fremd- oder selbstaggressivem Verhalten. Andererseits seien die Defizite eng verbunden mit einer Hilflosigkeit der Menschen, die stets – auch zum Herbeiholen von Hilfen – angewiesen auf einen sozialen Kontext seien. Die enge Eingebundenheit in einen solchen – häufig auch institutionell vorgehaltenen – sozialen Lebenskontext präge auch die Krise wie eine eventuelle Krisenintervention. Es sei zu fragen, ob die Krise eigentlich eine der Person mit geistiger Behinderung oder seiner Betreuungsperson, des Betreuungsteams, der Betreuungsinstitution, des familialen Umfelds sei.

Entsprechend vielfältige Interventionsperspektiven werden in dem Konzept des BKD berücksichtigt. Neben der individuellen *personenzentrierten* Intervention wird ein *systemischer* Ansatz für die Berücksichtigung und Einbeziehung des sozialen Kontextes vorgesehen. Vor einer angemessenen Intervention sei zunächst zu klären, welcherart Krise vorliege und wer die Betroffenen seien. Um Eskalationen zu vermeiden seien ggf. Intervention beim Betroffenen wie beim Umfeld anzusetzen. Die Krisenarbeit sei häufig aufsuchend und werde dann wegen der multiperspektivischen Intervention von zwei Personen durchgeführt. Vorgesehen werden Folgekontakte nach einem mobilen Einsatz, besonders wenn keine zusätzlichen ambulanten Hilfen zu aktivieren seien.

Konkret sieht das Konzept den Einsatz von sechs *gB-Koodinatoren* vor, die diesen neuen Angebotstyp schwerpunktmäßig entwickeln und die Arbeit im Rahmen der BKD-Tätigkeit organisieren sollen. So ist ein Ziel, die Dienste so zu planen, dass mithilfe von Honorarmitarbeitern aus dem Arbeitsbereich der Begleitung und Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung in jedem Spätdienst berlinweit mindestens eine Fachkraft Dienst tut. Ferner geht es darum, Informationen in der Region zu bündeln, Einrichtungen und Einzelne präventiv oder nachsorgend zu beraten und die übrigen Mitarbeiter in Fragen geistiger Behinderung weiterzubilden. Die gB-Koodinatoren sollen auch Fallanalysen durchführen sowie die Kriseninterventionsmethoden weiterentwickeln.

Das Konzept endet mit einigen *Richtlinien zur Krisenintervention*, die sich jedoch kaum auf die Arbeit des BKD beziehen. Denn diese soll nachgeordnet sein zur trägerinternen Krisenintervention, zu präventiven ambulanten Hilfen und zur Arbeit von psychiatrisch-heilpädagogischen Behandlungszentren, die den größten Teil der Krisenintervention übernehmen. Erst nach Ausschöpfung dieser Mittel bzw. in Zeiträumen außerhalb regulärer Dienstzeiten dieser Einrichtungen soll der BKD tätig werden.

Diese letzten Paragraphen des Konzeptes lassen die Richtlinien vermissen, die hauptsächlich die Arbeit des BKD betreffen. Hier ist aber durch die dreijährige Praxis eine wesentliche Präzisierung durch die gB-Koodinatoren möglich.

3.1.7 Die Weiterentwicklung des Konzepts für Menschen mit geistiger Behinderung

Inzwischen hat über die Frage der Weiterentwicklung dieser Konzeption bereits im Rahmen der über zwei Jahre monatlich stattfindenden gB-Koordinatorentreffen ein reger Austausch stattgefunden, der in der Formulierung von zwei internen Positionspapieren mündete. Zum Ende der Begleitforschung wurde über diese zwei Konzepte noch nicht abschließend entschieden.

Im Folgenden werden die zwei Positionen kurz erläutert.

Position 1

geht davon aus, dass eine Integration der Krisenarbeit in den letzten drei Jahren sehr weit fortgeschritten ist: alle Mitarbeiter des BKD gingen inzwischen mit Krisen gleichermaßen professionell um unabhängig davon, ob die zu Beratenden geistig behindert seien oder nicht. Außerdem sei es gelungen, Honorarmitarbeiter für die Arbeit des Berliner Krisendienstes zu gewinnen, die sowohl in der Krisenarbeit als auch in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen erfahren seien. Zwar bestehe auch weiterhin ein regelmäßiger Fortbildungsbedarf, aber dieser unterscheide sich nicht signifikant von dem für die übrigen Bereiche der Krisenarbeit.

Der Unterschied zur allgemeinen Krisenberatung wird darin gesehen, dass Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung meist sehr viel aufwendiger in der Bearbeitung seien. Da die bisher erreichten Menschen zum größten Teil in Einrichtungen der Behindertenhilfe lebten, müssten nicht nur die Folgen der persönlichen Einschränkungen sondern auch die der institutionellen Gegebenheiten bei einer tiefergehenden Problemlösung bedacht werden. Hierzu wird die Einrichtung spezieller *Konsulententeams* vorgeschlagen, in denen die bisherigen gB-Koordinatoren auf Anfrage in Kleingruppen Einrichtungen und Klienten zu länger andauernden Krisen persönlich aufsuchen und ausführlich beraten sollen.

Konzeptionell sollte das Beratungsklientel auf andere Arten der Behinderung erweitert werden, für die die jetzigen gB-Koordinatoren dann zuständig würden.

Position 2

befasst sich ebenfalls mit dem Problem von Aufwand und institutioneller Gebundenheit der meisten Krisenberatungen mit Menschen mit geistiger Behinderung. Formuliert wird als Antwort eine enge Verbindung von mobilen Einsätzen in Einrichtungen der Behindertenhilfe mit einer notwendigen Nachbesprechung in der Einrichtung durch den zuständigen gB-Koordinator. Anders als in Position 1 wird die Sonderstellung des Bereichs und die Fortsetzung der bewährten Arbeit der gB-Koordinatoren auch weiterhin empfohlen. Ihre Bedeutung wird darin gesehen, dass sie alle Informationen und Kontakte im Fachbereich bündeln, die Mitarbeiter fachlich beraten und in Folgekontakten als verbindliche Ansprechpartner für Menschen mit geistiger Behinderung fungieren könnten. Neben Einsätzen bei akuter Intervention seien die Koordinatoren besonders auch als Berater im Sinne von Prävention sowie von Nachsorge weiterhin nötig. Die notwendigen regionalen und überregionalen Fortbildungen sollten von ihnen geplant und teilweise auch durchgeführt werden.

Konzeptionell erweitert werden sollte das Klientel um einige bedeutende, bisher aber sehr schlecht erreichten Klientengruppen mit geistiger Behinderung: Menschen außerhalb von Wohneinrichtungen, Kinder und Jugendliche sowie türkische Migranten.

Aus Sicht der Begleitforschung ist diese Diskussion ein guter Indikator dafür, dass sich Konzeption und Arbeit gegenseitig befruchten konnten und dies auch in Zukunft weiter werden. Die besondere Herausforderung der Krisenberatung von Menschen mit geistiger Behinderung, die die Konzeption hervorgehoben hatte, wird nach drei Jahren bestätigt. Die unterschiedlichen Schlussfolgerungen, die sich in den beiden Positionen zeigen, sind der Ausdruck eines bemerkenswerten Entwicklungsprozesses, der zum heutigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen ist.

Bei den beiden genannten Konzept-Positionen werden strukturell verschiedene Schwerpunkte gesetzt: das erste initiiert eine Veränderung der Ausrichtung innerhalb des Sektors der Menschen mit geistiger Behinderung (verstärkter Fokus auf Migranten, Jugendliche, Familien), das zweite auch dort (Institutionsberatung), aber eben auch drüber hinaus (Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen aller Art).

Grundsätzlicher wird der Unterschied allerdings in der praktischen Umsetzung. Schon allein in der Zusammenstellung der Kontaktanzahl ist festzustellen, dass die beiden Koordinatoren, die Position 2 vertreten, einen großen Teil der gB-Beratung in ihrer Region selbst vornehmen, während sich die gB-Beratungszahlen der Koordinatoren von Position 1 nicht von denen anderer Mitarbeiter unterscheiden.

Wenn in den Positionspapieren auch lediglich Tendenzen beschrieben werden, so wird aufgrund des wachsenden Handlungs- und Entwicklungsdrucks an diesem Punkt in absehbarer Zeit doch eine Richtungsentscheidung des Krisendienstes zu fällen sein, für die die genannten Positionspapiere als Entscheidungsgrundlage nicht ausreichen dürften, wohl auch nicht als solche gedacht sind. Hier ist zusätzliche Arbeit an der konzeptionellen Weiterentwicklung angezeigt, für die viele Voraussetzungen geschaffen sind.

3.2 Ausstattungsqualität

3.2.1 Die Standorte

Ein Angebot des Krisendienstes ist es, dass von einer Krise betroffene oder bedrohte Menschen den Dienst auch persönlich aufsuchen können. Die Diensträume sollten deshalb gut erreichbar und angenehm gestaltet sein.

Insgesamt kann die materielle Ausstattung der Standorte bezüglich ihrer Räumlichkeiten und Einrichtungsgegenständen als überdurchschnittlich gut bezeichnet werden. Jeder Standort hält mehrere Räume vor, so dass parallele Beratungen ungestört möglich sind. Die Räume selbst sind sorgfältig eingerichtet worden, so dass eine persönliche Beratung in angenehmer Gesprächsatmosphäre erfolgen kann.

Die technische Ausstattung wurde nach einigen Anfangsschwierigkeiten inzwischen optimiert. Jeder Standort verfügt über eine Telefonanlage mit zwei Amtsleitungen, mehreren – teilweise tragbaren – Telefonen und einem Anrufbeantworter für den Fall, dass alle Leitungen besetzt sind. Daneben gibt es ein Extratelefon mit Anrufbeantworter für den Büroanschluss.

In jedem Standort steht ein separates Computernetzwerk, auf das von mehreren Terminals gleichzeitig auf die Basisdokumentation zurückgegriffen werden kann, zur Verfügung.

Als ein besonderer Problempunkt erwies sich die Frage der Rufnummern. Hier existiert eine Spannung zwischen der Forderung nach zentraler Erreichbarkeit, wie sie besonders von hochstrukturierten Hilfsdiensten wie Feuerwehr und Polizei an den BKD herangetragen wurde, und der regionalen Zuordnung, die besonders aus der Forderung nach Gemeindenähe des BKD resultiert. Automatische Zuordnung anrufender Teilnehmer war nicht sinnvoll, weil sich in Berlin die Rufnummern nicht mehr einzelnen Regionen zuordnen lassen. Die gewählte Lösung sieht eine Kernrufnummer vor mit neun unterschiedlichen Endziffern, für jeden Standort eine eigene. Durch Einfügen von einer weiteren Ziffer kann zudem jeder Standort noch eine Büro- und eine Faxnummer vergeben. Die Nummern führen während der Zeit des Spätdienstes an den jeweiligen Standort, sonst per Weiterleitung an den zentralen Nacht- bzw. Tagdienst in der Region *Mitte*.

So ist jeder Standort nun zielgenau anzuwählen, vorausgesetzt, der Anrufer kann die Endnummer seiner Region zuordnen. Besonders in der Öffentlichkeitsarbeit zeigen sich allerdings die Grenzen dieses Ansatzes, wenn z.B. auf einem Plakat neun unterschiedliche Nummern über eine Berlinkarte verteilt zugeordnet, verstanden und behalten werden wollen (s.u. Kap. 3.3 *Öffentlichkeitsarbeit*). Möglicherweise, so eine Vermutung unter den Mitarbeitern, wird die regionale Zuordnung auch dadurch in Frage gestellt, dass viele Erstanrufer offenbar die oberste Nummer auf einem Plakat wählen – in diesem Fall die Nummer der Region *Mitte* –, die ja auch den Zentralsdienst vorhält. Eine Weitervermittlung an den regional zuständigen Standort wird nur dann von den Mitarbeitern vorgenommen, wenn diese es für sinnvoll und möglich halten.

Die Rufnummernregelung ist ein Kompromiss, der möglichst viele Forderungen erfüllen soll. Hinsichtlich der administrativen Entscheidungswege stellte dieses Problem eine Herausforderung dar, die von der Organisation erfolgreich gelöst werden konnte.

Insgesamt gesehen ist, trotz aller regionaler Unterschiede, inzwischen auch räumlich-materiell eine Angebotsstruktur aufgebaut worden, die den Aufgaben des BKD angemessen erscheint.

In einer Studie haben wir alle Standorte bezüglich deren Zugänglichkeit untersucht. Allgemein gesprochen kann man zunächst einmal festhalten, dass sich der Aufwand gelohnt hat, die meisten Standorte mit Start des berlinweiten Krisendienstes neu zu positionieren. Die gewählten Standorte liegen zum größten Teil verkehrstechnisch sehr günstig angebunden und relativ im Zentrum ihrer jeweiligen Versorgungsregionen.

Die Verkehrsanbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist in den meisten Fällen gut bis sehr gut. Beim Substandort Nord wurde ein langer dunkler Fußweg bzw. selten fahrende Busse bemängelt (s.u.).

Die Beschilderung/Kennzeichnung der Standorte war zunächst (zum Zeitpunkt der Studie) von unterschiedlicher Qualität, ist aber im Laufe des vergangenen Jahres durch gut sichtbare große und beleuchtete Schilder verbessert worden.

In der subjektiven Außenansicht unterscheiden sich die Standorte sehr: „nichtsagend“, „einladend“, „leere Fenster“, „diskret und unauffällig“, „nicht sehr einladend“, „unscheinbar“ u.ä. waren hier die Beschreibungen der Testbesucher. Allerdings sind diese Bezeichnungen differenziert zu interpretieren, da ein äußerer Aspekt der Einladung von den einen gewünscht wird, für die anderen aber eine (hochschwellige) Barriere darstellen kann.

Behindertengerecht sind die Standorte nur bedingt. Bei den meisten sind ein oder mehrere Stufen zu überwinden, in einigen Standorten ist die Klingel für Rollstuhlfahrer ohne Hilfe nicht erreichbar.

Im Zeitraum der Begleitforschung hat sich der *Substandort Nord (Reinickendorf)* im Laufe der Arbeit in mancherlei Hinsicht als problematisch herausgestellt. Zunächst ist er von seiner Lage her nur bedingt geeignet gelegen: Von S- und U-Bahn ist er nur durch – abends selten fahrende – Busse oder einen 15minütigen Fußweg zu erreichen. Die Räume selbst sind im ersten Stock eines abseits gelegenen und über spärlich beleuchtete Wege zu erreichenden Anbaus des Klinikgebäudes untergebracht. Ein Nutzer muss hier vor einer verschlossenen Glas-Schiebetür warten, bis der Krisendienstmitarbeiter den Weg über das Treppenhaus zur Tür zurückgelegt hat und ihm öffnet.

Erschwerend kommt hinzu, dass in diesen Standort mehrfach eingebrochen wurde, was die Mitarbeiter neben der unbefriedigenden Gesamtsituation noch weiter verunsichert hat.

Der Einsatz eines Sicherheitsdienstes konnte diese gravierenden Sicherheitsprobleme nur zu einem Teil ausräumen. Die Diskussion im BKD, den Standort zu verlegen, führte zunächst zu der Entscheidung, dass dies zum Ende der Modellphase aus pragmatischen Gründen nicht zu bewältigen sei. Aus Sicht der Begleitforschung sollte jedoch erwogen werden, ob perspektivisch dieser Substandort nicht zugunsten einer besser geeigneten Räumlichkeit aufgegeben werden sollte.

Ein weiterer Standort mit einigen Sicherheitsproblemen ist Mitte. Der Standort Mitte ist in einem der Gebäude des Krankenhauses Moabit untergebracht, das nach einem Auflösungsbeschluss inzwischen allmählich verwaist bzw. einer anderen Nutzung zugeführt wird. Da die 24-Stunden-Nutzung der Einrichtungen nur noch partiell gegeben ist, gibt es dort z.B. keinen Nachtpförtner mehr.

Gleichzeitig liegt der Standort jedoch in einem Bereich, in dem besonders nachts mit Drogenabhängigen auf dem Gelände zu rechnen ist. Tatsächlich wurden dort mehrfach Diebstähle verübt, von denen einige der Drogenkriminalität zuzurechnen sind. Der Standort hat mit verstärkten Vorsichts- und Sicherheitsmaßnahmen reagiert.

Hier geht es allerdings aus Sicht des Trägers eher um einen Preis, den ein offen zugänglicher Dienst möglicherweise für seine Niedrigschwelligkeit einkalkulieren muss – eine Sicht, der die Begleitforschung ohne weiteres zustimmen kann.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der BKD hinsichtlich der Ausstattungsqualität der Standorte auf angemessen hohem materiellen Niveau eingerich-

tet ist und arbeiten kann. Dass nicht alle Standorte als optimal gelegen bezeichnet werden können, liegt in der Natur der Schwierigkeit, alle Anforderungen optimal zu erfüllen. So wird in der Zukunft sorgfältig zu prüfen sein, ob in Einzelfällen eine Verlegung bzw. Modifikation eines Standortes angezeigt ist. Zum Thema der Sicherheit der Mitarbeiter bzw. der Räume vor Übergriffen lässt sich festhalten, dass erwartungsgemäß diese Problematik auftauchte und der BKD im Spannungsfeld zwischen niederschwelligem und offenem Angebot rund um die Uhr und der Notwendigkeit von Sicherungsmaßnahmen sorgfältig regulieren muss. Wie unsere Forschungsergebnisse an anderen Stellen ausweisen, ist mit zum Teil eskalierenden Krisen der Nutzer zu rechnen, die auch gelegentlich die Mitarbeiter und Einrichtungen gefährden: so wird in 40% der mobilen ärztlichen Einsätze eine *sehr* oder *ziemlich ernste* Bedrohung von Menschen oder Gütern und in gut 4% aller Kontakte eine Fremdaggressivität der Nutzer registriert.

3.2.2 Die Basisdokumentationen

Die von den Forschergruppen konzipierten und eingeführten Basisdokumentationen gehören zu den Aspekten der *Strukturqualität* im Sinne einer Ausstattungsqualität.

3.2.2.1 Die Basisdokumentation für den nicht-ärztlichen Dienst bzw. die Standorte

Entwicklung, Aufbau und Nutzung dieser BaDo wurde ausführlich im 2. Kapitel des Berichts dargestellt. Sie findet hier allein Erwähnung, da sie zur Ausstattungsqualität zu zählen ist.

3.2.2.2 Die Basisdokumentation für den ärztlichen Hintergrunddienst

Vorbedingungen

In der Konzeption einer ambulanten Krisenversorgung wird „die Bereitstellung und Hinzuziehung (fach-)ärztlicher Handlungskompetenz“ als „unabdingbar“ bezeichnet (S.13). Das Angebot eines ärztlichen Hintergrunddienstes gehört zu den wichtigen und besonderen fachlich-qualitativen Ausstattungsbedingungen des Krisendienstes.

Um auch diesen Teil der Arbeit des Berliner Krisendienstes angemessen dokumentieren und evaluieren zu können, war ein Bestandteil unseres Forschungskonzeptes ein spezielles Instrument einer Basisdokumentation für den ärztlichen Hintergrunddienst. Weiter wurden Rolle und Art der Kooperation der ärztlichen mit den nicht-ärztlichen Mitarbeitern untersucht. Schließlich besuchten die Forscher über den gesamten Evaluationsprozess die Treffen der ärztlichen Mitarbeiter, stellten dort ihr Forschungskonzept vor und spielten die Ergebnisse der Auswertung der Basisdokumentation an sie zurück.

3.2.2.2.1 Konzeption einer Basisdokumentation

Das evaluative Instrument zur Dokumentation des ärztlichen Hintergrunddienstes sollte **grundsätzlich**

- übersichtlich und relativ schnell auszufüllen sein,
- die spezifische Aufgabe und Tätigkeit der Ärzte abbilden,
- Akzeptanz bei den Hintergrundärzten erzielen und
- mit den Datensätzen der Basisdokumentation der nicht-ärztlichen Mitarbeiter datentechnisch kompatibel sein.

Inhaltlich sollten zu folgenden Bereichen Informationen abgebildet werden:

- fall- bzw. einsatzbezogene Abbildung (je Einsatz ein Bogen)
- Angaben zur Strukturqualität (Entfernung, Fahrtzeit, Dauer des Einsatzes)
- psychiatrisch-psychotherapeutische Einschätzung der Ärzte (Syndromatik, Diagnose und Prozedere)
- Abbildung der wesentlichen Inhalte der ärztlichen Intervention (Exploration, körperliche Untersuchung, Medikation, Einweisung)
- Einschätzung der Ärzte über den Einsatz (Reflexion)
- Verbesserungsvorschläge der Ärzte auf dem Boden der Erfahrungen (bzgl. Krisendienst, Versorgungsstruktur)

3.2.2.2.2 Prozess und Umsetzung

Eine erste Version des Erhebungsinstrumentes wurde ausführlich mit den zur Dienstbesprechung eingeladenen Ärzten diskutiert und modifiziert. Schließlich wurden 25 Variablen gebildet, die sich in sechs Rubriken aufteilen. Diese sind:

- Allgemeine Angaben (Name d. Klienten, Datum, Uhrzeit, Fahrzeit usw.)
- Art des Einsatzes (telefonische Beratung, Einsatzort)
- Problematik (Beschreibung der Krise, Syndromatik, Diagnose(n) nach ICD-10)
- Maßnahmen (Gespräch, Exploration, körperliche Untersuchung, Medikation, Erste-Hilfe, Einweisung)
- Reflexion (Notwendigkeit des Einsatzes, Akuität der Situation, Organisation der Hilfeleistungen, Kooperation mit anderen Stellen)
- Verbesserungsvorschläge (bzgl. Krisendienst, Versorgungsangeboten)

Formal handelt es sich teils um Textangaben teils um standardisierte Ausprägungen, die angekreuzt werden können. Die Variablen finden auf einer DinA-4-Seite Platz und lassen sich innerhalb weniger Minuten für einen Einsatz ausfüllen.

Zusätzlich wurde auf Wunsch der Ärzte von uns eine Kurzversion der ICD-10 erstellt, die auf der Rückseite der Erhebungsbögen abgedruckt ist.

Nach anfänglich zögerlichem Rücklauf hat sich im Untersuchungszeitraum ein hohes Maß an Zustimmung zu dem Instrument eingestellt und wir konnten eine hohe Rücklaufquote registrieren und die Daten entsprechend auswerten.

Die Ergebnisse der Evaluation sind in den entsprechenden Kapiteln des Berichts dargestellt (s. hierzu Kapitel 4.1.3 und 5.1.2.3), der Dokumentationsbogen findet sich im Materialanhang unseres Berichts.

3.3 Bekanntheit des BKD durch Öffentlichkeitsarbeit

3.3.1 Aktivitäten des BKD im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit gehört zu den nutzerbezogenen Zielen in der Konzeption des BKD. Sie stellt eine wichtige Voraussetzung für das Erreichen der potenziellen Nutzer dar, die Hilfe durch das Angebot benötigen. Der BKD strebt dazu eine hohe Bekanntheit in Fachöffentlichkeit und allgemeiner Öffentlichkeit an. Die Bemühungen des BKD lassen sich unterteilen in regionale und überregionale Öffentlichkeitsarbeit sowie ein spezielles Engagement für den gB-Bereich.

Mit seinen vielfältigen Aktivitäten strebt der BKD im Bereich Öffentlichkeitsarbeit auf regionaler wie überregionaler Ebene nach einer Erhöhung des Bekanntheitsgrades sowie der Vernetzung mit anderen Einrichtungen (u.a. Polizei/Feuerwehr, psychosozialen Einrichtungen, Krankenhäusern). Die Maßnahmen sind deshalb auf unterschiedliche Zielgruppen abgestimmt.

Im ersten Jahr lagen die Bemühungen vorwiegend in der Bekanntmachung des Arbeitskonzeptes und der vorgehaltenen Hilfsangebote, der Entwicklung von Kooperationsbeziehungen sowie bei der Informationsstreuung zur Erreichbarkeit des Krisendienstes (Einträge in Adressenverzeichnisse usw.). Zu nennen wären neben der Planung und Ausgestaltung der Eröffnungsfeier (inkl. Pressekonferenz), die Erstellung von Logo und Informationsmaterial, Präsenz auf der DPW-Jubiläumsfeier usw.

Im weiteren Verlauf wurden diese Aktivitäten wiederholt und weitergeführt, die Kooperationsbeziehungen intensiviert sowie eine spezielle Arbeitsgruppe für überregionale Öffentlichkeitsarbeit (AG ÖA) ins Leben gerufen.

Die regionale Öffentlichkeitsarbeit wird nach wie vor gemäß den Erfordernissen der Regionen geplant und durchgeführt. Zur Steuerung der Aktivitäten hat jede Region aus dem Team einen Beauftragten gewählt. Zu den Aufgaben der regionalen Öffentlichkeitsarbeit gehören:

- Verteilung von Informationsmaterial
- Pressearbeit (z.B. Stadtteilanzeiger, Tagespresse)
- Gremienarbeit (z.B. PSAG, regionale Krisen-AG)
- Informations- und Kooperationsgespräche mit bezirklichen Einrichtungen
- Fortbildungen für Kooperationspartner (z.B. Polizei Feuerwehr usw.)

Aus dem Bedarf nach koordinierter Öffentlichkeitsarbeit werden die überregionalen Maßnahmen zur Bekanntmachung des BKD seit Herbst 2000 von der genannten Arbeitsgruppe (AG ÖA), die aus drei Mitarbeitern unterschiedlicher Regionen besteht, umfassend übernommen und gesteuert. Die AG ÖA konzipiert pressewirksame Aktivitäten, stimmt diese mit der Gesellschafterversammlung (GbR) und den regionalen Beauftragten ab, multipliziert eigene Fortbildungsinhalte, setzt die beschlossenen Konzepte um und archiviert alle Aktivitäten im Zusammenhang mit Öffentlichkeitsarbeit. Mit der Tätigkeitsübernahme der AG ÖA leistet der BKD einen weiteren Beitrag zur innerbetrieblichen Spezialisierung und Verbesserung der Kommunikationsstrukturen. Des weiteren bietet er allen Anfragenden einen zuständigen und kompetenten Ansprechpartner.

Die Bereitstellung von Ansprechpartnern für Pressearbeit hat sich besonders im Zusammenhang mit dem Terroranschlag am 11.09.01 als vorteilhaft erwiesen. Die Mitarbeiter der AG ÖA begegneten dem Ansturm der Anfragen mit einer hohen Flexibilität und Spontaneität. Dies hieß auch, außerhalb der üblichen Arbeitszeiten für den aktuellen Bedarf zur Verfügung zu stehen.

Zu den umfangreichen pressewirksamen Aktivitäten im Berichtszeitraum gehört die landesweite BVG-Werbung mit Trailern im *Berliner Fenster* und der Plakatierung in U-Bahn und Bushaltestellen, die den BKD der Stadtbevölkerung bekannt machen sollte. Aufgrund unserer Daten scheint es sinnvoll zu sein, diese Werbekampagne in regelmäßigen Abständen zu wiederholen, damit der BKD mit seinem Angebot im Gedächtnis der Bürger bleibt (siehe auch nachfolgendes Kapitel).

Derzeit arbeitet die AG ÖA an einer Informationsbroschüre als Resümee nach den drei Jahren der Erprobungsphase. Hiermit soll speziell die Fachöffentlichkeit angesprochen und detailliert informiert werden. Es ist beabsichtigt, über die Leistungen anhand von BaDo-Daten, weiteren Ergebnisse aus der Begleitforschung sowie über die für Januar 2003 geplante Fachtagung zu informieren. Dem von Forscherseite schon geäußerten Zweifel an dem ausreichend konzipierten Zeitbudget für den Bereich der Öffentlichkeitsarbeit wurde für dieses Projekt mit einer innerbetrieblichen Sonderregelung begegnet.

Den Hinweis des Forscherteams, spezielle Nutzergruppen, wie alte Menschen und ausländische Mitbürger mit Öffentlichkeitsarbeit verstärkt zu erreichen, hat sich die AG ÖA angenommen und Maßnahmen eingeleitet, deren Ergebnisse noch nicht konkret vorliegen. Das gleiche gilt für die eingehendere Information der niedergelassenen Ärzteschaft über die Existenz und das Leistungsspektrum des BKD. Aus den Stadtinterviews wurde ersichtlich, dass die Berliner Bevölkerung

mangels spezifischen Angebotswissen für Krisenfälle, als eine *traditionelle Hilfequelle zunächst* Ärzte anläuft.

Um den Erfolg einzelner Maßnahmen für den Bereich Öffentlichkeitsarbeit abschätzen zu können, stehen mehrere Kriterien zur Verfügung:

- die BaDo enthält eine Variable (*zum Krisendienst gelangt durch*) die eine grobe Abschätzung erlaubt. Bei erfolgreichen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sollte die jeweilige Kategorie zumindest zeitlich begrenzt ansteigen.
- Der *Fragebogen zur Vernetzung und Kooperation* enthält u.a. Items, die eine Einschätzung der Bekanntheit des BKD in der Fachöffentlichkeit erlauben.
- Die Bekanntheit des BKD sowie des Logos des BKD wird im Rahmen von Straßeninterviews mit der Berliner Bevölkerung erfragt. Auch auf diese Weise ist eine grobe Einschätzung des Erfolgs der Öffentlichkeitsarbeit möglich.

Die Daten aus der Basisdokumentation geben die Möglichkeit, die Konsequenzen des Einsatzes der Werbemittel kontinuierlich zu verfolgen. Allerdings ist hier zu bedenken, dass die Zahlen nur vorsichtig zu interpretieren sind. Die Zahl der fehlenden und unbekannten Angaben ist hoch, zweifellos ist es in vielen Situationen nicht adäquat, in einer schweren Krise befindliche Klienten danach zu fragen. Außerdem fällt es Klienten häufig schwer, sich genau zu erinnern, wie sie die Information über den BKD bekommen haben. Einige Quellen werden einen höheren Erinnerungswert besitzen als andere.

In der folgenden Abbildung lässt sich der Verlauf hinsichtlich der unterschiedlichen Kategorien in den beiden Berichtsjahren ansehen. Hier zeigt sich zunächst, dass die Bekanntmachung durch *Broschüren* und *Infoblatt* und durch das *Telefonbuch* und die *Telefonauskunft* als Informationsquelle die größte Bedeutung besitzt. Dies zeigt sich schon am Anfang der Tätigkeit des BKD. Broschüren und Infoblatt stellen dabei den Teil der Information dar, der durch die Berliner Fachöffentlichkeit an die Nutzer weitergegeben wird. Diese Werbemittel wurden in Beratungsstellen, gemeindepsychiatrischen Einrichtungen, Praxen usw. ausgelegt. Hier zeigt sich bereits eine gewisse Einbettung des BKD in das Netz der psychosozialen Versorgung. Warum die anderen Werbemittel, vor allem die Presse so wenig Auswirkung zeigt, lässt sich anhand der Datenlage nicht sagen, denn einerseits wurde durch den BKD Pressearbeit betrieben und andererseits wurden von der Presse gerade bei solchen Ereignissen wie dem 11. September 2001 Informationen vom BKD angefragt und veröffentlicht.

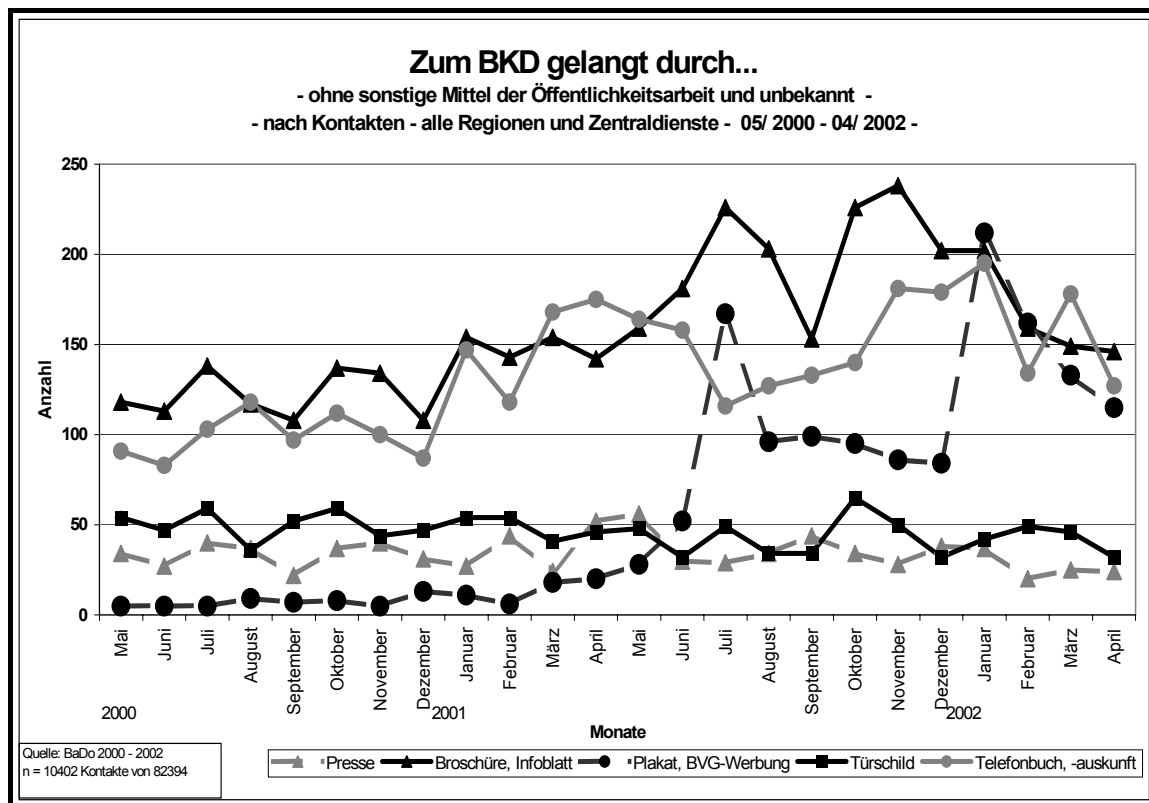


Abbildung 10: Häufigkeit der Nennung von Werbeträgern im Verlauf der Berichtsjahre

Interessant ist die Kategorie *Plakat, BVG-Werbung*, die im zweiten Berichtsjahr mit einer ähnlichen Häufigkeit angegeben wird, wie die beiden vorher diskutierten. Aus den Daten der Basisdokumentation lässt sich ein eindeutiger Anstieg im 2. Berichtsjahr für diese Kategorie erkennen. Die Angaben zur Plakat- und BVG-Werbung steigen von 59 auf 1074 Nennungen an (ca. 20-fach). Die Spots im *Berliner Fenster* des U-Bahn-Fernsehen beginnen im Dezember 2000. Ab hier ist eine allmähliche Zunahme zu beobachten, die allerdings nicht besonders ausgeprägt ist. Erst mit den BVG-Plakat-Aktionen, die im Mai 2001 beginnen, zeigt sich im Juni/Juli ein steiler Gipfel. Die BVG hat die Aktion dann zunächst im halbjährlichen Rhythmus neu aufgelegt. Über einen genauen Zusammenhang sind der Forschungsgruppe keine Aussagen möglich. Allerdings ließen sich die Daten dahingehend interpretieren, dass die Plakatwerbung einen wesentlichen Einfluss auf den Bekanntheitsgrad des BKD ausübt – oder dass sie einen höheren Erinnerungswert besitzt.

Die Auswertung des *Fragebogen zur Vernetzung und Kooperation* ergibt, dass nur eine von 91 Honorarmitarbeiterinstitutionen und 20 von 186 Institutionen der Krisendienstregion Mitte den BKD nicht kennen. Allein fünf dieser 20 Institutionen sind dem Versorgungsbereich von Flüchtlingen und Migranten zuzuordnen, drei betreffen Psychotherapeuten, zwei Institutionen der Schulden- und Insolvenzberatung, zwei den gB-Bereich. Aus anderen Versorgungsbereichen gibt jeweils eine Institution an, den BKD nicht zu kennen. Diese Zahlen geben zwar keinen Hinweis auf die Quelle der Bekanntheit, zeigen jedoch, dass der BKD in der Region Mitte und in den Honorarmitarbeiterinstitutionen einen hohen Bekanntheitsgrad hat.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der BKD mit hohem Aufwand im Bereich Öffentlichkeitsarbeit aktiv war und zwar sowohl, um die Bekanntheit bei den Bürgern und Besuchern Berlins zu steigern als auch, um in der Fachöffentlichkeit mit seinem Angebot wahrgenommen zu werden. Aus verschiedenen Quellen kann auch belegt werden, dass die Öffentlichkeitsarbeit des BKD Früchte trägt. Durch die Einrichtung einer Arbeitsgruppe mit dem speziellen Auftrag, die ÖA zu forcieren und zu spezifizieren, hat der BKD auch strukturell auf die Erfordernisse in diesem Bereich reagiert. Es ist davon auszugehen, dass der BKD kontinuierlich weiter offensive ÖA wird betreiben müssen, damit sein Angebot zu einem selbstverständlichen Wissen in der allgemeinen und der Fachöffentlichkeit wird.

Aus der Sicht der Begleitforschung sollte in folgenden Bereichen die ÖA modifiziert werden:

Die BVG-Plakatierung ist bisher noch nicht nutzergruppenspezifisch konzipiert. Sie vermittelt den Eindruck, der BKD sei bei jeglichem Leidensdruck zuständig. Hierdurch können u.U. Menschen in schwierigen Situationen angesprochen werden, die nicht unbedingt zu den Zielgruppen des BKD gehören.

Bei breitflächig angesetzter Werbung (wie etwa der BVG-Werbung) sollte die Veröffentlichung von allen Telefonnummern (-10, -20, -30, -40, -50 usw.) mit dem Hinweis auf die regionale Zuständigkeit der Standorte eindeutiger herausgestellt werden.

Die AG ÖA arbeitet bisher ohne eigenes Finanzbudget für Arbeitsmaterialien, angesichts der weiteren Aufgaben wäre die Einrichtung eines Budgets sinnvoll.

3.3.2 Ergebnisse aus der Befragung der Berliner Bevölkerung

Durch Studierende der Freien Universität Berlin wurden seit Ende 2000 insgesamt 274 Straßeninterviews durchgeführt, in denen 285 zufällig ausgewählte Personen nach ihren Vorstellungen über Krise, Hilfsmöglichkeiten in der Krise und die Berliner Versorgungssituation befragt wurden. Es handelt sich trotz der großen Anzahl von Interviews um keine repräsentative Stichprobe. Es wurde allerdings versucht, verschiedene Merkmale wie Alter, Geschlecht und Wahl der Erhebungsorte („West“- bzw. „Ost“-bezirke) annähernd gleich zu verteilen. Auf diese Weise wurden 132 Personen (46,3%) in den Ost- und 153 Personen (54,7%) in den Westbezirken der Stadt interviewt. Darunter befanden sich insgesamt 133 Männer (46,7 %) und 152 Frauen (53,3%).

Eine wichtige Frage war die nach der Bekanntheit des BKD. Der Bekanntheitsgrad schwankt abhängig von der untersuchten Stichprobe. Am bekanntesten war er bei einer Stichprobe von überwiegend weiblichen, 20-39 Jährigen, die in den „West“-bezirken der Stadt befragt wurden (80 von 285 Personen). Insgesamt ergibt sich ein Bekanntheitsgrad von rund 28% dieser Befragten. Ein geringerer Bekanntheitsgrad findet sich bei den Gruppen der älteren Menschen ab 60 Jahre, der Menschen aus den „Ost“-teilen der Stadt, sowie unter den männlichen Befragten zu registrieren. Von den 54 Befragten ab 60 Jahren kannten lediglich 9 den BKD (knapp 17%,) wohingegen er in der Gesamtgruppe der 20-39 Jährigen bei knapp 33% (43 von 132) bekannt war. Gut 23% der Befragten aus den „Ost“-teilen und gut 31% aus den „West“-teilen der Stadt kannten den BKD. Nur knapp 20% der Männer hatte jemals etwas vom BKD gehört. Dem gegenüber steht ein Anteil von ca. 36% bei den befragten Frauen.

Ab der dritten Erhebung wurde speziell nach dem Logo des BKD gefragt, da es davor vereinzelt als Erkennungssymbol genannt wurde. Von 100 Befragten insgesamt konnten 25% das Logo dem BKD zuordnen.

Auf die Frage: „Welche Hilfe würden sie sich in einer Krise wünschen und wohin würden sie sich wenden?“ nennen die meisten Menschen ihre Familie und/oder ihre Freunde. Als Begründung werden entweder konkrete gute Erfahrungen angegeben oder ein gewisses Vertrauen, sogar die Erwartungshaltung, dass die geknüpften Beziehungen im Notfall auch tragfähig und unterstützend sein würden. Aus der Sicht dieser Befragten werden professionelle Hilfeangebote vorwiegend für einsame Menschen gemacht. Auffallend an den Antworten ist ein überhaupt vages bzw. fehlendes Wissen über professionelle Angebote für Krisensituationen. Ein weiterer Teil der Befragten gibt an, dass er professionelle Dienste in Betracht ziehen würde, wenn das persönliche Hilfenetz an seine Grenzen stoßen würde. Aus den Daten lässt sich erkennen, dass die Befragten Prioritäten in ihrer Hilfesuche setzen und sich nicht bei jeder Gelegenheit an professionelle Dienste wenden würden. Ihre Beschreibung einer Krisensituation ist durch starke Verunsicherung und Orientierungslosigkeit gekennzeichnet, die nach Scheitern eigener Lösungsversuche mit der Suche nach vertrauten Unterstützungsleistungen in bestehenden Beziehungen beantwortet wird.

Der Übergang vom persönlichen zum professionellen (Hilfe-) System wird durch Vertrautheit bestimmt. Die Wahl des Helfers ist teils bestimmt durch eine vertrauensvolle Empfehlung aus dem Freundes- bzw. Familienkreis oder man kontaktiert bereits bekannte und auch vertrauensvolle Professionelle. Häufig werden hier kirchliche Einrichtungen oder *der Hausarzt* benannt. Die Veröffentlichung der privaten Probleme gegenüber einem unbekannten und unvertrauten Helfer aus einer fremden Institution, auch wenn diese Professionalität vorweisen kann, wird vielfach als letzte Möglichkeit in Betracht gezogen.

Da professionelle Krisenhilfe nach den Aussagen der Befragten keine alltägliche Situation darstellt, sind sie nicht sonderlich vorbereitet auf den Fall, sich an Einrichtungen wie den Krisendienst zu wenden. Dass dennoch ca. 28% der Befragten nach 2½jähriger Modellphase die Existenz des Krisendienstes zur Kenntnis genommen haben, ist aus unserer Sicht als Erfolg zu werten. Die von den Befragten benannten Hemmschwellen gegenüber unbekannten, unvertrauten Einrichtungen sollte der BKD durch weitere Öffentlichkeitsarbeit und verstärkte Vernetzung mit den sog. traditionellen Helfern, wie kirchliche Institutionen oder Hausärzten beantworten.

3.4 Qualität der Mitarbeiter

3.4.1 Subjektiv-professionelle Theorien der Mitarbeiter

Wie aus der Analyse des Konzepts hervorgeht, sind die dort gestellten Ansprüche an die Mitarbeiter sehr hoch. Die Grafik zeigt nochmals die wichtigsten Merkmale:

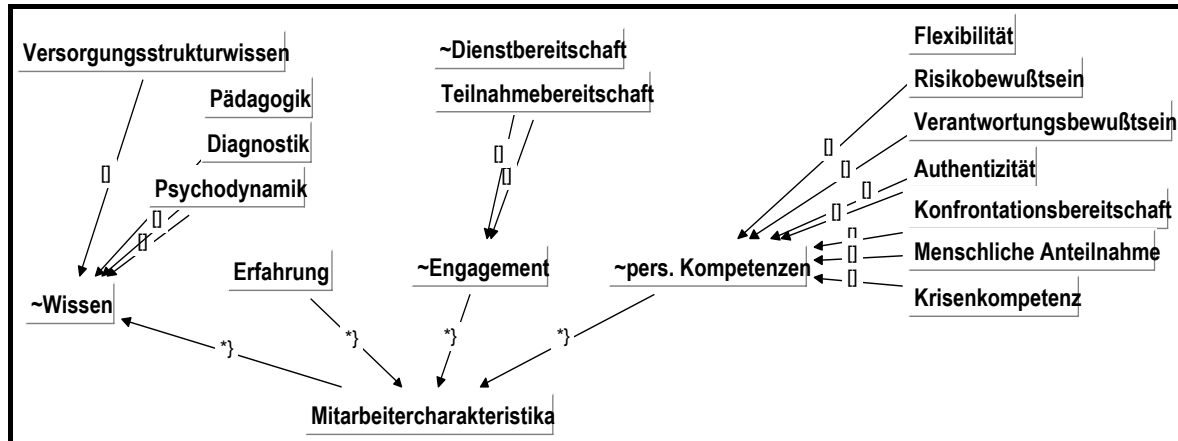


Abbildung 11: Mitarbeitercharakteristika laut Konzept

Neben den dort genannten Anforderungen an Wissen, Engagement und persönlichen Kompetenzen ist besonders die Forderung nach Fachkompetenz für die Krisenarbeit von Bedeutung, gekennzeichnet als Erfahrung in der Arbeit mit Menschen in Krisensituationen, aber auch als Selbsterfahrung von eigenen bewältigten Krisen. Diese Konzeptforderungen müsste die Auswahl der Mitarbeiter geleitet haben und noch heute leiten, sie konnten aber im Rahmen der Begleituntersuchung nicht unmittelbar überprüft werden.

Konzeptqualität lässt sich an der Formulierung und Weiterentwicklung der *offiziellen*, niedergeschriebenen Konzepte messen. Dabei ist aber zu fragen, ob diese Konzepte auch wirklich in der praktischen Arbeit umgesetzt werden. Entsprechen die Mitarbeiter überhaupt den in der Konzeption vorgesehenen Vorstellungen? Und wenn, setzen sie diese Konzeption in ihrem Handeln um? Eine Möglichkeit, Mitarbeiterqualität zu überprüfen, besteht darin, die subjektiv-professionellen Konzepte zu untersuchen, welche die einzelnen Mitarbeiter in der Arbeit und in ihren Diskussionen entwickeln. Diese sind wesentlich näher an der praktischen Arbeit, da sie sich in Auseinandersetzung mit den Problemen der Praxis entwickeln. Sie entsprechen den wissenschaftlichen Theorien nur sehr begrenzt⁶ und stellen einen Indikator für Mitarbeiterqualität dar, wie adäquat sich Mitarbeiter Situationen nähern und ob es in der Arbeit zu positiven Veränderungen und möglicherweise auch zu einer Verbesserung der persönlichen Konzeptqualität gekommen ist.

Als Quelle für die Vorstellungen von Mitarbeiterqualität zu Beginn der Projektphase können die Äußerungen der Festmitarbeiter gelten, wie sie im Rahmen der von der Begleitforschung zu Beginn des Projektes initiierten Zukunftswerkstatt festgehalten wurden.⁷

⁶ Siehe BECK & BONSS (1989)

⁷ S. hierzu auch DORRER (2001)

Deutlich geäußert wurde dort die Sorge einiger Festmitarbeiter vor *unqualifizierten Honorarmitarbeitern* verbunden mit dem Wunsch, möglichst nur mit Festmitarbeitern zu arbeiten. Die Vorstellung eines überschaubaren Mitarbeiterstamms, der gemeinsame Überzeugungen miteinander teilt, war ein andere Vision, die ein Bild der Mitarbeiterschaft als einer Gruppe von Gleichgesinnten antizipiert. Das Problem mangelnder Identifikation, die geforderte Arbeit an einem *Wir-Gefühl*, einer *guten Atmosphäre* sind die logischen Entsprechungen, die in diesem Zusammenhang genannt werden. In Spannung hierzu zeigt ein anderes Bild aus der Zukunftswerkstatt den Traummitarbeiter als einen inhaltlich versierten Einzeltäter in seiner Individualität, Autonomie und Eigenverantwortung. Diese Spannung trägt auch der Tatsache Rechnung, dass die Krisenarbeit vom Mitarbeiter sowohl die individuelle Handlungskompetenzen eines Beraters als Einzelnen erwartet – z.B. im dialogischen Beratungsgespräch – als auch die ausgeprägte Fähigkeit zur Kooperation.

Die Begleitforschung kann nun nicht all diese Vorstellungen und Wünsche an die Mitarbeiterqualität mit der Wirklichkeit nach drei Jahren Krisendienstarbeit vergleichen. Die Evaluation geht aber der Frage nach, welche professionellen Theorien von Mitarbeitern formuliert und in die Arbeit eingebracht werden. Im weiteren prüft sie dann, inwieweit strukturelle Voraussetzungen geschaffen wurden, um die Mitarbeiterqualität in den Bereichen Wissen, Erfahrung, Engagement und persönliche Kompetenz weiterzuentwickeln und ob Indikatoren gefunden werden können, die bei den Mitarbeitern eine Weiterentwicklung vermuten lassen. Schließlich werden als besondere Herausforderung an die Mitarbeiterqualität Strategien zum Umgang mit Belastungen untersucht.

Ein wichtiger Aspekt der Mitarbeiterqualität stellt die Wissenskomponente dar, so wie sie auch im Konzept formuliert ist. Allerdings geht es hier nicht nur um theoretisches Wissen, sondern vor allem auch um Orientierungs- und Handlungswissen, wie es sich mit der beruflichen Erfahrung herausbildet und an den verschiedenen Orten der Reflexion (Supervision, Diskussion mit den Kollegen, Fortbildungsveranstaltungen usw.) weiterentwickelt. Es wird zu prüfen sein, inwieweit bei den Mitarbeitern des BKD differenzierte Modelle der Kriseninterventionsarbeit vorzufinden sind und wie sie sich weiterentwickeln.

Im Rahmen von Qualifikationsarbeiten wurden sowohl Fest- als auch Honorarmitarbeiter des BKD im Rahmen von Experteninterviews ausführlich interviewt. Die verschriftlichten Interviewtexte wurden mit Hilfe inhaltsanalytischer Verfahren analysiert, die sich im weiteren Sinne an das Vorgehen der *grounded theory* von GLASER und STRAUSS (1998) anlehnen. Hierdurch wird es möglich, Konzepte und Konzeptionen im Feld zu rekonstruieren und damit Aussagen über die subjektiv-professionellen Theorien der Mitarbeiter im Sinne von Differenziertheit und Gegenstandsgemessenheit der Konzepte zu machen.

Im Rahmen einer Diplomarbeit⁸ wurden die Konzepte und Theorien von vier Honorarmitarbeitern eines Standorts untersucht. Es zeigt sich, dass sich sehr differenzierte Konzepte finden lassen. Diese Konzepte sind meist aus unterschiedlichen Theorien zusammengestellt, nur bei einem Interviewten fand sich ein Konzept, das explizit auf die Psychoanalyse bezogen war. Im Übrigen fanden sich

⁸ vgl. WESTERMANN (2002)

Elemente der *Life-Event-Forschung*, der *Stresstheorien*, der Theorie der *traumatischen Krisenerlebnisse* und von *systemischen Ansätzen*. Die Befragten betonten ein enges Zusammenspiel von äußeren Gegebenheiten und innerer Verfassung der Betroffenen. Betont wurde die Rolle der Umwelt, die mit ihren Reaktionen auf den Betroffenen und sein Verhalten einwirkt und den ganzen Krisenverlauf beeinflusst. Negativreaktionen der Umwelt auf auffälliges Verhalten des Betroffenen sehen die Berater als einen besonders krisenfördernden Faktor.

Die Zuständigkeit des Krisendienstes für *Menschen mit chronischen Krisen* schätzen die Berater unterschiedlich ein. Die einen halten dies gerade für eine Aufgabe des Krisendienstes, die anderen meinen, dies sei eher die Aufgabe von explizit therapeutischen Angeboten, da die *Veränderungsbereitschaft* dieser Klienten zu gering sei. Nach Aussagen der Befragten findet sowohl emotionale Entlastung als auch Problembearbeitung statt, wenn der emotionale Zustand des Klienten dies zulässt. Problembearbeitung heißt vor allem, die Sichtweise des Klienten auf seine Situation zu erweitern und neuen Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Auch die Ressourcenförderung wird erwähnt und es wird als Ziel beschrieben, die Handlungskompetenz des Betroffenen wiederherzustellen. Dabei wird die Aktivität des Betroffenen selbst betont, weniger diejenige der Umwelt. Das soziale Umfeld wird zuwenig einbezogen.

In der folgenden schematischen Abbildung wird die Differenziertheit des Interventionskonzepts der Befragten deutlich. Das Schema stellt die Integration der unterschiedlich vorgefundenen Konzepte dar. Es lässt sich in dieser Form nicht bei einem einzelnen Mitarbeiter finden. Allerdings muss betont werden, dass die Konzepte aller Mitarbeiter annähernd die Komplexität aufweisen, die hier abgebildet wird. *Beziehungsaufbau* und *diagnostische Einschätzung* der Situation geben zusammen mit einem *Arbeitsauftrag* die Möglichkeit zu entlasten, Veränderungen herbeizuführen oder auch weiterzuverweisen und damit die Handlungskompetenz des Betroffenen wiederherzustellen.

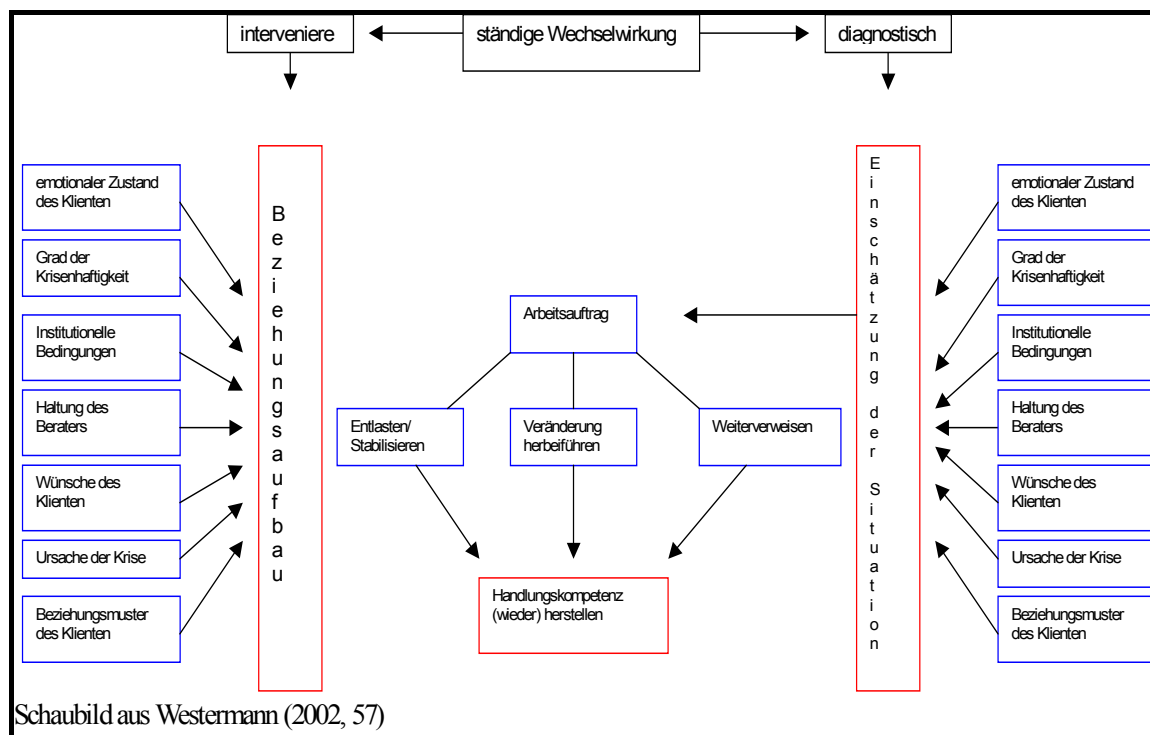


Abbildung 12: Schematische Darstellung des Interventionskonzeptes der Mitarbeiter

Es kann also zunächst festgestellt werden, dass sich bei den Mitarbeitern differenzierte Krisen- und Interventionskonzepte finden lassen, die mit der Konzeption in weiten Teilen übereinstimmen.

Es ist aber auch zu prüfen, ob im Verlauf der Arbeit eine Weiterentwicklung stattgefunden hat. Es gibt einige spezielle Problembereiche, in denen die Bildung von bereichsspezifischen Konzepten in der praktischen Arbeit besonders notwendig sind und wo sich daher besonders gut erkennen lässt, ob es tatsächlich zu einer fortschreitenden Entwicklung der subjektiv-professionellen Konzeptqualität im Untersuchungszeitraum gekommen ist. In zwei dieser Bereiche sollen als nächstes die Untersuchungsergebnisse vorgestellt werden.

3.4.1.1 Konzepte im Zusammenhang mit suizidalen Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung⁹

Als eine besondere Herausforderung in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung gelten Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. KERNBERG et al., 2000). Krisendienste sind zwar nicht unbedingt speziell für dieses Klientel konzipiert, aber Menschen mit diesen Störungen nehmen immer wieder und häufig Kontakt mit Krisendiensten auf, weil bei ihren vielfältigen Krisen auch häufig akute krisenhafte Zustände (beispielsweise mit Suizidversuchen oder selbstverletzendem Verhalten) vor dem Hintergrund tiefgreifender seelischer Störungen eine Rolle spielen. Betrachtet man die im Folgenden aufgeführten neun *diagnostischen Kriterien des DSM-IV*, von denen mindestens fünf für die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung (301.83) zutreffen müssen, so wird dies deutlich:

1. *Verzweifelter Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden*
2. *Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist*
3. *Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung*
4. *Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren und Fressanfälle)*
5. *Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder selbstverletzendes Verhalten*
6. *Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige, episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)*
7. *Chronische Gefühle von Leere*
8. *Übermäßige, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder wiederholte, körperliche Auseinandersetzungen)*

⁹ Diagnostisch wird diese Störung als „emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typ“ (ICD-10: F 60.31) bzw. „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ (DSM-IV: 301.38) klassifiziert und verschlüsselt.

9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Phänomene¹⁰

Ausgehend von dieser Kennzeichnung wird erkennbar, dass diese Klienten durch einen Krisendienst nur sehr begrenzt umfassend betreut werden können. Trotzdem werden Krisendienste immer wieder von Klienten, die unter solchen Störungen leiden, aufgesucht und müssen sich dazu verhalten. Für die Einschätzung der Konzeptqualität ist daher der Umgang mit solchen außerordentlich „schwierigen“ Klienten ein guter Indikator.

Im Rahmen einer weiteren Diplomarbeit¹¹ wurden mit 12 festen Mitarbeitern unterschiedlicher Standorte Experteninterviews über verschiedene Aspekte der Beratung von suizidalen *Borderline-Klienten* durchgeführt. Es zeigt sich, dass die Befragten ein sehr differenziertes Bild sowohl von der Störung als auch von den Möglichkeiten, Schwierigkeiten und Grenzen der Betreuung durch den BKD haben. Einige dieser Aspekte sollen hier aufgezeigt werden, da sie auch für die weitere Diskussion über die Klienten des BKD und seine Aufgabenstellung von Bedeutung sind.

In einem Überblick wird hier schematisch zusammengestellt, welche Schwierigkeiten und Möglichkeiten die Mitarbeiter bei der Betreuung sehen und welche Rolle sie dem BKD zuschreiben.

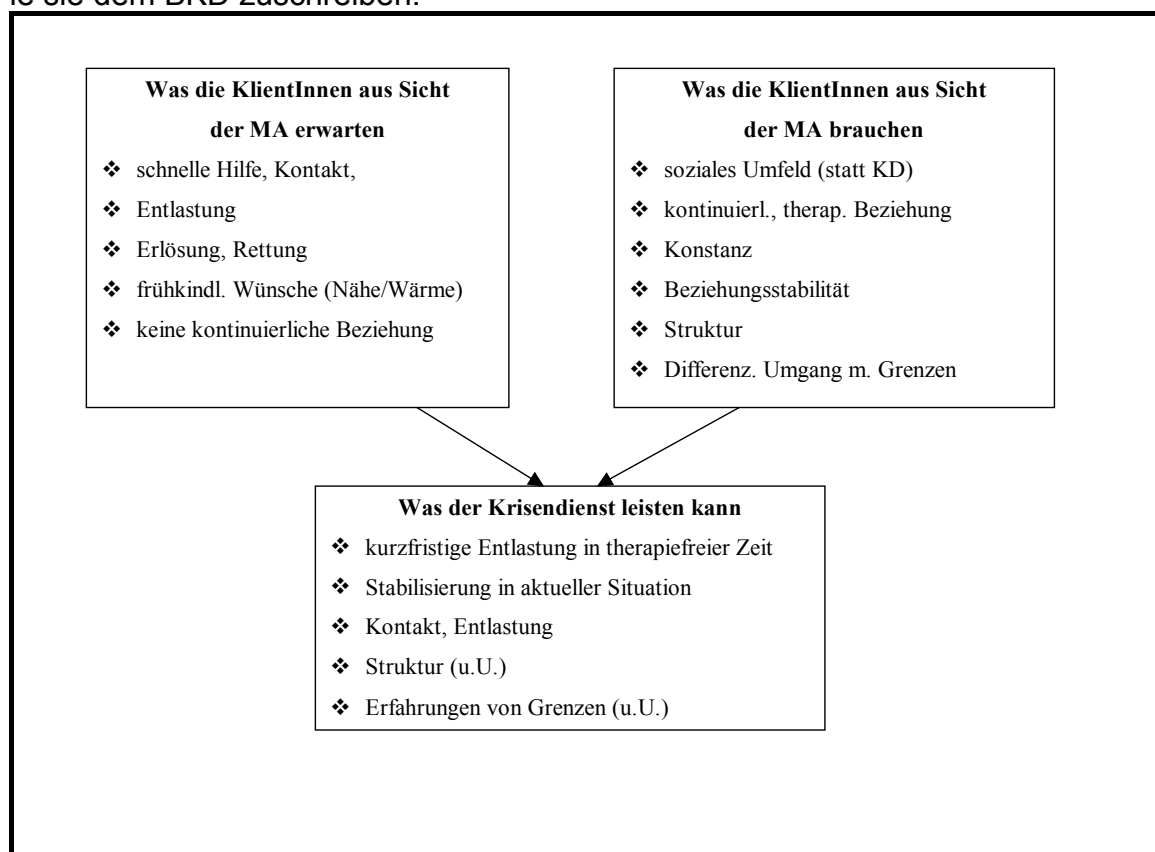


Abbildung 13: Erwartungen und Möglichkeiten (aus BOCK & LANGE, a.a.O.: 146)

¹⁰ SASS, H. et al. (1998: 739)

¹¹ BOCK & LANGE (2002)

Aus diesen Daten geht hervor, dass es zwei Arten von Erwartungen der Klienten an den Krisendienst zu geben scheint:

- Solche allgemeinerer Art, die nicht *störungsspezifisch* sind, wie z.B. Entlastung, Kontakt und schnelle Hilfe. Diese können im Rahmen einer Krisenintervention sicher erfüllt werden.
- Des weiteren gibt es solche, die durch die Struktur der Klienten bedingt sind, wie z.B. *Rettung und Erlösung* auf grund ihrer Idealisierungstendenzen. Diese *störungsbedingten* Erwartungen bergen die Gefahr, dass die Berater sich verstricken und es durch das *Helfen-wollen* zu Grenzüberschreitungen und Überforderung (des Beraters) kommt, wodurch Gefühle von Wut und Inkompetenz in den Vordergrund treten, die sich negativ auf das Beratungsgespräch auswirken können.

Bei dieser Ausgangslage wird erkennbar, dass der Krisendienst nur ein begrenztes Instrument darstellt, um mit den Problemen dieser Klienten umzugehen. In den Interviews sehen die Mitarbeiter die Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit sehr differenziert. Es lässt sich herausarbeiten, welche Schwierigkeiten der BKD bei der Arbeit mit diesen Klienten hat. Es kann aber auch gezeigt werden, welche wichtige Funktion er für sie im Rahmen eines psychosozialen und gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems haben kann. Die Liste der wichtigsten Punkte ist in der folgenden Tabelle zusammengestellt:

STÄRKEN	SCHWÄCHEN
niedrigschwellig Therapie flankierend rund-um-die-Uhr Spitzen auffangen (akute Krisen, SVV) kurzfristige Entlastung Stabilisierung i.d. aktuellen Situation Vorstufe von Therapie Übungsschritte im Helfersystem „da war mal wer, der hat mich verstanden“ gewisse Kontinuität (vielleicht einzige) Gewährleistet ein Stück Realitätsbezug Unterstützung hin zu anderen Angeboten manchmal sinnvoller Baustein in etwas Umfassenderem	zu grenzenlos, diffus kein Therapieersatz oder Zusatztherapie wechselnde MA → nicht auf Beziehung einlassen, Überforderung, kontraproduktiv für die Beziehungsstörung, Aufrechterhalten der Spaltungstendenzen birgt Suchtpotential Agierfeld (austoben) keine Heilung verstärkt Isolation (Trostpflaster, darunter Wunde) -Ersatz f. soziale Kontakte Klienten funktionalisiert für KD-Diskussion Gefahr: durch hier Befriedigung arbeiten sie nicht mehr woanders an ihren Problemen „KD als Krücke“ „Störung“ sprengt den zeitlichen Rahmen des KD-Angebotes Fluktuation der Honorar-MA

Tabelle 2: Stärken und Schwächen des BKD im Umgang mit Klienten mit Borderline-PST

Der BKD kann u.a. die Einsamkeit und Isolation verstärken, denn die Klienten bekommen hier den von ihnen gewünschten Kontakt und vernachlässigen möglicherweise immer weiter ihr eigentliches Umfeld.

„Mehr das eigene Feld zu nutzen und die eigene Welt zu entdecken, statt diese Pseudo-Hilfseinrichtungs-Welt“ (Interview: Isabell, Z. 461f.) ist das, was die Klienten nach Meinung einer Mitarbeiterin brauchen. Hierbei sollte eine „kontinuierliche therapeutische Beziehung, in der sie sich mit sich und ihrer Struktur auseinandersetzen können“ (Interview: Isabelle, Z. 484f.) helfen. Dies kann aber ein Krisendienst wohl nicht bieten.

Es kann angenommen werden, dass der Krisendienst für dieses Klientel im Versorgungssystem trotzdem eine wichtige Rolle übernimmt. Eine große Zahl von Klienten mit dieser Art von Störung nutzen das Gesundheitssystem in erheblichem Maße. Sie wechseln von einem Angebot zum anderen, ohne sich auf ein Angebot festzulegen, durch das sie dann dauerhaft betreut würden. Hierdurch entstehen erhebliche Kosten (vgl. KERNBERG, 2000). Der BKD bietet – neben der Abmilderung von akuten Krisen – auch die Chance, Menschen mit solchen Störungen wieder in ein sinnvolles Angebot des Versorgungssystems zurückzuführen.

Nach den Befunden ist den Mitarbeitern klar, dass diese Klienten langfristige kontinuierliche therapeutische Beziehungen benötigen. Es gibt im Krisendienst daher Befürworter und Gegner der Betreuung solcher Klienten außerhalb akuter Krisensituationen. Es haben sich aber auch bereits Konzepte entwickelt, wie mit diesem Klientel umgegangen werden kann. Bei einem Ansatz, der in der Region Ost entwickelt wurde (siehe NEUMANN, 2002), wurde die Organisation des Dienstes in einer Weise verändert, so dass ein längeres Beziehungsangebot gemacht werden kann. Auf diese Weise werde die Besonderheit des Kontaktes mit diesem Klientel berücksichtigt und es bestehe die Chance, die Menschen wieder in eine angemessene professionelle Betreuung im Versorgungssystem einzugliedern. Hierüber wird noch im Abschlusskapitel zu diskutieren sein.¹²

3.4.1.2 Konzepte im Zusammenhang mit mobilen Einsätzen

In einer weiteren Diplomarbeit¹³ wurde mit Hilfe von Experteninterviews das *Betriebswissen* von vier Honorarmitarbeitern des Berliner Krisendienstes über professionelles Handeln bei der Durchführung von mobilen Einsätzen rekonstruiert. Es konnten elf *Handlungsaufgaben* konzeptualisiert werden, die von den Befragten als spezifisch für mobile Einsätze angesehen wurden.

In zwei Abschnitten, die sich zeitlich einerseits vom Eingang des Anrufs bis zum Verlassen des Standortes und andererseits von der Anfahrt zum Einsatzort bis zur Rückkehr an den Standort erstrecken, wurden folgende Handlungsaufgaben formuliert:

1. Bewertung der Situation am Telefon
2. Entscheidung für oder gegen den Einsatz
3. Planung des Einsatzes

¹² Die Herausforderung durch sog. „Dauernutzer“ oder „Heavy User“ auch in der psychiatrischen Versorgung wird zunehmend wissenschaftlich untersucht und diskutiert. Allerdings gibt es bislang kaum Studien, die diese Problematik hinsichtlich ambulanter Versorgungsstrukturen erhellen, entsprechende Impulse sind aber zu verzeichnen (s. Themenschwerpunkt in PSYCHIATRISCHE PRAXIS 11/2002).

¹³ JUNGNIKKEL, H (2002)

4. Organisation der Anfahrt
5. Internes Kooperations- und Konfliktmanagement
6. Kontaktaufnahme
7. Wahrnehmung und Bewertung
8. Information, Antizipation und Prognose
9. Emotionale Regulation
10. Externes Kooperations- und Konfliktmanagement
11. Stabilisierung

Es zeigt sich, dass sich zahlreiche Elemente aller elf Handlungsaufgaben – nach anderen Kriterien gegliedert – auch in der Literatur wiederzufinden sind. Es sind aber auch Unterschiede festzustellen, die deutlich machen, dass es im Rahmen der Arbeit im BKD zu spezifischen subjektiv-professionellen Konzeptentwicklungen gekommen ist: Danach ergeben sich vor allem dort Unterschiede, wo sich der konkrete konzeptionelle Auftrag und die institutionelle Organisation des Berliner Krisendienstes auswirken. Es werden immer wieder Diskussions- und Interaktionsprozesse zwischen den Mitarbeitern thematisiert, während in der Literatur hauptsächlich Entscheidungshilfen für Notfallhelfer geliefert werden, die zunächst allein auf sich gestellt sind.

Bei der Durchführung der mobilen Einsätze ergeben sich also erhebliche Anforderungen an die Mitarbeiter, die zum Teil deutlich über diejenigen der üblichen ambulanten Krisenberatung im festen Setting hinausgehen und auch die Fähigkeit zu (sozial-) psychiatrischer Notfallintervention umfassen. Dabei sind insbesondere die Fähigkeit, unter Zeitdruck aktiv Entscheidungen zu treffen und durchzusetzen und die Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten spezifische Merkmale der Arbeit im *mobilen Einsatz*.

Um die Belastungen der Mitarbeiter geringer zu halten, erscheint es also unbedingt notwendig, dass sie intensiv vorbereitet werden und dass eine kontinuierliche fallbezogene Supervision zur Verfügung steht.

Insgesamt lässt sich also feststellen, dass sich die Konzepte bei den unterschiedlichen Mitarbeitern des BKD nachweislich entwickelt haben. Sie sind differenziert und scheinen situations- und problembezogen.

3.4.2 Umgang mit Belastungen

Die Arbeit im Krisendienst stellt für die Mitarbeiter z.T. eine erhebliche Belastung dar. Es gehört daher zur Qualität von Mitarbeitern, Wege zu finden, mit diesen Belastungen in einer Weise umzugehen, dass weder der Mitarbeiter noch die Organisation und schon gar nicht die Klienten darunter leiden.

Das Phänomen *Burnout*, zu deutsch *Ausgebranntsein*, wird in Wissenschaft und Praxis seit etwa dem Beginn der 70er Jahre diskutiert. Inzwischen gibt es vielfältige Untersuchungen und Definitionen, auf die hier nicht ausführlicher eingegangen werden soll. Es lässt sich aber annähernd sagen, dass alle Autoren unter dem *Burnout-Syndrom* „eine Veränderung der Gefühle und Einstellungen der Betroffenen zur Arbeit und den Klienten“ verstehen, welche sich in den zentralen Merkmalen „Verlust von Kompetenzgefühl“, „Rückzug von Klienten“ und „Erschöpfung“ äußert (ENZMANN, 1996, S. 24).

Das Grundproblem, das mit dem Begriff *Burnout* angesprochen ist, besteht darin, dass sich bei Mitarbeitern im psychosozialen Bereich, die starken Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, Auswirkungen beobachten lassen wie Energielosigkeit, reduzierte Erwartungen, steigende Indifferenz, Gefühllosigkeit, Verlust an Idealismus, Depersonalisation, und steigendes Interesse für sich selbst (CHERNISS (1999), ein einflussreicher Autor, auf den wir uns hier beziehen, beschreibt die folgenden Faktoren, deren An- oder Abwesenheit am Arbeitsplatz entscheidend für die Entstehung beziehungsweise Verhinderung von *Burnout* sind. Schon bei Vorliegen eines Faktors sei aktives Problemlösen fast nicht möglich.

- Mangelnde Einführung der Berufseinsteiger
- Großer quantitativer Arbeitsumfang und daraus resultierender Zeitdruck
- Routinetätigkeiten
- Begrenzte Reichweite des Klientenkontakts (z.B. nur Einbezug der Familie möglich)
- Mangel an Autonomie
- Inkongruente institutionelle Ziele
- Mangelnde Unterstützung durch die Leitung, mangelndes Feedback durch Supervision
- Soziale Isolation

Dass die Arbeit im Krisendienst mit erheblichen Belastungen für die Mitarbeiter verbunden ist, wurde bei der Befragung von insgesamt acht Mitarbeitern unterschiedlicher Standorte deutlich¹⁴. Da wir an den speziellen Belastungen durch die Krisendienstarbeit interessiert waren, aus denen sich dann auch Hinweise auf mögliche Maßnahmen ergeben können, haben wir sorgfältige Befragungen einer Untersuchung auf der Basis von Burnout-Skalen im Rahmen dieser Untersuchung vorgezogen.

3.4.2.1 Beschreibung der Belastungssymptome durch die Mitarbeiter

Die Mitarbeiter berichteten sowohl in ihrem Arbeits- als auch im Privatbereich über Belastungssymptome, die auch als Burnout-Indikatoren verstanden werden können. Im Arbeitsbereich klagten die Berater über mangelnde Rückzugsmöglichkeiten, die unter Umständen zu dem Wunsch führen, die Schilderung besonders belastender Ereignisse durch die Nutzerin wie z.B. Missbrauch zu vermeiden. Sie klagten darüber, dass sie keine Kraft und keinen Willen mehr zu kreativen Interventionen hätten und über das Gefühl, ihre eigene Kompetenz sei reduziert:

„Ich habe nicht das Gefühl, dass es hier begrenzt ist. ICH bin begrenzt. [...] Und wenn ich begrenzt bin, dann ist automatisch auch meine Arbeit begrenzt.“ (1, 556, Wassermeyer)

Es konnte festgestellt werden, dass fast alle Interviewten Auswirkungen der Belastungen aus der Arbeit auf ihr Wohlbefinden beschreiben. Sie haben alle Schwierigkeiten, nachts „runterzukommen“ und beschreiben die nach dem Dienst eintretende Erschöpfung. Es wird deutlich, dass die Belastung sich auch stark auf das Privatleben der Mitarbeiter auswirkt. Sie berichten von dem Gefühl, keine Zeit

¹⁴ Siehe WASSERMEYER (2002), OELLINGRATH (2002)

mehr zu haben, private Telefongespräche und Unterstützung von Freunden in schwierigen Situationen zu vermeiden, keine Kraft mehr für ausgleichende Beschäftigungen zu haben usw.

3.4.2.2 Belastungsquellen

Belastend sind vielfältige Aspekte, die auch z.T. zusammenwirken und sich so potenzieren. Im Folgenden werden die hauptsächlichen Belastungsquellen aufgezeigt.

Zunächst ergeben sich aus den Arbeitszeiten, dem Schichtsystem und den Standortwechseln Belastungen. Für alle Befragten stellen die unregelmäßigen, unflexiblen und späten Arbeitszeiten und die Schichtdienste eine besondere Belastung dar, aus denen sich noch weitere Punkte ergeben. Sie wirken sich auf den Biorhythmus, die Alltagsstrukturierung und die Gestaltung des eigenen Soziallebens aus.

Ein weiterer Belastungsfaktor stellt die Notwendigkeit dar, sich aufgrund der Niedrigschwelligkeit und jederzeitigen Erreichbarkeit immer wieder neu und ganz schnell auf Menschen und Situationen einstellen zu müssen.

„Ja, ich glaube aber grundsätzlich, dass die Krisenarbeit auf jeden Fall eine der schwersten Arbeiten ist, die man machen kann, weil man ja nie weiß, was kommt. [...] ik KANN ja so eine Situation überhaupt vorher gar nicht einschätzen und muss SCHNELL reagieren. Und det macht, globe ik, noch mal die Anstrengung. Sich spontan umzustellen, auch am Telefon. Permanent hab' ik 'n anderen Typen am Apparat, Typen Mensch, der mit verschiedenen Sachen kommt: Aggressiv, depressiv. Da muss ich mich immer schnell umstellen. [...] nur zu schnell kann auch sein, dass ik zu schnell über mich selbst rübergehe" (6, 523, Wassermeyer).

Schließlich wird noch eine Belastung genannt, an die man zunächst nicht denken würde. Das beständige Telefonieren stellt eine körperliche Belastung dar, die bis zu körperlichen Symptomen (Ohrensausen, Tinnitus) führen kann.

Die zweite Hauptbelastungsquelle ist das spezifische und sehr unterschiedliche Klientel des Krisendienstes. Belastungen ergeben sich direkt aus den Kontakten mit Nutzern, wobei es prinzipiell immer um Menschen in problematischen Lebenslagen geht,

„...immer so viele negative Energien,...also immer da, wo es kumuliert, wo die Leute in zugespitzten Situationen sind.“(1:19,24-26)

Es werden die fehlende Rückmeldung über Erfolg oder Misserfolg, die Belastung durch den sich wiederholenden Kontakt mit schwer gestörten und *unlebendigen* Klienten und die Konfrontation mit schimpfenden und sexuell provozierenden Klienten genannt. Vor allem für die Beraterinnen, ist der Umgang mit männlichen Klienten, die Frauen sexuell missbrauchen oder die Beraterin am Telefon zu ihrer Befriedigung *benutzen*, sehr belastend. Bei suizidalen und gewalttätigen Klienten kann es zu Unsicherheiten bei wichtigen Entscheidungen kommen, die nötige Distanz zum Klienten kann verloren gehen, oder der Klient kann die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern verweigern. Bei diesen Klienten können bei den Mitarbeitern starke Emotionen ausgelöst werden wie Angst, Bedrohungsgefühle und auch Abscheu.

Eine weitere wichtige Belastungsquelle sind die Organisationsanforderungen. Der Kontakt zu vielen Menschen auf mehreren Ebenen, die unterschiedliche Erwar-

tungen und Interessen mitbringen, wird als anstrengend erlebt. Die Mitarbeiter übernehmen oft die Vermittlerrolle gegenüber den beteiligten Interessengruppen. Das kann zu Spannungen führen und dazu, dass die eigenen Interessen aus dem Blick verloren werden. In ihrer Funktion als Festmitarbeiter übernehmen sie verschiedene Rollen, wie z.B. die Leitungs- und die Mitarbeiterrolle gegenüber den Honorarmitarbeitern, die in Konflikt zueinander geraten können. Durch die hohe Anzahl der Honorarmitarbeiter und deren niedrige Anzahl an Diensten wird der Aufbau von gegenseitiger Vertrautheit erschwert. Außerdem sind ein Teil der Honorarmitarbeiter weniger mit dem Krisendienst identifiziert. Kontrolle und Vorgaben müssen verknüpft werden mit gleichberechtigter Zusammenarbeit. Verantwortungsübernahme in Bezug auf Leitung und Qualitätskontrolle und Verantwortungsabgabe in Bezug auf das selbständige Arbeiten der Honorarmitarbeiter bestehen nebeneinander her.

Zu weiteren Belastungen kommt es im Zusammenhang mit der Frage nach einer gemeinsamen Krisendienstidentität. Zum einen wird der Aushandlungsprozess zur Belastung, wenn die Mitarbeiter ihre Meinung zu einem Thema vortragen müssen und wegen unterschiedlicher Haltungen und Traditionen in den Regionen Auseinandersetzungen und Konflikte ausgelöst werden. Jedoch wird die Entwicklung von gemeinsamen Regelungen als wichtig und notwendig angesehen, um den Krisendienst zusammenzuhalten, das Angebot zu erweitern und geschlossen nach außen aufzutreten. Neben inhaltlichen Unterschieden werden auch strukturelle Unklarheiten genannt, die durch die Autonomie der Regionen und die Stellung der Geschäftsführer entstehen. Dadurch werden Einigungen auf inhaltlicher Ebene erschwert und auch die Beziehungen zwischen den Mitarbeitern belastet.

3.4.2.3 Umgangs- und Bewältigungsmöglichkeiten

In dieser Situation ist es von besonderer Bedeutung, dass Möglichkeiten zur Verfügung stehen, die eine Verarbeitung der Belastungen erlauben. Im Sinne der vorliegenden Mitarbeiterqualität ist hier zu nennen, wie die Mitarbeiter mit den Belastungen umgehen und wie sie sich arbeitsfähig erhalten.

Eine wichtige Quelle für die Kompensation und Verarbeitung der Belastungen ist der Privatbereich. Von allen Interviewten werden vielfältige Tätigkeiten (z.B. singen, tanzen, lesen, sich in die Badewanne setzen, Brot backen usw.) eingesetzt, um abends „runterzukommen“ und einschlafen zu können. Weitere wichtige Maßnahmen sind Entspannung, „Abschalten“ von der Arbeitswelt, z.B. durch „Spaß“ haben und die Trennung von Arbeit und Freizeit. Es sind hiermit auch solche persönlichen Kompetenzen wie Authentizität, Anteilnahme, Flexibilität und Krisenkompetenz gemeint, die in der BKD-Konzeption als Anforderungen an die Mitarbeiter genannt werden.

Auch bei der Arbeit versuchen die Interviewten, mit Hilfe einer Reihe von Strategien Distanz zu den Klienten zu erlangen. Dies kann durch eine bewusste Trennung von unmittelbarer Klientenarbeit und der übrigen Arbeit bzw. der Freizeit geschehen. Man versucht, Beratungs- und Büroräume klar voneinander abzugrenzen und vor allem die innerliche Beschäftigung mit den Klientenproblemen nicht in den eigenen Alltag mitzunehmen.

Eine wichtige Ressource zur Verarbeitung der Belastungen sind die Kollegen. Die Interviewten weisen auf die Bedeutung der verbalen Entlastung durch Kollegen

oder Supervision hin. Dadurch werde das schnelle „Loswerden“ bzw. „Auskotzen“ von Dingen ermöglicht, es helfe beim „Runterkommen“ und verhindere „hart“ zu werden. Ein Interviewter beschreibt die Funktion, die „Austausch mit Kollegen“ und „Supervision“ für ihn haben, folgendermaßen:

„...wo ich eh über meine Sachen reden kann, sich Sachen relativieren können, Gedankengänge relativieren können oder auch ÄNGSTE relativieren können, die manchmal da sind. [...] das ist auch eine ganz wichtige Quelle, sage ich mal, von Wieder-Kraft-Kriegen oder ja, Zugang zu neuen Sichtweisen.“ (4, 347).

Die hier mitgemeinten Mitarbeiterqualitäten betreffen die Fähigkeit der Mitarbeiter, sich auf ständig wechselnde Kollegen und ggf. deren momentanen Frust ebenso einzulassen, wie auf die so unterschiedlichen Forderungen der Hilfesuchenden.

Als grundsätzliche Ressource zur Bewältigung der vielfältigen Aufgaben dient einigen Festmitarbeitern auch die Teamentwicklung, in der die Aufgaben und Rollen verteilt, gemeinsame Haltungen und Leitbilder entwickelt, Beziehungen geklärt und Konflikte bearbeitet werden. In der Teamentwicklung entsteht eine Teamidentität, die auch die Basis für die Zusammenarbeit mit den Honorarmitarbeitern bildet. Die Art der Teamentwicklung und wie und ob eine solche Entwicklung überhaupt stattfindet, ist allerdings regional unterschiedlich.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Belastungen der Mitarbeiter durch die speziellen Anforderungen eines Krisendienstes als erheblich eingeschätzt werden müssen. Es ist daher geboten, Maßnahmen bereitzustellen, die eine Verarbeitung dieser Belastungen ermöglichen und auf diese Weise präventiv gegen die Ausbildung einer Burnout-Entwicklung wirken. Auf der Seite des Arbeitgebers kann dies durch Förderung einer positiven Arbeitsatmosphäre geschehen und durch spezielle Maßnahmen wie die Supervision, die ja auch regional und überregional vielfältig angeboten wird (s.u.). Insbesondere ist dabei auch der Teamentwicklung Aufmerksamkeit zu schenken. Die Erfahrung der Begleitforschung hat zudem gezeigt, dass überregionale Treffen aller Festmitarbeiter – wie die von der Forschung veranstalteten Gesamtteamtreffen – für die Weiterentwicklung kollegialer Zusammenarbeit und überregionaler Problemlösungen förderlich sind. Es wird daher ebenfalls empfohlen, Treffen dieser Art mit wechselnden thematischen Schwerpunkten auch nach Beendigung der Begleitforschung zu organisieren.

3.4.3 Fortbildung und Supervision

3.4.3.1 Fortbildung

Für die Frage nach Mitarbeiterqualität ist nicht allein die Ausstattung eines Dienstes mit Mitarbeitern spezifischer Qualifikationen bedeutend, sondern auch die spezifischen Angebote an Fortbildung und Supervision, mit denen ein Dienst seine Mitarbeiter betreut und ihre Qualifikation weiterentwickelt.

Die internen Fortbildungen des BKD sind häufig regional organisiert und werden von Fest- und Honorarmitarbeitern der jeweiligen Träger besucht. Die Angebotsfrequenz reicht von monatlich bis quartalsmäßig. Die übliche Dauer beträgt zwei Stunden, sie variiert aber je nach Themenbereich.

Hier wird eine Auswahl der behandelten Themen dargestellt, die zu einigen Oberbegriffen, die teilweise den in der Konzeption gestellten Ansprüchen an Mitarbeiter entsprechen, zugeordnet sind:

Versorgungsstrukturwissen (Vernetzung)

- Die Geschichte der Berliner Krisendienste seit 1983
- Berliner Frauenhäuser
- Kollegiale Kooperation bei zugespitzten Kriseneinsätzen (38 Stunden)
- Krisenintervention auf Einsatzstellen der Berliner Feuerwehr (6 Stunden)

Diagnostik und Psychodynamik

- Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis (7 Stunden)
- Der depressive Grundkonflikt und seine Folgen
- Angststörungen im Überblick
- Psychopathologie
- Psychose und Sucht
- Transidentität und Transsexualität

Erfahrungs-, Theorie- und Methodenwissen

- Krisenarbeit mit Abhängigkeitserkrankten
- „Ich bring mich um – ich mach Schluss“ – Telefonische Krisenberatung mit Suizidalen
- „Den Alptraum beenden“ – Krisenintervention bei Traumatisierten (6 Stunden)
- Kontaktprozesse in der Krisenintervention
- Umgang mit Aggression und Gewalt im Berufsalltag (12 Stunden)
- Interventionsmöglichkeiten bei „häuslicher Gewalt“
- Gewalt und alte Menschen
- Krisenberatung mit alten Menschen
- Tod und Trauer, Überbringen von Todesnachrichten (6 Stunden)
- Dauerklienten – ein Klientel für den Krisendienst (32 Stunden)
- Krisenintervention bei forensischen Patienten
- Krisenberatung bei geistig Behinderten
- Vergewaltigung
- „Gegenübertragung in der Krisenberatung“
- Kurzzeittherapeutische Interventionen in der Krisenarbeit
- Systemische Beratung und Krisenintervention bei Paaren

- Erste-Hilfe-Kurs zugeschnitten auf die Situationen der Krisenintervention
- Krisenintervention unter dem Blickwinkel ostdeutscher Sozialisation (44 Stunden)

Einsatzrahmen

- Die rechtlichen Grundlagen bei mobilen Einsätzen

Administration

- Einführung in Windows/Office Programme (40 Stunden)

Es fällt auf, dass ein breites Spektrum an Themen in den Fortbildungen abgedeckt wird, das sowohl auf eine Vertiefung der Grundkompetenzen der Krisenarbeit (im Sinne des notwendigen Wissen und Könnens) abzielt wie auch auf spezifische Klientengruppen und eher seltenere Notfallsituationen eingeht.

Bei einer Untersuchung der Nutzerperspektive (s.u. Kapitel 5.2.2.2) werden in Einzelfällen Defizite im Bereich des Kontaktaufbaus und der Beziehungsgestaltung angesprochen, die gegebenenfalls auf Fortbildungsbedarf im Bereich persönlich-professionellen Kompetenzen verweisen. Solche Kompetenzaspekte werden am ehesten implizit in Bausteinen wie *Gegenübertragung* oder jenen, die *Umgang mit...* im Titel führen angesprochen und sicher weiter im Rahmen der Supervision bearbeitet.

In diesem Zusammenhang ist eine Fortbildung besonderer Art erwähnenswert, die in der Region Ost entwickelt wurde und genau auf die Entwicklung von persönlichen und besonders Krisenkompetenzen abzielt. In einem mehrtägigen Seminar wird dort regelmäßig eine Art Grundagentraining in Krisenarbeit angeboten. Dieser Workshops stellt aber ein zusätzliches Angebot dar, das durch Mitarbeiter dieser Region im Rahmen einer eigenen Institution durchgeführt, nicht zum direkten Angebot des BKD gehört. Diese Fortbildungseinheit wurde nicht nur von allen Mitarbeitern des Standortes Ost absolviert, sondern auch im Rahmen der Vernetzungsarbeit von Mitarbeitern aus über 40 Institutionen aus der Region.

Die regionalen Fortbildungen wurden auch als Möglichkeit genutzt, die regional unterschiedlichen Geschichten und Ansätze zur Krisenarbeit kennen zu lernen. So haben mehrfach Mitarbeiter aus der Region Ost Fortbildungen in *Süd-West* und umgekehrt durchgeführt.

Des weiteren nehmen Mitarbeiter des BKD häufig auch an externen Fortbildungen in ihrer Region oder auch darüber hinaus teil, z.B. an den Fortbildungsangeboten der psychiatrischen Kliniken. Von zunehmender Bedeutung sind die überregional konzipierten und durchgeführten Fortbildungen, die von der *AG Fortbildung* geplant und organisiert werden. So fand eine Feuerwehrfortbildung für alle BKD-Standorte statt zum Thema *Einsatz auf der Drehleiter*.

In neuerer Zeit wurde ein Fortbildungskonzept zur *Weiterbildung für vernetzte Mitarbeiter und andere Einrichtungen* durch Mitarbeiterinnen des BKD und der Forschergruppe entwickelt¹⁵, in dem die Vielfältigkeit der Thematik deutlich wird und das in absehbarer Zeit umgesetzt werden soll (siehe Materialteil des Abschlussberichtes: 10.7).

¹⁵ Ulrike Haase, Stefanie Kunz, Ingeborg Schürmann

3.4.3.2 Supervision der Honorarmitarbeiter

Neben der kontinuierlichen Möglichkeit zur Fortbildung spielt für die Entwicklung und Sicherstellung von Mitarbeiterqualität die *Supervision* eine zentrale Rolle, die in allen Regionen als festes Strukturmerkmal vorgehalten wird.

Die Funktion der Supervision für die Honorarmitarbeiter, die sich auf Grund von Interviews und teilnehmender Beobachtung bestimmen ließ¹⁶, kann durch vier Kennzeichen beschrieben werden:

1. Qualitätssicherung

Supervision soll zur laufenden prozessualen Sicherung der Qualität der Arbeit eingesetzt werden. Dabei legen die Honorarkräfte Wert auf eine positive Form der eigenen Kontrolle der Arbeit.

2. Integration der Mitarbeiter

Über die Gruppensupervision lernen die Mitarbeiter die jeweiligen Arbeitskonzepte kennen. Dabei wird im Bezug auf den Umgang mit Dauerklienten eine Abstimmung des gemeinsamen Vorgehens für sinnvoll erachtet.

3. Fortbildungscharakter

Durch die Supervision machen die Mitarbeiter eine einheitliche konzeptionelle Entwicklung durch. So *kann* ein gemeinsames Krisenkonzept entstehen, das auch weiterentwickelt wird. Die Betonung liegt hier auf *kann*, da die gegensätzlichen Arbeitsparadigmen der verschiedenen Mitarbeiter dem entgegenstehen *kann*.

4. Burnout-Prophylaxe

Das Bedürfnis nach *Entlastung* wird bei allen Interviewten als ein zentrales benannt. Die Mitarbeiter lernen, besser mit den Belastungen dieser Arbeit umzugehen und den Phänomenen des *Ausgebranntseins* vorzubeugen.

Wie bei den Fortbildungen sind auch die Supervisionsangebote regional sehr verschieden. Aufgrund der hohen Zahl an Mitarbeitern werden in jeder Region zwei bis vier Gruppensupervisionen durchgeführt. Die Gruppengröße differiert stark (in einer Region zwischen sieben und 18), zumal die Teilnahme von Honorarmitarbeitern in den Regionen unterschiedlich ist. Supervision ist außerdem manchmal ein offenes Gruppenangebot mit jeweils wechselnden Teilnehmern, manchmal eine geschlossene Gruppe mit eindeutig zugewiesenen Mitgliedern. In einigen Regionen sind Kernteam und Honorarmitarbeiter in gemeinsamen Supervisionsgruppen, in anderen nicht.

Die Tatsache, dass die Supervisionszeit den Honorarkräften nicht als Dienstzeit gesondert bezahlt wird, wurde in einigen Regionen kritisch angemerkt. Das Honorar für die Dienste – vor allem wenn es wenige sind – erscheint gering, wenn die Mitarbeiter zusätzliche Zeit für die Supervision einsetzen müssen. Es entstehen vor allem dann Konflikte, wenn die vernetzten Mitarbeiter die Supervision als nicht unbedingt erforderlich für ihre Arbeit betrachten, weil sie z.B. große eigene Berufserfahrung haben, in ihrer Hauptdienststelle bereits Supervision erhalten usw.

¹⁶ NICODEMUS (2002)

Neben den Gruppen- wird auch individuelle Einzelfallsupervision angeboten, besonders im Zusammenhang mit gravierenden Vorkommnissen wie dem Suizid von Ratsuchenden, um Traumatisierung von Mitarbeitern entgegenzuwirken.

Die Konstruktion der Supervision ist sicherlich nicht einfach und es werden eine Reihe von Entscheidungen notwendig, die jeweils unterschiedliche Konsequenzen nach sich ziehen. So tendiert die reine Kernteamsupervision potentiell zu einer Verstärkung der Identität des Kernteams, auch in Abgrenzung zu der nur diffus ausgeprägten Identität der Gruppe der vernetzten Mitarbeiter (Honorarmitarbeiter). Eine gemischte Supervision hingegen kann gebrochen sein durch Hierarchieprobleme, da die Kernteammitarbeiter eine Art Vorgesetztenfunktion gegenüber den Honorarkräften einnehmen. Die offenen Gruppen geben auch Honorarkräften die Möglichkeit, viele Kollegen kennen zu lernen und problematische Fälle zeitnah zu behandeln. Die festen Gruppen hingegen schaffen eher eine Gruppenvertrautheit, unter anderem mit der Möglichkeit intensiverer Fallbearbeitung.

Insgesamt ist festzustellen, dass der BKD seine Konzeptvorgaben hinsichtlich Fortbildung und Supervision weitgehend umgesetzt hat. Anhand der einzelnen Fortbildungsbausteine lässt sich erkennen, dass entsprechend der Vielfalt der für die Krisenintervention benötigten Kompetenzen ein breites Spektrum an Fortbildungen angeboten wird. Es ergeben sich auf der anderen Seite deutliche regionale Unterschiede, für eine systematische Entwicklung in diesem Bereich ist die Gründung einer *AG Fortbildung* daher sicher günstig. Allerdings ist auch zu beachten, dass es durch die verschiedenen regionalen Unterschiede in Berlin und durch die verschiedenen Traditionen auch erhebliche Unterschiede in den Anforderungen an Fortbildung und Supervision gibt. Abhängig davon z.B., aus welchen regionalen Einrichtungen vernetzte Mitarbeiter gewonnen werden können, wird möglicherweise ein anderer Fortbildungs- und Supervisionsbedarf entstehen. Trotzdem sollten bestimmte Grundanforderungen an die Mitarbeiter gestellt werden, so dass hinsichtlich dieser Anforderungen ein Mindestmaß an *Wissen und Können* im BKD besteht. Dazu könnte ein operationalisierter Anforderungskatalog für die Einstellung von Festmitarbeitern und für vernetzte Mitarbeiter erstellt werden. Hinsichtlich der Supervision spricht vieles dafür, dass regionale Ansätze weiter verfolgt werden sollten. Da die Reflexionsmöglichkeiten in den verschiedenen Einrichtungen so unterschiedlich sind, muss darauf Rücksicht genommen werden, da es sonst nur zu fruchtlosen Debatten über Sinn und Zweck der Supervision kommt. Allerdings sollte gewährleistet sein, dass Supervision in ausreichendem Maß zur Verfügung steht und dass das Thema der Notwendigkeit der Reflexion der eigenen Praxis bereits bei der Beauftragung von Honorarmitarbeitern und immer wieder im Teamtreffen zur Sprache kommt. Supervision lebt davon, dass sie freiwillig eingegangen wird, die Einsicht dafür kann aber gefördert werden.

3.5 Organisationsqualität

3.5.1 Vorbemerkungen und Datenquellen

Das Thema Organisationsqualität wird hier in drei Schritten behandelt. Zunächst werden zentrale *Strukturen der Organisation* anhand einer theoriegeleiteten Auffassung von Organisationsentwicklung dargestellt. Danach befasst sich der Bericht mit der Kernfrage der *Steuerung einer Organisation* im Sinne von interner und externer Beeinflussung der Organisationsentwicklung. Im dritten Schritt werden die in den vorgenannten Abschnitten herausgearbeiteten Sachverhalte dann in einen *breiteren Kontext zusammenfassend* diskutiert.

Als Basis für die folgenden Ausführungen kann auf eine Fülle von unterschiedlichsten Daten zurückgegriffen werden. Der Begleitforschung stehen Protokolle diverser Gruppentreffen zur Verfügung: GbR-Treffen, Mitarbeiter-Versammlungen, Koordinatorentreffen, Beiratsitzungen, Gesamtteamtreffen, gB-Koordinatoren-Treffen usw. Ferner wurden Gespräche und auch formale Interviews mit Geschäftsführern, Mitarbeitern, Personen aus der zuständigen Senatsverwaltung und dem Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf, Psychiatriekoordinatoren und Experten der psychosozialen Versorgung geführt, die teils zentral, teils am Rande auch Aussagen zur Organisation des BKD enthielten.

Eine weitere Basis stellen die teilnehmenden Beobachtungen dar, die die Begleitforscher im Kontakt mit dem BKD bzw. seiner Umgebung sammeln konnten. In ihrer dreijährigen Tätigkeit waren die Forscher – wie auch konzeptionell angestrebt – stets in engem Kontakt mit dem Krisendienst: als Entwickler einer aufwendigen Basisdokumentation, als Veranstalter von Gesamtteamtreffen, als Besucher von Gesellschafterversammlungen und anderen Mitarbeitertreffen, als Autoren von Zwischenberichten und als Berichterstatter vor Gremien wie dem Beirat des Landeskrisendienstes usw. Die Begleitforscher haben neben den Reaktionen einzelner Menschen immer auch die Wirkung auf den BKD als Organisation wahrnehmen können.

Aus einer solchen Datenfülle kann ein Bericht verständlicherweise nur einen kleinen Auszug verwenden. Die Art der Daten bringen es zudem mit sich, dass ein Teil von ihnen kaum direkt zitiert werden kann, ohne dass der Datenschutz verletzt würde, der den verschiedenen Personen in mehr oder minder vertraulichen Gesprächen zusteht. Dies ist ein methodisches Problem, das bei Feldforschungsansätzen bekannt ist. Glaubwürdigkeit und Plausibilität können dabei eher durch den Gesamtkontext der Darstellung entstehen, denn durch einzelne Belegstellen.

3.5.2 Organisationsentwicklung

3.5.2.1 Standortbestimmung: Was ist Organisationsentwicklung

Als quasi redundantes Wortspiel bezeichnet Organisationsentwicklung die bloße Tatsache, dass organisierte Lebenszusammenhänge immer in Bewegung sind und sich auch ohne systematische Steuerung fortwährend verändern. Entsprechend der unterschiedlichen, teils divergierenden, teils sich ergänzenden Handlungsinteressen der Akteure wird eine Organisation so vorwärtsgetrieben. Eine beobachtende Begleitforschung wird hier Entwicklungen konstatieren und Steuerungsbemühungen rekonstruieren können.

Die Begleitforschung des Berliner Krisendienstes ist jedoch mit einem viel weitergehenden Anspruch angetreten. Sie hat in ihrem Forschungsantrag deutlich gemacht, dass sie – besonders durch die Rückkopplung von Forschungsdaten in den konkreten Arbeitsprozess – den BKD bei einer bewussten Entwicklungssteuerung unterstützen will. Sie wollte den Akteuren mittels Daten und theoriegeleiteten Reflexionen eine Meta-Haltung zu ihrer Arbeit ermöglichen, die Organisations- und Arbeitsprozesse erkennbar und steuerbar werden lässt¹⁷.

Organisationsentwicklung in diesem Sinne ist ein systematischer Prozess der Fortschreibung von Organisationsverläufen, der von allgemeinen oder auch spezifisch strategischen Interessen handelnder Personen partiell oder in großen Teilen gesteuert wird. Hierbei ist die Tatsache der intentionalen Steuerungsversuche interessant, auch wenn das Ergebnis solcher mehr oder weniger bewusster Steuerungsanstrengungen nicht immer der Intention der Akteure entsprechen wird.

Um die Konzeption von Organisationsentwicklung zu konkretisieren, werden im weiteren zwei Ansätze skizziert: das *Denken in Prozessen* und das Konzept der *Lernenden Organisation*.

Zur intentionalen Steuerung von Organisationen ist ein *Denken in Prozessen* notwendig, das man anhand der Begriffe *Ereignis*, *Ablauf* und *Ergebnis* erläutern kann. Prozesse sind zunächst einmal ergebnisorientierte Abläufe, in denen Einzelereignisse sinnvoll miteinander in Beziehung stehen. Das bedeutet jedoch weder notwendigerweise, dass die Akteure den Sinn oder das Ergebnis erkennen müssen, noch, dass sie gemeinsam denselben Sinn unterstellen müssen.

Würde man lediglich das einzelne *Ereignis* (event) beachten, so würde dies zum Selbstzweck, man würde sich von Einzelereignis zu Einzelereignis bewegen. Eine intendierte Sinnbeziehung zwischen Ereignissen würde nicht betrachtet. Ein Beispiel in einer Organisation wäre eine Leitung, die als *troubleshooter* die ständig zunehmenden Probleme einzeln zu lösen versuchte, der aber die Gesamtschau in den Abläufen verloren gegangen ist.

Konzentriert man sich allein auf den *Ablauf* und betreibt dessen Optimierung, ohne sich um die Entwicklungsrichtung zu kümmern, entwickelt sich eine Organisation höchstens zufällig positiv weiter. Die Veränderungen gehen immer schneller vor sich, man weiß nur nicht, wohin und wozu.

¹⁷ Vgl. FRANKE (1993), HEINER (1998)

Bei einer reinen Orientierung auf das *Ergebnis* schließlich zählt nur dieses, egal wie es erreicht wird. Die Folgekosten für die Handlungsbeteiligten spielen keine Rolle, sie können mit der Zeit stark ansteigen. Gewinnmaximierung auf Kosten der Mitarbeiterpflege, die Kennzeichen von einigen heute üblichen Firmenumstrukturierungen ist, zerschlagen langfristig die gewachsene und verlässliche Arbeitskultur eines Unternehmens.

Für eine Organisationsentwicklung im Sinne einer bewussten Prozesssteuerung ist es also nötig, Meta-Wissen über den Prozess zu erlangen und dieses in die konkreten Arbeitsabläufe einfließen zu lassen.

Über die organisatorischen Bedingungen, die dazu notwendig sind, gibt ein etabliertes Konzept der Organisationsentwicklung Aufschluss: *Die lernende Organisation*¹⁸. Unter einer *lernenden Organisation* wird der Entwicklungsprozess einer Organisation als gemeinsamer Lernprozess einiger, vieler oder aller Teilnehmer der Organisation verstanden und es werden Umsetzungsbedingungen für ein derartiges Lernen formuliert, wie sie in der folgenden Abbildung schematisch dargestellt sind.

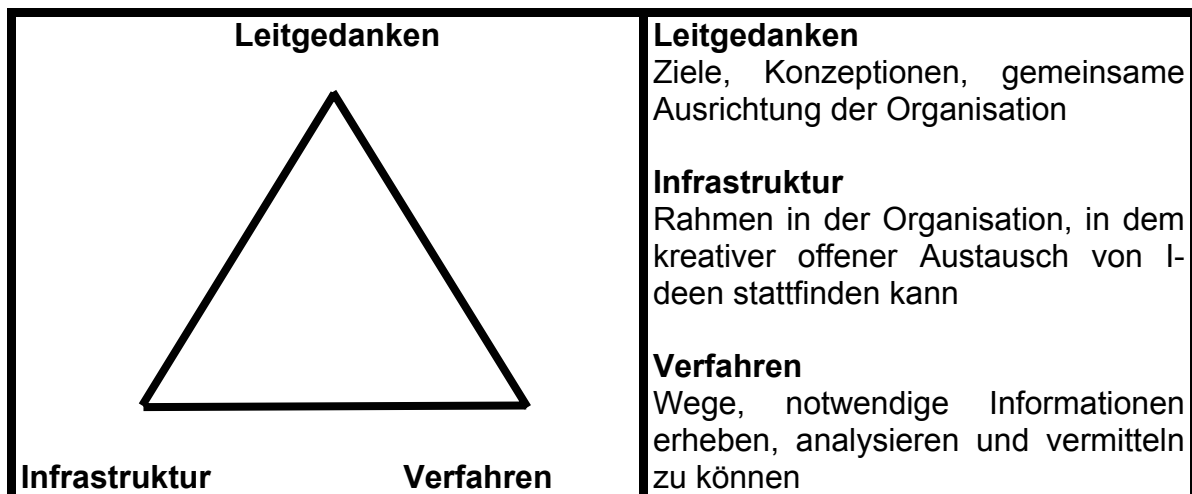


Abbildung 14: Schematische Darstellung des *Lerndreiecks*

Auf der Basis dieser Vorüberlegungen sollen die Eckpfeiler des *Lerndreiecks* als Ordnung genutzt werden, nach der im weiteren der organisatorische Rahmen beschrieben wird, in dem der Krisendienst wirkt.

3.5.2.2 Die Leitgedanken

Auf den BKD angewandt formuliert die Idee der Leitgedanken z.B. folgende Fragen: Was ist das Gemeinsame der zu steuernden Organisation? Was sind die gemeinsamen Eckdaten oder Standards der Arbeit? Welche gemeinsamen Steuerungsmodelle liegen vor? Welche gemeinsame Entwicklungsrichtung wird gesehen?

Gemeinsam getragene Leitgedanken sind eine Voraussetzung von lernenden Organisationen. Sie sind gleichzeitig ein Entwicklungsziel für lebendige Organisationen, die zu lernen beginnen wollen, besonders dann, wenn diese, wie beim BKD,

¹⁸ Vgl. SENGE (1996), SENGE et al. (1997, 2000)

als Zusammenschluss komplexer Bereiche (bzw. Organisationen) mit jeweils eigenen Organisationsstrukturen erst am Anfang der gemeinsamen Arbeit stehen. Nicht überall wird man gemeinsame Leitgedanken vorfinden. Manchmal ist es ein erster Schritt zu merken, dass man kein klares Ziel hat, sich nicht auf gemeinsame Ziele einigen kann oder dass ein als gemeinsam unterstelltes Ziel von anderen ganz anders verstanden bzw. nicht mitgetragen wird. Erst allmählich wird ein Plateau aus haltbaren gemeinsamen Zielen entstehen, von dem aus sich eine bewusste Organisationssteuerung immer besser realisieren lässt.

Auf der Ebene der **gemeinsamen Ausrichtung und Ziele** sind zwei Bereiche deutlich zu unterscheiden: die Arbeit an der formal-konzeptionellen gemeinsamen Ausrichtung und die Realisierung von Lösungen bei überregionalen gemeinsamen Herausforderungen.

Hinsichtlich der Konzeptionsentwicklung sei angemerkt, dass das schließlich für die Etablierung des BKD zugrunde gelegte Konzept Ergebnis eines ausführlichen Diskussionsprozesses auf Landesebene war. Eine AG legte schließlich dem Senat von Berlin einen Entwurf für einen landesweiten Krisendienst vor, der nach Diskussion im Landespsychiatriebeirat mit einigen Modifikationen und Spezifizierungen (z.B. hinsichtlich der Schnittstellen zu anderen Institutionen) verabschiedet wurde. In diesem Prozess ist bereits eine wesentliche historische konzeptionelle und personelle Verankerung des BKD zu konstatieren, da einige der damals in der AG mitwirkenden Personen später im BKD wichtige Funktionen übernommen haben.

Ebenfalls vor dem eigentlichen Beginn der Erprobungsphase wurde in einer anderen Arbeitsgruppe an Grundzügen einer einheitlichen Dokumentation gearbeitet, indem die in den Vorläuferdiensten vorhandenen Instrumente synoptisch verglichen und weitere Bedarfe an eine Basisdokumentation zusammengestellt wurden.

In der Formulierung gemeinsamer trägerübergreifender Grundsatzserklärungen oder in der Weiterentwicklung der Konzeption hat sich der BKD in den ersten drei Jahren seiner Kooperation schwer getan. Als zu Beginn der gemeinsamen Arbeit die Begleitforschung die vorhandene Konzeption des BKD als Absichtserklärung gemeinsamer Ausrichtung aufgriff und als *eine* Grundlage der Evaluation bestimmte, wurde dies auf dem ersten Gesamtteamtreffen von den Mitarbeitern sehr verhalten aufgenommen. Die dort vorgelegten Konzeptanalysen wurden wenig diskutiert. Ausführungen über den Aufbau einer gemeinsamen Grundhaltung, einer *corporate identity* des BKD in allen Standorten, führten zwar zu zahlreichen aber letztendlich ergebnislosen Debatten, der Vorschlag, eine AG *Leitlinien* zu etablieren, wurde nicht aufgegriffen.

In jüngster Zeit hat sich aber auch in diesem Feld eine merkliche Veränderung ergeben. Inzwischen wurde die Weiterentwicklung der Konzeption als Aufgabe sowohl von den Geschäftsführern wie von der *Koordinatorengruppe* und der *Mitarbeiterversammlung* aufgegriffen. Zum gesondert formulierten Konzept der Krisenberatung für Menschen mit geistiger Behinderung sind inzwischen verschiedene Veränderungsansätze explizit formuliert worden. Augenblicklich findet ebenfalls eine ausführliche Debatte über die Teilnahme des BKD bei der Notfallversorgung im Rahmen von Großschadensereignissen statt, entsprechende Kontakte mit den bisher zuständigen Diensten laufen seit längerer Zeit. Weiter wurde z.B.

ein elaboriertes Konzept zur besseren Erreichung älterer (gerontopsychiatrisch erkrankter) Nutzer erarbeitet.

Die überregionalen gemeinsamen Aufgaben sind ein gutes Beispiel dafür, wie bereits frühzeitig durch anstehende konkrete Probleme ein kreativer Austausch geführt und gemeinsame Lösungswege entwickelt wurden. Als Beispiele seien hier die Absprache und Planung der gemeinsam ausgerichteten Nacht- und Tagdienste in Mitte sowie die Weiterentwicklung der Basisdokumentation genannt. Bereits in der unmittelbaren Anfangsphase der Arbeit wurde deutlich, dass die Gestaltung der trägerübergreifenden Tag- und Nachtdienste ein hohes Maß an Kommunikation und Kooperation erforderte. Übergaben an die jeweils folgenden Dienste waren zu organisieren, das weitere Vorgehen bei speziellen gemeinsam betreuten Klienten war abzuklären. An den einzelnen Standorten wurden solche Informationen bei den wöchentlichen Teamtreffen geklärt. Da es für diesen Fall keinen entsprechenden Ort für den dringend nötigen Austausch zwischen den Mitarbeitern verschiedener Träger gab, gründeten die Mitarbeiter eine monatlich tagende *Mitarbeiterversammlung*, zu der jeder Mitarbeiter eingeladen war und bei deren Treffen möglichst von jedem Träger mindestens ein Mitarbeiter anwesend sein sollte. Diese Treffen arbeiteten von Anfang an in dem Sinne effektiv, dass hier strittige oder unklare Themen der Zusammenarbeit angesprochen und konkrete Lösungen entwickelt wurden. Auch der Umgang mit einzelnen Klienten wurde hier untereinander abgestimmt. Anfängliches Misstrauen zwischen Mitarbeitern unterschiedlicher Träger löste sich nach den guten Kooperationserfahrungen schnell auf. In der *Mitarbeiterversammlung* wird weiterhin auf der pragmatischen Handlungsebene ein Stück der notwendigen gemeinsamen Ausrichtung erzeugt.

Auch am zweiten Beispiel, der *BaDo-AG*, kann gezeigt werden, wie geeignete Strukturen von Zusammenarbeit aufgrund von konkreten, anstehenden Problemen entstanden sind und sich weiterentwickeln konnten. Ihre Gründung fand aus mehreren Motiven heraus statt: Während jeder Standort mit vorheriger Erfahrung in der Krisenintervention zu Projektbeginn seine eigene Art zu dokumentieren mit einbrachte, entstand im Zusammenhang mit der Erprobungsphase die Notwendigkeit, die von der Begleitforschung entwickelte Basisdokumentation zu implementieren. Als Vorläufer zur computergestützten BaDo wurde eine reduzierte Papierversion installiert. Im Verlauf blieb die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und Forschern im Rahmen dieser Programmentwicklung früh bestehen, zumal sich Gestaltung, Programmierung und Nutzung der Basisdokumentation als anfangs problematisch und aufwendig erwiesen. So trafen sich von jedem Träger delegierte Mitarbeiter, die sich auf inhaltliche und formale Dokumentationsweisen einigen sowie auf die inhaltliche und technische Entwicklung des BaDo-Programms Einfluss nehmen wollten. Die Begleitforschung nahm an dieser Gruppe von Anfang an teil, gemeinsam wurde eine effektive Arbeitsbasis geschaffen, die in eine erfolgreiche Implementierung und Anpassung dieses sehr komplexen Programms mündete. Selbst in den Anfangszeiten, als viele Mitarbeiter mit der aufwendigen Basisdokumentation unzufrieden waren, war die *BaDo-AG* eine inhaltsorientiert arbeitende Gruppe, die konstruktiv die gemeinsame Aufgabe vorantrieb. Eine wichtige Funktion dieser AG war es auch, Entscheidungen in Einzelbereichen der Ausfüllqualität zu beschließen und an die einzelnen Teams weiterzugeben. Inzwischen ist die Weiterentwicklung der BaDo

für die Zeit nach dem Ende der Begleitforschung ein wesentlicher Arbeitsinhalt der Gruppe, deren Arbeit so auch in Zukunft von Bedeutung sein wird.

In beiden genannten Gruppen, aber inzwischen auch in vielen anderen Aufgabengebieten, werden also in der Auseinandersetzung mit gemeinsamen Problemen Lösungen für den Gesamt-BKD erarbeitet, die das Feld der gemeinsamen Arbeitsweisen und damit auch den Fundus gemeinsamer Handlungs-Leitgedanken zunehmend erweitert.

3.5.2.3 Die Infrastruktur

Mit der Infrastruktur einer *lernenden Organisation* lässt sich der Rahmen beschreiben, den eine Organisation für ihre Mitarbeiter bereithält und in dem ein kreativer offener Austausch von Ideen stattfinden kann. Fragen nach der Infrastruktur können etwa lauten: Kann ein Lern- und Entwicklungsumfeld geschaffen werden? Wie kommt man als Mitarbeiter an die dazu nötigen Informationen? Wem wird Einfluss auf Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse wie zugestanden? Gibt es Mittel, die Erfahrung möglichst vieler Organisationsmitglieder in die Entwicklung einzubeziehen?

3.5.2.4 Die administrativen Strukturen

Der Aufbau von handlungsfähigen Organisationsstrukturen war von einigen schwierigen Ausgangsbedingungen geprägt. Hier sind zunächst die z.T. sehr kurzfristigen Vorgaben des Senats und anderer Beteiligter (z.B. Krankenkassen) zu Projektbeginn zu nennen. Hierdurch mussten teils sehr schnelle, gelegentlich sogar überstürzte Entscheidungen getroffen werden. Des weiteren waren und sind die gestaltgebenden Interessen am Krisendienst bei den Geschäftsführern unterschiedlich ausgeprägt, da einige von ihnen die früheren regionalen Dienste persönlich mit aufgebaut hatten und daher auch im weiteren selbst am inhaltlichen Detail mitgestalten wollten, andere hingegen nicht so direkt involviert waren und sind. Und schließlich erschien die mittelfristige Zukunft des BKD in seiner jetzigen Organisationsform ungewiss und damit stand und stehen die zu entwickelnden Strukturen unter einer Art Vorläufigkeitsvermerk.

Die Geschäftsführer der beteiligten Träger haben sich schon frühzeitig mit diesen Herausforderungen auseinandersetzen müssen. Allein die Bereitstellung von Räumlichkeiten und Einrichtungen an neun verschiedenen Standorten erforderte in der Anfangsphase für alle Träger vielfältige Absprachen und organisatorische Höchstleistungen in der Umsetzung. Die Kooperationsleistung wurde dort einerseits durch Delegation von Aufgaben an einzelne Verantwortliche, andererseits durch eine regelmäßig tagende sog. *GbR-Runde*, bestehend aus Geschäftsführung und Mitarbeitern aller Regionen wirksam erbracht.

Nach der Aufbauphase wurde diese aus dem Handlungsdruck heraus gewachsene Struktur überdacht und es entstand die Idee, sie durch eine geplante Organisationsstruktur zu ersetzen. Seitens der Begleitforschung wurde dieser Prozess besonders durch zwei Handlungsinitiativen unterstützt: ein *Gesamtteamtreffen* zum Thema *Organigramme* sowie einem längeren Beratungsprozess mit der Gesellschafterversammlung.

Im Sommer 2000 wurde eine administrative Aufbauorganisation des BKD beschlossen. An der Spitze der Organisation steht eine Versammlung der Geschäftsführer (bzw. bei zwei Trägern von vergleichbar entscheidungsbemächtig-

ten Personen), die in zyklischen Treffen entscheidungsrelevante Themen der Gesamtorganisation behandelt. Ein neu formulierter GbR-Vertrag regelt dabei die Zuständigkeiten von Trägern und Gesellschafterversammlung sowie die Entscheidungsverfahren. Nahe angesiedelt an der Geschäftsführung wurde eine regelmäßig tagende Koordinatorenrunde ins Leben gerufen, in der die organisatorische Tagesarbeit des Gesamtdienstes geregelt wird. In dieser Gruppe sind als Folge der differierenden Trägerkonzepte sehr unterschiedlich positionierte und mandatierte Personen versammelt: vom geschäftsführernahen Einrichtungsleiter bis zum Basismitarbeiter.

Für spezifische Teilaufgaben wurden diverse AGs gegründet. Diese arbeiten längerfristig an einem Themenkatalog wie die *Fortbildungs-AG*, die zuständig ist für die Abstimmung und Organisation gemeinsamer Fortbildungsangebote und die *Öffentlichkeitsarbeit-AG* für die Pflege und Systematisierung der Außenkontakte. Es gibt aber auch temporäre AGs mit einem einzigen Auftrag wie die *Tagungs-AG* für eine im Januar 2003 stattfindende Tagung des BKD.

Im Jahre 2001 wurde die Einrichtung einer *Koordinationsstelle* der GbR beschlossen und besetzt. Ihre Aufgabe ist die Bündelung der Informationen und die Koordination der Arbeit der GbR, sie ist Ansprechpartner der GbR für die Mitarbeiter und gegenüber der Senatverwaltung. Es handelt sich dabei um eine Mitarbeiterin des DPW e.V., die bereits zuvor als Moderatorin der *GbR-Runde* fungiert hatte. Dieser Schritt bindet den DPW als starken Partner von fünf der sechs BKD-Träger ein und trägt einer Forderung der Senatsverwaltung nach effektiver Schnittstellenkommunikation Rechnung. Außerdem werden die Binneninformationswege zwischen Basis und Leitung deutlich transparenter und auch verlässlicher gestaltet. Es ist ferner davon auszugehen, dass so auch eine Verbesserung der externen Schnittstellen im Sinne transparenterer und effizienterer Informations- und Entscheidungsstrukturen erreicht wurde, jedenfalls sind das die eindeutigen Erfahrungen der Forscher selbst.

Die Organisation hat sich bewährt. Sowohl die bedeutende Zunahme der Kontakte im vergangenen Jahr als auch besonders kritische Zeiten wie die verstärkte Nutzung sowie das öffentliche Interesse im Anschluss an die Terrorakte am 11.9.2001 wurden von Mitarbeitern wie Organisation routiniert gemeistert.

3.5.2.5 Die Begegnungsstrukturen

Unterhalb der formalen Organisationsstrukturen finden sich die tatsächlich gelebten Handlungs- und Arbeitsstrukturen, die für die Möglichkeit einer Organisation zu lernen von entscheidender Bedeutung sind. Um einen gemeinsamen Handlungsraum aufzuspannen, muss gezeigt werden, welche Bedingungen eine Organisation vorhält, unter denen sich Mitarbeiter in ihr begegnen können.

Die soeben aufgezeigten formalen Organisationsstrukturen sind dabei nur ein Rahmen. In der Koordinatorenrunde und den AGs begegnen sich ständig Menschen aus den unterschiedlichen Diensten und tauschen sich themenspezifisch aber auch allgemein aus. Im letzten Abschnitt wurden bereits auf die *BaDo-AG* und die *Mitarbeiterversammlung* ausführlicher eingegangen, wobei die administrative und inhaltliche Stellung der letztgenannten Gruppe ungeklärt ist.

Regional gibt es zudem bei jedem Träger wöchentliche *Dienstbesprechungen*, in denen sich das regionale Team der Festmitarbeiter trifft. Hinzu kommen noch re-

gelmäßige Supervisionstreffen und gemeinsame Fortbildungen. Inwieweit diese Treffen dem reinen Informationsaustausch dienen oder auch offene Vorgehensfragen und -entscheidungen betreffen, hängt von der vom Träger vorgegebenen Struktur ab, die von hierarchisch bis zu basisdemokratisch reicht.

Dass Begegnungsstrukturen ein für den BKD bedeutsames Thema sind, wird spätestens dann deutlich, wenn man sich die hier miteinander interagierenden Mitarbeiter vor Augen führt, worauf bereits im Kapitel 3.4.2 im Zusammenhang mit den Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter hingewiesen wurde. Hier treffen bei jedem Träger fünf bis sieben Festmitarbeiter mit 20 bis 50 Honorarkräften zusammen. Innerhalb einzelner Träger herrschen zudem noch Arbeitsbeziehungen zu anderen trägereigenen Einrichtungen. Über die Träger hinaus wiederum werden Kontakte zu anderen Mitarbeitern des BKD nötig. Die unterschiedlichen Mitarbeiterpositionen, Trägerstrukturen und Selbstverständnisse erschweren diesen Austausch zusätzlich. Klare, einfache Begegnungsstrukturen wären hier wünschenswert, sind aber eher unrealistisch.

Auch ein gemeinsamer, alle Mitarbeiter verbindender Ort existiert nicht. Dabei ist die Bereitstellung von *Orten für Begegnung* aus Sicht der Begleitforschung von zentraler Bedeutung. Vor der Einberufung des ersten Gesamtteamtreffen durch die Begleitforschung hatten die Mitarbeiter kein gemeinsames Forum, auf dem sie sich überhaupt begegnen, noch viel weniger austauschen konnten. Die Bedeutung dieses Austausches aber wurde häufig in den Feedbacks am Ende der Gesamtteamtreffen betont. Sie zeigt sich sowohl daran, dass die Gesamtteamtreffen trotz der allgemeinen zeitlichen Belastung der Mitarbeiter immer sehr gut (von 60–80% aller Festmitarbeiter) besucht wurden. Aber auch daran, dass bei den letzten Treffen explizit die Bedeutung dieser Treffen und die Sorge über ihr Wegfallen nach Ende der Begleitforschung geäußert wurde.

Das besondere Kennzeichen dieser Treffen war, dass hier vielen Festmitarbeitern die Möglichkeit geboten wurde, sich trägerübergreifend über zentrale inhaltliche Fragen auszutauschen, ohne dass ein aktueller Handlungsdruck Motor der Begegnung gewesen wäre. Es ging also nicht um die Lösung konkreter, aktueller Probleme des täglichen Miteinanders, sondern um einen Rahmen, in dem prinzipiellere Überlegungen zu gemeinsamen Arbeits- und Vorgehensstrukturen angestellt werden konnten.

Will sich der BKD in Richtung einer lernenden Organisation weiterentwickeln, ist die Bereitstellung solcher Räume der Begegnung unabdingbar. Es müssen dies nicht unbedingt solch aufwendige Strukturen wie die *Gesamtteamtreffen* sein, in dem sich die gesamte Gruppe der Festmitarbeiter trifft. Denkbar wären auch Arbeitsgruppen wie eine *Leitsatz-AG* oder das auf einem Gesamtteamtreffen vorgeschlagene *Inhaltsforum*, in dem sich Mitarbeiter frei austauschen und an den gemeinsamen Standards arbeiten könnten. Solche *Meta-Treffen* bieten einen günstigen Rahmen für die Entwicklung gemeinsamer Leitgedanken und einer bewussten Unternehmenssteuerung, die auf den Schultern vieler Mitarbeiter liegt.

Konkret bedeutet der Mangel an solchen Orten der Begegnung auch, dass es für das Austragen bestimmter Interessenskonflikte sowie die Bündelung kreativer Ideen und Kräfte im BKD keinen geeigneten gemeinsamen Platz gibt. In jedem Unternehmen gibt es eine Spannung zwischen den Arbeitsanforderungen vor Ort, denen die Basismitarbeiter ausgesetzt sind, und den z.B. strategisch sinnvollen

Planungen der Leitung. So scheint es einigen Mitarbeitern sinnvoll bzw. dringend notwendig, die Qualität der Arbeit durch zeitlich und personell aufwendigere inhaltliche Abstimmung und gemeinsame Ausrichtung zu optimieren. Gleichzeitig wird – besonders seitens der Geschäftsführer – eine engere Kooperation mit Feuerwehr und Polizei angestrebt, eine einheitliche ständig erreichbare Rufnummer erwogen, die Mitwirkung des BKD bei der Bearbeitung von Großschadensereignissen diskutiert usw. Dies alles vor dem Hintergrund steigender Kontaktzahlen, die die Dienste bald an ihre Kapazitätsgrenzen führen könnten.

Diese divergierenden Interessenslagen sind in Organisationen ganz natürlich, können allerdings dann problematisch bzw. zu einem Entwicklungshemmnis werden, wenn es keinen klaren Ort gibt, an dem diese Spannung ausgetragen und zu sinnvollen Organisationsergebnissen geformt werden kann. Im Falle des BKD gibt es zwar regionale Austragungsorte innerhalb der einzelnen Träger, aber keine Stelle, an der die Erkenntnisse und Interessen des gesamten BKD zusammenlaufen, als gemeinsame erkannt und auch angegangen werden können. Die *Koordinatorenrunde* könnte ein Ort solchen Interessensausgleichs sein, wenn sie die Themen von der Basis zeitnah aufgreifen und auch beschlussreif behandeln kann. In der Sammlung, Formulierung und Entwicklung solcher Themen wäre wohl auch die Funktion einer Gruppe wie der *Mitarbeiterversammlung* zu sehen.

3.5.2.6 Die notwendigen Verfahren

Die bisher genannten organisatorischen Lernprozesse müssen neben der offenen Diskussion aller Beteiligten auch durch möglichst genaue Informationen über die Vorgänge in der Arbeit gefördert werden. Hierzu werden Verfahren benötigt, die die notwendigen Informationen in einer gut verständlichen Form möglichst vielen Organisationsmitgliedern zur Verfügung stellen.

Es geht dabei um *Datenerhebungsverfahren* (Gibt es überhaupt Wege, an Informationen zu kommen?), um *Datenanalyse* (Was bedeuten diese Informationen für die Mitarbeiter, den Arbeitsablauf, die Organisationsentwicklung?) und um *Informationsvermittlung* (Wie erreicht die Information möglichst viele Teilnehmer einer Organisation?).

Im Gegensatz zu vielen anderen Organisationen verfügt der BKD bereits über hervorragende Verfahren. Während es beispielsweise im allgemeinen äußerst schwierig ist, etwas über die Prozessqualität eines Unternehmens im Bereich Gesundheitsversorgung zu sagen, kann der BKD auf ein erprobtes Erhebungsinstrument, die Basisdokumentation, zurückgreifen, das komplexe Analysen gerade zu diesem Thema zulässt.¹⁹

Die *Prozess-Evaluation* ist der vielleicht kritischste Bereich in Organisationen, besonders in solchen, die im sozialen Bereich tätig sind und deren hauptsächliche *Produktionsmittel* die psychosoziale Arbeit der Mitarbeiter und deren *Produkt* Beratung oder Therapie ist. Nicht umsonst gelingt es kaum, über rein formale Verfahren hinaus Instrumente der Qualitätssicherung angemessen in diesem Arbeitsbereich einzuführen. Besonders aus einer Prozessbeobachtung und -bewertung können jedoch genau die Informationen gewonnen werden, die zu einer bewussten Organisationssteuerung erforderlich sind.

¹⁹ Die BaDo selbst wird in ihrem Aufbau und in ihren prinzipiellen Möglichkeiten an einer anderen Stelle dieses Berichts erläutert (s. Kap 2.4). Für unseren Zusammenhang hier genügt es zu zeigen, was die BaDo als Verfahren der Informationsgewinnung und -distribution leisten kann.

Mit Hilfe der BaDo werden zentrale Kernaussagen zum Prozess der Beratung, einschließlich des Rahmens, indem sie stattfindet, aufgenommen und als quantitative Daten leicht zugänglich und bearbeitbar. Qualitative Daten können zur Erzeugung einer möglichst dichten Beschreibung der Gegebenheiten hinzugefügt werden, was auch relativ häufig geschieht. In der BaDo finden sich die wichtigen Eckdaten zur Situation und zur beratenden Person: soziodemographische Daten, Verweisungszusammenhänge, diagnostische und situative Zustandsbeschreibungen. Für die Prozessbeschreibung ferner notwendig ist die Festlegung und Formulierung von durch Berater und Nutzer eingeschätzten Bedarfen, zu erreichenden Zielen und erwünschten Zwischenergebnissen, die ebenfalls in der BaDo notiert werden. Ebenso werden die aus diesen Vorgaben abgeleiteten Interventionsvorschläge und tatsächlichen Interventionen aufgezeichnet. Man kann zeigen, welches Wissen zum Einsatz kommt, welches Handwerkszeug zur Verfügung steht, welche Theorien und Modelle, welche Erhebungs- und Analyseverfahren verwendet werden.

Die Informationen, die so gesammelt werden, stehen jedem im Standort tätigen Mitarbeiter zur Verfügung. Er kann sich dadurch nicht nur Einblick in die aktuellen Beratungen verschaffen und Zusammenhänge zu seinen eigenen momentanen Beratungen herstellen, sondern auch die Interventionen von Kollegen nachvollziehen, mit seinen eigenen vergleichen usw. Die Folgen für eine wachsende Professionalisierung, einen regen Austausch über kritische Einzelfälle sowie einen kontinuierlichen Informationsfluss sind hier evident. Eine regelmäßige Überprüfung durch die Akteure selbst kann verdeutlichen, was alles nicht läuft und wo man etwas verändern muss. Damit ist fehlerfreundliche Offenheit gegenüber sich selbst und der Organisation gefordert, sowie die Bereitschaft, ggf. ständig Veränderungen an Plänen und Aktionen vorzunehmen²⁰.

Die Daten aus der BaDo eignen sich für die Darstellung von Prozessen auf zwei Ebenen. Am *Einzelfall* kann man den Beratungsprozess selbst rekonstruieren. Hier sind besonders die qualitativen Aussagen in den freien Textfeldern hilfreich, um sich ein möglichst umfassendes Bild machen zu können. Auf einer zweiten Ebene kann man mit den BaDo-Daten aber auch situations-, zeit- und ortsübergreifende *größere Zusammenhänge* (Massen-Phänomene) und Entwicklungsprozesse aufzeigen: z.B. fehlende oder ungewöhnliche Inanspruchnahmegruppen oder längerfristige Veränderung im Klientel oder in der Intervention.

Wie in diesem Endbericht gezeigt wird, bieten unterschiedlichste Analyseverfahren auf der Basis qualitativ hochwertiger Daten die Möglichkeit, differenzierte Analysen über Zusammenhänge zwischen den erhobenen Items zu verfertigen, die dann auch strukturelle Auskünfte bereithalten. So kann man regionale Interventionsstile ebenso herausarbeiten, wie Zusammenhänge zwischen Diagnosen und Bedarfen oder regionale Schwerpunkte in der Vernetzung.

Mit der BaDo steht dem BKD also ein hervorragendes Mittel der Qualitätssicherung zur Verfügung²¹. Wie die Berichte der Begleitforschung zeigen, sind besonders auf der im allgemeinen kritischen, weil kaum nachzuweisenden Ebene der Prozessqualität Auskünfte über die Arbeitsweise im konkreten Fall und auch abstrahiert für die Arbeit des BKD als Ganzem möglich. Man kann spezifische Inter-

²⁰ vgl. Der Ansatz der „Empowerment Evaluation“ (FETTERMAN et al, 1996)

²¹ vgl. HEINER (1996)

ventionsverläufe ebenso zeigen wie allgemeine Vernetzung mit anderen Institutionen. Auch auf der Ebene der Ergebnisqualität finden sich quantitativ wie qualitativ verwertbare Aussagen zur erbrachten Arbeit sowie zur Selbst- und Fremdeinschätzung von Qualität und Angemessenheit der jeweiligen Fallbearbeitung. Hier bietet es sich geradezu an, die bei einigen Trägern bereits in Angriff genommenen Bemühungen in Richtung Qualitätssicherung sinnvoll zu einem gemeinsamen Qualitätsmanagementsystem des BKD zu erweitern.

Voraussetzung zum sinnvollen Einsatz dieser hochwertigen Verfahren ist ihre kenntnisreiche Nutzung, ihre langfristige Pflege und die gegenseitige Vernetzung der Datenauswertung. Damit wird gleichzeitig auch ein Problem angesprochen, für das perspektivisch eine Lösung gefunden werden muss. Die angesprochene Nutzung der Basisdokumentation als Steuerungsinstrument verlangt Mitarbeiter, die auch damit umgehen können und die es in der beschriebenen Weise nutzen können und wollen. Sie verlangt auch ein Zeitbudget, das es den Mitarbeitern erlaubt, die Datenauswertungen vorzunehmen und sie zu interpretieren und zu diskutieren. Dem sind in der alltäglichen Praxis enge Grenzen gesetzt. Trotzdem sollte es möglich sein, ein gewisses Zeitbudget dafür zur Verfügung zustellen, wenn eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung gewünscht wird. Letztendlich sparen nämlich solche Analysen dann auch wieder Mitarbeiterzeit, wenn es gelingt, auf dieser Basis zu wirkungsvollerem und effizienteren Handlungsformen zu kommen.

Ein weiteres Verfahren, das dem BKD seitens der Begleitforschung im Sinne der Förderung einer lernenden Organisation angeboten worden war, ist die *Selbstbeforschung*²². Dieses Verfahren der partizipativen Forschung und Veränderung ist ein einflussreiches Werkzeug in den Händen der forschenden Mitarbeiter, die mit seiner Hilfe Steuerungswissen und -einfluss entwickeln können.

Im Rahmen der Selbstbeforschung sollten die Mitarbeiter des Krisendienstes in speziellen, bereits erprobten Verfahren in qualitativer Beobachtung und Datenanalyse trainiert werden. Sie sollten damit befähigt werden, ihre Arbeitssituation selbst zu beforschen. Dabei sollten sie den Fokus ihrer jeweiligen Untersuchung selbst wählen, die Beobachtung an ihrem Arbeitsplatz durchführen und ihre Daten eigenständig analysieren. Anschließend sollten sie Daten und Analysen bewerten, ggf. resultierende Veränderungsvorschläge formulieren und deren Implementierung initiieren.

Es war konzipiert, dass die Mitarbeiter mit Hilfe der Selbstbeforschung genau jene Engpässe ihrer Arbeitszusammenhänge würden untersuchen können, deren Veränderung ihnen am meisten am Herzen läge. Indem sie sich dieses Instrumentes bedienten, griffen sie aktiv steuernd in ihre Arbeitsprozesse ein. In Kopplung mit dem Zugriff auf BaDo-Ergebnisse sowie eine Vernetzung der Ergebnisse aus den einzelnen Standorten hätte ein Synergieeffekt in der Steuerung der gesamten Organisation erreicht werden können.

Leider kam dieses Verfahren trotz mehrmaligem Angebot im Rahmen des BKD nicht zum allgemeinen Einsatz. Dies kann sicher mit dem großen Zeitaufwand erklärt werden, den der BKD im Zusammenhang mit der Implementierung und Veränderung der BaDo in den ersten beiden Jahren erbringen musste. Zwar handelt es sich bei der BaDo um ein außerordentliches Produkt, das dem BKD durch

²² FLOETH et al. (1997), FLOETH (1999) ; vgl. auch: VON SPIEGEL (1993)

die Forschung zur Verfügung gestellt werden konnte und auch langfristig zu seinem eigenen Nutzen wird einsetzen können. Aber die dazu nötigen Zeitinvestitionen waren über die Implementierung hinaus bedauerlicherweise beachtlich.

An einem Standort wurde in diesem Jahr schließlich eine reduzierte Version der Selbstbeforschung ein- und durchgeführt, wobei hierbei allerdings das spezifische theoretische (Aktionsforschungs-) Interesse der regionalen Leitung eine treibende Kraft war. Nach einem Methodentraining für alle Festmitarbeiter wurden zunächst Beobachtungen zu spezifischen Beratungssituationen als gesondert deklarierte Eintragungen in der BaDo während der Monate April bis Oktober 2002 dokumentiert. Sie wurden kontinuierlich analysiert und die Analyse den Mitarbeitern vorgestellt. Im weiteren Verlauf wurden erneut Texte erzeugt, die nun ein ganz anderes Reflektionsniveau der Mitarbeiter aufwiesen und zudem von deutlich veränderten Interventionen berichteten. Die Auswirkungen dieser Selbstbeforschungssequenz sind sowohl im Team wie im Beratungsstil festzustellen. Die Ergebnisse werden zudem im Rahmen weiterer Auswertungen für eine wissenschaftliche Arbeit verwertet werden.

Nach dieser Darstellung der Organisationsqualität des BKD entlang der drei Bereiche *Leitgedanken*, *Infrastruktur* und *Verfahren* wendet sich der folgende Abschnitt der Frage der Steuerung der Organisation zu.

3.5.3 Steuerung und Meta-Steuerung

Im Weiteren soll die Frage der Organisationsqualität an einem Kernbereich organisationalen Handelns diskutiert werden, dem Bereich der *Steuerung*. Der Abschnitt über die *interne* Steuerung befasst sich mit Mitteln, Wegen und auch Vorstellungen, in denen das Handeln einer Organisation von ihren Teilnehmern selbst gesteuert wird. Die Analyse basiert auf Protokollen unterschiedlichster Gruppentreffen, auf geäußerten Vorstellungen der Organisationsteilnehmer sowie auf Erfahrungen der Begleitforscher mit der Organisation selbst.

Die *externe* Steuerung untersucht die von Außen auf die Organisation einwirkenden steuernden Einflüsse. Es liegt in der Natur des untersuchten Sachverhaltes, dass die Darstellung nicht das gesamte Feld der steuernden Einflüsse und Strategien umfassen kann.

3.5.3.1 Interne Steuerung des BKD

In vielen sozialen Projekten, zumal solchen mit einer eher partizipativ orientierten Entwicklungsgeschichte, ist das Verhältnis zwischen Basis und Leitung problematisch und im Laufe der Entwicklung kontinuierlichen Aushandlungs- und Durchsetzungsprozessen unterworfen. Sowohl Informationsaustausch als auch Entscheidungsabläufe sind hierbei betroffen. Zunächst existieren bei den Organisationsteilnehmern unterschiedlichste Vorstellungen über Art und Bedeutung der von einer Organisation zu erbringenden Aufgaben. Dann gibt es eine spezifische Spannung zwischen Leitung und Basis, die mit Informationsaustausch zusammenhängt. In Ermangelung von Kenntnissen über Vorgehensweisen, Vorstellungen und Sorgen der Basismitarbeiter mag manche, wie auch immer konstruierte Leitung über unberechenbares Mitarbeiterhandeln klagen. Mitarbeiter der Basis beklagen im Gegenzug aus einem vergleichbaren Informationsmangel heraus womöglich Leitungswillkür.

Eine oft quasi *natürlich* gewachsene, willkürliche Aufbauorganisation sowie daraus resultierende unklare Entscheidungsstrukturen schwächen die Handlungsfähigkeit von Organisationen ganz empfindlich. Viele organisatorische Abläufe sind undurchsichtig und ineffektiv, ungeregelte Handlungsfreiräume führen zu manchmal paradoxem Vorgehen, allerdings auch zu kreativen Lösungswegen.

Bei der Konstruktion des BKD kamen sechs Träger mit sehr unterschiedlichen Organisations- und Leitungsstrukturen zusammen. Die Aushandlungsprozesse um die notwendigen Maßnahmen für die Schaffung einer effektiven Meta-Organisation waren entsprechend aufwendig und das Ergebnis ist eine hochkomplexe Struktur.

Zunächst wenden wir uns den *Vorstellungen* zu, die die Organisationsteilnehmer hinsichtlich der *Organisationsaufgaben* und der *Stellung* der einzelnen Mitarbeiter in der Organisation geäußert haben. Die von der Begleitforschung initiierte Zukunftswerkstatt zu Beginn des Projektzeitraums zeigte zwei Spannungsbögen auf, die im Laufe der weiteren Arbeit häufiger thematisiert wurden, im Tun aber auch immer wieder aufgelöst werden konnten: zwischen *Arbeit* und *Verwaltung* und zwischen *Oben* und *Unten*.

Die Spannung *Arbeit* vs. *Verwaltung* ist besonders in Organisationen des sozialen Bereichs ein durchaus bekanntes Phänomen. Es gibt hier eine Vorstellung, die *richtige Arbeit* sei zunächst die direkte Klientenarbeit, am besten im persönlichen Gespräch. In diesem Zusammenhang tauchten im Rahmen der Zukunftswerkstatt dann Wünsche auf wie: „endlich mal in Ruhe arbeiten können“, „mehr Zeit für die Klientenarbeit haben“ usw. Manchmal wird noch eine zweite Ebene der *richtigen Arbeit* zugestanden: die des Austauschs über die direkte Arbeit bis hin zur Entwicklung inhaltlicher Standards. In der Zukunftswerkstatt wurden hier Wünsche nach trägerübergreifendem inhaltlichen Austausch, nach inhaltlichen Gremien, Teamtagen usw. formuliert. Wenn auch über die zulässigen Anteile zwischen beiden Ebenen der *richtigen Arbeit* gelegentlich Dissens herrscht und mancher Mitarbeiter vielleicht das Gefühl hat, dass zuviel geredet und zu wenig getan wird, besteht Einigkeit darüber, dass hier die richtige Arbeit stattfindet.

Der dazu entgegengesetzte Aufgabenbereich ist *die Verwaltung*, d.h. all jene Abläufe, die man als lästige Pflicht der Leitung oder einem Geldgeber gegenüber zu erfüllen hat. Die Dokumentation gehört ebenso dazu wie die Treffen, in denen Organisationsabläufe besprochen werden müssen und die Planung und Herstellung der Rahmenbedingungen erfolgt, die eine *richtige Arbeit* erst möglich macht. Im Falle des BKD existiert diese Spannung zudem in doppelter Ausführung: als regional und als überregional zu realisierender Verwaltungsaufwand. Letzterer wird hauptsächlich im Standort Mitte erbracht, was für diesen Standort zusätzliche Spannungen zu Kollegen anderer Regionen bedeuten kann. Natürlich ist diese Darstellung plakativ und jeder Teilnehmer der Organisation weiß über die Notwendigkeit und Bedeutung *der Verwaltung*. Dennoch wird sie oft als Last empfunden und eine Vision in der Zukunftswerkstatt war folgerichtig, die Aufgaben an einen Verwaltungsspezialisten zu delegieren, um selbst „in Ruhe arbeiten“ zu können.

Die zweite Spannung, die in der Zukunftswerkstatt deutlich thematisiert wurde und auch in späteren Treffen immer wieder zutage trat, besteht zwischen Leitung und Basismitarbeitern. Mit der partiellen Einführung von Teamleitern und der Gründung der Koordinatorenrunde wurde dieses Spannungsfeld im Laufe der Zeit ver-

schoben, aber auch klarer kanalisiert. Vieles, was „da oben“ läuft, ist denen „da unten“ unverständlich. Umgekehrt sind für jede Leitung der Einfluss und die Handlungen der Basismitarbeiter nur begrenzt einzuschätzen, zumal es sich hier ja nicht nur um die Mitarbeiter der je eigenen Organisation handelt, sondern auch noch die der fünf anderen Träger.

Was die *Entscheidungsstrukturen* angeht, gab es zunächst nur die trägereigenen Strukturen, in denen je nach Träger Entscheidungsmacht mehr beim Team oder bei einer Leitungsfigur – Geschäftsführer, Teamleiter o.ä. – lag. Die notwendigen trägerübergreifenden Entscheidungen wurden unabhängig von ihrer jeweiligen Bedeutung in der Gesellschafterversammlung gefällt.

Die Gründung der *Koordinatorenrunde* bedeutete die Einführung einer sinnvollen administrativen Zwischenebene zur Realisierung der umfänglichen Organisationsaufgaben, lässt sich aber gleichzeitig auch als Versuch einer Neubestimmung der Beziehung zwischen Basis und Leitung verstehen. Ein erwünschter Effekt ist dabei vermutlich auch, die Entscheidungsprozesse von Basismitarbeitern in ihren Teams steuerbarer zu machen.

Dies gelingt jedoch bis jetzt nur zum Teil, denn es gibt trägerseits keine einheitliche Hierarchielogik: Nur vier der sechs Träger sind durch einen Geschäftsführer in der Gesellschafterversammlung vertreten: ein Träger hat ein *geschäftsführendes Team*, das zwei Personen (kommissarisch) mit Leitungsaufgaben betraut hat. Ein weiterer Träger hat einen Leiter, der zunächst auf allen drei existierenden Ebenen agierte: Gesellschafterversammlung, Koordinatorenrunde und Mitarbeiter-Gesamtteamtreffen, inzwischen aber die Rollen entzerrt und für die Koordinatorenrunde eine weitere Person delegiert hat. Auf der Ebene der Koordinatoren gibt es klare Einrichtungsleiter (2), reine Teamvertreter (2) und zwei Personen, die eher zwischen diesen beiden Ebenen angesiedelt sind. Hier sind noch interessante weitere Aushandlungsprozesse zu erwarten.

Die Hauptverantwortung für die Steuerung des BKD als Gesamteinrichtung liegt bei der *Gesellschafterversammlung*. Im Tagesgeschäft ist inzwischen deutlich geworden, dass die *Koordinatorenrunde* zwar aktuelle Fragen behandelt, bei kritischen Entscheidungen aber das Votum ihrer Geschäftsführer einholen oder eben eine Vorlage in die *Gesellschafterversammlung* einbringen muss. Vergleichbares gilt auch für die Arbeit in den AGs. Die *Gesellschafterversammlung* formuliert wichtige Arbeitsaufträge z.B. zur Konzeptmodifikation oder zur Reduzierung der Items der BaDo gleichzeitig an die *Koordinatorenrunde* und die AGs.

Die Entscheidungsstrukturen dieser Runde konnten im Rahmen der Begleitforschung inhaltlich und in ihrem Ablauf nicht näher untersucht werden, da keine ausreichenden Informationen aus diesen Treffen vorliegen. Allerdings werden im Folgenden einige Aspekte anhand des vorliegenden GbR-Vertrages sowie der Einschätzung der Geschäftsführer selbst diskutiert.

Die Entscheidungsstrukturen auf der Leitungsebene sind formal im GbR-Vertrag geregelt. Seit Juni 2001 ist dieser GbR-Vertrag in Kraft, in den einige interessante Punkte Aufnahme fanden und die auch über die Frage von Steuerung Auskunft geben. In §5 dieses Vertrages ist die Zusammenarbeit und die Gesellschafterversammlung geregelt. Die dort benannte Basis ist eine *vertrauensvolle Zusammenarbeit*. Dann folgt eine Art gegenseitigen Übernahmeverbots, in dem ausge-

geschlossen wird, dass ein Träger mehr als einen regionalen Krisendienst betreibt. Falls nötig, würde die GbR auch eine Region gemeinsam betreuen. Angesichts der bereits erwähnten kritischen Marktsituation kann dieser Passus als sinnvolle Beruhigung der Situation zwischen den Trägern verstanden werden.

Zentral in dem Vertrag ist die Regelung zur Entscheidungsfindung in der Gesellschafterversammlung: alle Entscheidungen werden auf der Basis von Einstimmigkeit aller Gesellschafter getroffen, was den juristischen Grundlagen einer GbR entspricht. Bei Nichteinstimmigkeit wird ein Schlichterspruch eingeholt, wobei neben einer Mitarbeiterin des DPW e.V. auch die beiden Geschäftsführer des DPW e.V. und des Caritasverbandes als Schlichter benannt sind. Ein weiterer Passus in §6 regelt, dass auch die Feststellung, ob es sich bei einer Angelegenheit um ein Thema der GbR oder des einzelnen Trägers handelt, von der Einstimmigkeit abhängig gemacht wird.

In gewisser Weise kann man in diesen Absätzen des Vertrages den Zwang zur Einigkeit und Einstimmigkeit festgeschrieben sehen. Es wird vermutlich äußerst selten vorkommen und zudem ein schlechtes Außenbild gegenüber Caritas und DPW abgeben, wenn der BKD tatsächlich einen Schlichterspruch von so hochkarätigen Schlichtern erwirken will. Für den Zusammenhalt des BKD bedeutet diese Notwendigkeit zur Einstimmigkeit ein Auftrag zur gemeinsamen Kooperation. Sie wirkt der Bildung von wechselnden thematischen oder machtstrategischen Koalitionen entgegen und fordert mit Nachdruck eine konstruktive Auseinandersetzung. Für die Steuerung bedeutet dies, dass die GbR nur in dem Maße den BKD gemeinsam wird steuern können, wie sie sich zu einer einheitlichen Vorstellung durchringen kann. Es bleibt abzuwarten, ob die Gesellschafterversammlung mit dieser Regelung bei konträren inhaltlich relevanten trägerübergreifenden Fragen konstruktiv umgehen kann oder ob sie sich u.U. bei den Entscheidungen gegenseitig behindert.

Zusammen genommen kann die Kooperation der GbR-Partner auf Basis dieses Vertrages nur in dem Maße wirkungsvoll werden, wie sie sich über die behandelten und zu entscheidenden Themen prinzipiell einig sind oder sich jedenfalls einigen können. Selbst bei einem einzigen Gesellschafter mit abweichender Meinung ist eine Entscheidung nicht oder nur nach großem Aufwand zu erreichen. Man kann daher davon ausgehen, dass wichtige konträre Punkte erst nach langwierigen Vorverhandlungen z.B. in der Koordinatorenrunde eingebracht werden. Der Entscheidungsprozess wird jedenfalls vermutlich sehr aufwendig gestaltet sein. Aus Sicht der Begleitforschung birgt diese formale Bindung der Entscheidungen an eine Einstimmigkeit sowohl die Gefahr der Verlangsamung oder gar Lähmung notwendiger Prozesse wie auch die Chance zur konstruktiven Gemeinsamkeit ohne die Bildung destruktiver Koalitionen.

In Interviews wurden alle Geschäftsführer – bzw. bei zwei Trägern Personen mit entsprechenden Funktionen – unter anderem auch über die Arbeit der Gesellschafterversammlung befragt. Übereinstimmend schätzen sie die Zusammenarbeit im Rahmen der Runde als „relativ gut“ bis „sehr erfolgreich“ ein. Die Anfangszeit der Kooperation sei sehr zeitaufwendig und partiell auch schwierig verlaufen. Zunächst habe es Befürchtungen und Skepsis über Arbeit und Motive der Partner gegeben. Inzwischen aber habe man viele Probleme gemeistert und „eine gemeinsame Kultur“ entwickelt. Die Entwicklung selbst wird als „faszinierende Erfah-

rung“ beschrieben. Der Zeitaufwand für die Leitung wird von einigen als „anfangs riesig, jetzt immer noch groß“ bezeichnet, wobei von 10 bis 15 Wochenstunden die Rede ist. Als besondere Qualität der Leitung wird die Bündelung von vielfältigen Erfahrungen gesehen, die hier in Form von sechs auch fachlich erfahrenen Leitern – Psychologen, Sozialpädagogen, Soziologen – in die inhaltliche und organisatorische Arbeit des BKD eingebracht wird. Bei einer anderen Trägerkonstruktion wie der Gründung einer gemeinsamen GmbH mit delegierter Trägerverantwortung hätten sich die Leiter wohl eher zurückgehalten, statt wie jetzt ein so großes Engagement für die Entwicklung des BKD einzubringen.

Was die Entscheidungsfindung angeht, werden in den Interviews unterschiedliche Bereiche angesprochen. Klar gesehen wird, dass die Einstimmigkeitsverpflichtung im GbR-Vertrag eine leicht zu missbrauchende Regel darstellt, da sie jedem Träger ein alles blockierendes Vetorecht einräumt. Allerdings wird die Ansicht vertreten, dass dieser Missbrauch wohl so nicht vorkommen wird. Kritisch wird allerdings eine Trägheit des jetzt vorliegenden Systems für den Fall angemerkt, dass im Bereich eines Trägers Veränderungen mit trägerübergreifender Wirkung vorgenommen werden müssten. Dies gilt für die Schließung oder Verlegung von Standorten, wenn diese mit enormem finanziellem Aufwand verbunden wäre, der Einbußen auch für die anderen Träger mit sich brächte.

Für die interne Steuerung wichtig könnte zudem noch die Rolle eines Koordinators sein, die in dem Vertrag beschrieben wird. Allerdings wird im Vertrag und seiner bisherigen Umsetzung deutlich, dass diese Position zwar mit einer großen Aufgabenfülle versehen wird, aber aufgrund der juristischen Grundlagen des BGB keine interne Steuerungsverantwortung erhalten kann. Für das effektive Funktionieren der Gesellschafterversammlung ist der Koordinator von großer Bedeutung, da er die notwendigen Vor- und Nacharbeiten für die Sitzungen, den Informationsfluss sowie die Prozessverantwortung für die Beratung selbst übernimmt.

In den Interviews wird die Rolle der zur Zeit beschäftigten Koordinatorin unterschiedlich beschrieben. Sie ist die „Grundgesetzhüterin“ der Konzeption, macht Vorlagen für die GbR, arbeitet deren Aufträge ab und stellt die Umsetzung der Beschlüsse sicher. Sie kann nicht beschließen, koordiniert und moderiert aber die Treffen. Sie bewirkt eine Bündelung der Aufgaben und schafft Verlässlichkeit.

Die Hauptsteuerung der praktischen Abläufe des BKD findet in den Regionen selbst statt. Dort läuft der größte Teil des Tagesgeschäftes als regionale Aufgabe und gehorcht entsprechend den trägerspezifischen Gepflogenheiten. Je nach Trägerstruktur wird dabei unterschiedlich vorgegangen. Bei einem hierarchischen Modell mit einem mandatierten Leiter wird dieser nach Kenntnis der Lage – ggf. in Rücksprache mit seinem Geschäftsführer – Entscheidungen treffen, mit oder ohne Beratung mit seinem Team. Bei einem eher basisdemokratischen Modell hingegen wird in einem mehr oder weniger aufwendigen Prozess Einigung zu dem zu entscheidenden Punkt gesucht.

Im regionalen Einzelfall sind diese Vorgehensunterschiede meist nicht dramatisch: Entscheidungsgeschwindigkeit oder -akzeptanz mögen differieren. Kritischer wird es, wenn die unterschiedlichen Entscheidungsstrukturen bei gemeinsamen Themen aufeinandertreffen. Dann kann es passieren, dass eine Arbeitsgruppe kein Vorgehen beschließen kann, weil ein Mitglied zunächst noch das Mandat seines Teams einholen muss. Oder es werden Entscheidungen getroffen, die dann aber in manchen Teams nicht mitgetragen oder umgesetzt werden.

3.5.3.2 Externe Steuerung des BKD

Das Projekt *landesweiter Berliner Krisendienst* ist inhaltlich wie ökonomisch ein beachtliches Projekt. Die administrative Steuerungsverantwortung liegt in den Händen der zuständigen Senatsverwaltung. Es ist daher zu fragen, welche Instrumente hierfür vorgehalten werden und wie sie sich im Untersuchungszeitraum bewährt haben.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz hatte bei der Entstehung des BKD eine maßgebliche Rolle gespielt. Sie hat im Rahmen der Psychiatrieplanung für das Land Berlin aktiv auf die Entwicklung einer Konzeption für einen landesweiten Krisendienst Einfluss genommen, indem sie eine entsprechende AG intendierte und die Vorschläge einer Konzeption durch den Landespsychiatriebeirat diskutieren und beschließen ließ. Schließlich erwirkte sie die notwendige Entscheidung durch den Senat und das Abgeordnetenhaus von Berlin.

Zum Beginn der Erprobungsphase delegierte sie die administrative Abwicklung der Zuwendungen nach der Zustimmung aller Bezirke an *eine* bezirkliche Verwaltung, nämlich das Bezirksamt Charlottenburg, nach der Bezirksreform Charlottenburg-Wilmersdorf. Damit erhielt dieses Projekt den Sonderstatus, trotz der eigentlich bezirklichen Zuständigkeit zentral gesteuert zu sein.

Für die externe Steuerung sind in diesem Fall mehrere Orte vorgesehen:

Die Fachverantwortung liegt bei der zuständigen Senatsverwaltung. Sie hat über die Sachberichte der Träger, Tagungsprotokolle der verschiedenen Gremien und besonders über die Berichte der Begleitforschung detaillierten Einblick in die strukturelle und inhaltliche Arbeit des BKD.

Auf der *bezirklichen Ebene* liegt die Verantwortung für die Mittelzuweisung per Delegation beim Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf. Weiterer Einfluss ist durch bezirkliche Gremien gegeben wie den bezirklichen Beiräten, den PSAGen bzw. deren Untergruppen. Außerdem haben die Bezirke einen Einfluss auf die Steuerung des BKD durch den *Beirat des Landeskrisendienstes Berlin*, der die Zuwendungsgeber hinsichtlich ihrer Steuerungsaufgaben unterstützt und der vom Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf einberufen und moderiert wird.

Die Qualität der inhaltlichen Arbeit des BKD ist breit akzeptiert. Der überwältigende Anteil der befragten Vertreter der Gesundheitsversorgung in Berlin, seien sie Psychiatriekoordinatoren, Senatsvertreter oder sonstige Akteure im Feld der gemeindepsychiatrischen Versorgung bescheinigt dem Krisendienst nach unseren Untersuchungen eine gute bis hervorragende Arbeit. Eine Steuerungsnotwendigkeit im Rahmen einer externen Fachverantwortung wird bisher nicht gesehen. Der einzig kritische Punkt könnte die bisher noch ausstehende Weiterentwicklung der schriftlich ausgewiesenen Konzeption sein, in der die faktische Entwicklung der konkreten Arbeitserfahrung nach drei Jahren Krisendienst noch nicht nachvollzogen ist.

Gerade vor dem Hintergrund von sechs Trägern mit teilweise unterschiedlichen Angebotsprofilen ist es für die intern wahrzunehmende wie extern zu kontrollierende Fachverantwortung wichtig, dass die Konzeption des BKD die allgemein anerkannte und im Handeln auch angestrebte Geschäftsgrundlage bleibt. Dazu ist ihre trägerübergreifende Diskussion und Aktualisierung an die sich entwickelnde

Arbeitspraxis notwendig. In direktem Zusammenhang damit ist die BaDo als Möglichkeit eines inhaltlichen Controllings von nicht zu unterschätzender Bedeutung. In ihr lässt sich quantitativ wie qualitativ die Arbeit des BKD als Ganzes nachzeichnen und ggf. Spezialaspekte gesondert analysieren. Aus der Sicht der Begleitforschung sollte daher die Konzeption des BKD fortgeschrieben und die BaDo langfristig gesichert und gepflegt werden.

Ein weiterer kritischer Punkt ist der zweite Bereich der externen Steuerung, *die Verwirklichung der Umsetzungsverantwortung*. Die Senatsverwaltung wollte frühzeitig verbindliche, langfristige und transparente Strukturen in der organisatorischen Abwicklung des Krisendienstprojektes sicherstellen. Die Aufgabe eines landesweiten Krisendienstes wurde nicht, wie im Psychiatrie-Entwicklungs-Plan vorgesehen, an *einen* Anbieter vergeben, sondern an sechs eigenständige Träger. Dies bedeutete für das die Maßnahme umsetzende Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf, die individuellen Verhandlungen und Abschlüsse von eigenständigen Zuwendungsverträgen mit jedem der Träger durchzuführen. Tatsächlich wurden auch in den Folgejahren jeweils sechs Zuwendungsbescheide für die Träger und ein weiterer für die Zentraldienste nötig, die einzeln verhandelt, abgeschlossen, umgesetzt und abgerechnet werden mussten.

Die Startsituation war 1999 durch Sonderzuweisungen im Rahmen der Ersteinrichtung von Standorten zudem so unübersichtlich und verwaltungsaufwendig, dass der DPW e.V. als Treuhänder eingeschaltet wurde, der mittels eines Subunternehmens die Abwicklung von etwa 30 Einzelbescheiden umzusetzen hatte. Erst für das Jahr 2000 übernahm dann das BA Charlottenburg die Aufgabe selbst und hat es danach weiterhin mit den sechs Trägern und deren Einzelbescheiden, Widersprüchen, Umwidmungen usw. zu tun.

Diese Umsetzungsbedingungen beeinflussen nicht nur durch ihren großen Verwaltungsaufwand die Steuerungsmöglichkeiten des zuständigen Bezirksamtes. Auch die Verhandlungslage selbst wird als ungleich schwieriger geschildert, als dies bei *einem* Träger der Fall wäre. Das zuständige BA befindet sich in dieser Situation nicht nur zwischen den Polen von Fach- und Finanzaufsicht seitens der Senatsverwaltung. Anders als in den ihm vertrauten bezirklichen Verhandlungen mit einzelnen Trägern steht es hier auch noch gleichzeitig sechs Verhandlungspartnern gegenüber, von denen jeder eigenständig argumentieren kann. Dieser Umstand muss im Gesamtkontext der Entstehung und Entwicklung des BKD gesehen werden: die Vorteile einer Trägervielfalt in der organisatorischen und juristischen Konstruktion einer GbR für den landesweiten Krisendienst wird erkaufte durch die oben und hier genannten Probleme.

Der ursprüngliche Wunsch der Zuwendungsgeber nach *einem* Ansprechpartner bzw. *einem* Träger bzw. einer *gemeinsam* gegründeten gGmbH ist vor diesem Hintergrund verständlich. Als Umsetzung einer schon in der Konzeption festgehaltenen Maßnahme wurde von Senatsseite die Forderung nach Gründung einer gemeinsamen gGmbH an die Träger herangetragen und bei der Zuwendungsvergabe in den *besonderen Nebenbestimmungen* aufgenommen.

Die GbR hat sich dieser Bestimmung in den letzten Jahren erfolgreich zur Wehr setzen können. Zunächst wurde eine Fristverlängerung angesichts anderer drängender Aufgaben in der Anfangsphase vereinbart. Auch wurde ein Gutachten in Auftrag gegeben, dass die Problematik einer GmbH-Gründung beleuchtete. Die

Gegenargumente der GbR betreffen unter anderem gravierende finanztechnische sowie haftungs- und arbeitsrechtliche Probleme. Als eine schwierige Ausgangssituation sei festzuhalten, dass die Beschäftigten des BKD oft bereits vorher bei einem der Träger angestellt waren. Durch die spezifischen und teils sehr unterschiedlichen Anstellungsverhältnisse käme kein einheitlicher Arbeitsvertrag im Rahmen des BKD zustande. Außerdem wurde von den Geschäftsführern in den Interviews beklagt, dass die finanzielle Ausstattung für die Verwaltung wie die Leitung des Krisendienstes nur sehr unzureichend sei. So wären von Anfang an die bereits vorhandenen und effektiv arbeitenden Strukturen der sechs Träger notwendig gewesen, um diesen Aufgabenbereich überhaupt adäquat abdecken zu können.

In den weiteren Bemühungen um einen Kompromiss in dieser Frage wurde die Einstellung einer koordinierenden Person vorgeschlagen, um die Kommunikationsstrukturen zu verbessern. Wie bereits ausgeführt, wurde diese Position im letzten Jahr besetzt.

Der aktuelle GbR-Vertrag weist dem GbR-Koordinator in §7 die „Verhandlung und Korrespondenz mit dem Zuwendungsgeber“ als Aufgabe zu. Der Forderung der Bezirksverwaltung nach einem Koordinator als verbindlichen Ansprech- und Verhandlungspartner hat die GbR zwar mit dem Argument widersprochen, dass diese Person kein verbindlicher Ansprechpartner sein könnte, da die verbindlichen Aussagen z.B. zu Zuwendungsangelegenheiten nach der gültigen Rechtsprechung nur von Vorständen oder Geschäftsführern der beteiligten Vereine getroffen werden könnten.

Die Schwierigkeiten, die sich hier zeigen, hängen somit auch eng mit den Vorgaben des Berliner Senats und der Landeshaushaltsordnung zusammen. Die Finanzierung des BKD erfolgt im Rahmen des Zuwendungsrechts, das keine Verschiebung von Geldern ins nächste Jahr erlaubt, bei dem die Zuwendung im Prinzip jederzeit kündbar ist und das damit keine Planungssicherheit gibt. Damit wird die Organisation im Rahmen einer gGmbH hoch riskant, da diese u.a. dann Anstellungsträger für die Mitarbeiter werden müsste. Von den Trägern wurde wiederholt darauf verwiesen, dass eine Finanzierung über einen Leistungsvertrag auch andere Organisationsformen (z.B. gGmbH) erlauben würde und damit auch klarere Ansprech- und Verhandlungspartner. Dies scheint aber zum gegebenen Zeitpunkt aus vielerlei Gründen nicht möglich.

Trotzdem wird zu prüfen sein, inwieweit sich durch den GbR-Vertrag die Möglichkeit anbietet, die nächsten Verhandlungen doch nur mit einem einzigen Ansprechpartner führen zu können. Das würde eine wesentliche Vereinfachung für die Zuwendungsgeber bedeuten. Fragen von Schwerpunktsetzung und Mittelverteilung würden damit allerdings in den BKD hinein verlagert.

Aus Sicht der Begleitforschung sollte zumindest ein Weg gefunden werden, nach dem die Seite des BKD – nach entsprechenden internen Abstimmungen – mit einer einzigen Stimme gegenüber dem Geldgeber verhandeln kann. So könnte geprüft werden, ob es nach vorgeschalteter Einigung auf das prinzipielle Vorgehen in der Gesellschafterversammlung zu einem Verhandlungsmandat für die Koordinatorin oder einem Mitglied der GbR kommen kann.

Vom administrativen Aufwand her wäre gewiss auch die Konzentration auf einen Zuwendungsbescheid, einen Abrechnungsvorgang und einen Sachbericht wünschenswert, auch wenn hier noch viele Detailfragen zu klären sind.

Die Gründung des *Beirats des Landeskrisendienstes Berlin* begann mit einem Missverständnis: Die Vertreter der GbR blieben ihm zunächst fern, da sie aus ihrer Sicht zu wenig Einfluss auf seine Besetzung hatten nehmen können. Erst in einer Klärung wurde deutlich, dass dieser Beirat in erster Linie nicht zur Beratung und Unterstützung des BKD einberufen wurde, sondern zur Unterstützung des Zuwendungsgebers, mithin als Mittel externer Steuerung fungieren sollte. Mitglieder des Beirates sind: die zuständigen Stadträte für Gesundheit, Vertreter der Senatsverwaltungen für Gesundheit und Soziales, Fachleute aus der ambulanten und stationären Versorgung, die Wohlfahrtsverbände vertreten durch eine Vertreterin des Liga Fachausschusses Psychiatrie, Angehörigenvertreter sowie als beratende Mitglieder Vertreter des BKD und der Begleitforschung. Von Zuwendungsgeberseite wird dem Beirat eine wichtige Funktion eingeräumt, da in ihm potentiell alle Bezirke und infragekommenden Interessengruppen sowie mehrere GbR-Mitglieder vertreten sind. Hier findet ein reger Informationsaustausch statt, auch können Anregungen aus den Bezirken und vor allem von den bezirklichen Beiräten – auch hinsichtlich Steuerungsfragen – aufgenommen werden. Die Begleitforschung wurde als beratendes Mitglied zu den Sitzungen eingeladen, erstattete regelmäßig über die Ergebnisse der Forschung Bericht und beteiligte sich an den stattfindenden Diskussionen.

In den mit Psychiatriekoordinatoren durchgeführten Interviews nennen diese, befragt nach den Möglichkeiten den regionalen Steuerungsmöglichkeiten des BKD, übereinstimmend den Beirat als geeignetes Instrument.

Die üblicherweise mit der Zuwendungsfinanzierung gekoppelte regionale Steuerungsgewalt haben die Bezirke an den projektzuständigen Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf delegiert. Zwar kann man in den Bezirken über die dortigen Gremien wie die regionalen Beiräte oder die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften auf die regional zuständigen Krisendienste Einfluss nehmen. Aber im allgemeinen steuern die Bezirke die Arbeit des BKD als Gesamtorganisation nicht direkt und haben keinen direkten Einfluss darauf. Der Beirat des BKD jedoch böte allen Bezirken die Möglichkeit, ihnen wichtige Themen anzusprechen und dem BKD als Ganzem sowie seinen ihn kontrollierenden Instanzen zur Kenntnis zu geben. Von allen Interviewten wird festgestellt, dass sie ausgezeichnet über den BKD und seine Aktivitäten informiert sind, von ihnen zur Zeit kein Steuerungsbedarf gesehen wird und die Arbeit des BKD hervorragend laufe.

3.5.4 Zusammenfassende Diskussion

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels wurde die Organisation des BKD zunächst vor dem Hintergrund des Verständnisses einer *lernenden Organisation* dargestellt. Die hier zugrundeliegende Zielvorstellung nennt:

- an Gemeinsamkeiten ausgerichtete Leitgedanken,
- eine auf allgemeinen Austausch ausgerichtete Infrastruktur
- sowie Verfahren, welche die zur Entwicklung notwendigen Informationen erheben, analysieren und vermitteln können.

Diese Überlegungen stellen keine praxisfernen wissenschaftlichen Forderungen dar, sie finden vielmehr eindeutige Entsprechungen in den Herausforderungen, denen sich die sechs Träger beim Aufbau des Berliner Krisendienstes gestellt haben.

Die Konzeption und ihre Weiterentwicklung lässt sich leicht als Bündel von Leitgedanken für eine gemeinsame Entwicklung verstehen. Auch der Aufbau einer Infrastruktur, die wirkungsvoll die vorhandenen Voraussetzungen der Träger einbinden, gleichzeitig aber den ständig wechselnden Veränderungen gerecht wird, entspricht diesen Vorstellungen. Zum Dritten ist der Einsatz von Verfahren, den die Begleitforschung in den Entwicklungsprozess eingebracht hat, ebenfalls leicht mit diesem Ansatz in Einklang zu bringen. Die Gesamtorganisation BKD schließlich kann mit ihren Entwicklungsmöglichkeiten als eine *lernende Organisation* aufgefasst werden.

Im zweiten Abschnitt haben wir die für die Organisationsentwicklung zentrale Frage nach der internen und externen Steuerung mit besonderem Fokus auf die Entscheidungsstrukturen in der GbR und die Steuerungsmöglichkeiten seitens der Senatsverwaltung beleuchtet. Der dritte Abschnitt stellt nun die Ergebnisse in einen konkreten Gesamtzusammenhang und reflektiert die Berliner Situation sowie die Rolle der Begleitforschung in der Entwicklung des BKD.

Bei den Leitgedanken, aber auch beim Aufbau der Infrastruktur und beim Einsatz von Verfahren wird ein Spannungsfeld zwischen trägerspezifischen praktischen Handlungsinteressen, Lösungswegen, die teilweise historisch gewachsen sind und der Entwicklung einer gemeinsamen, darüber liegenden Gesamtstruktur sichtbar, die je nach Perspektive teilweise noch fehlt, vermisst wird oder gerade nicht erwünscht ist. Die Arbeit im BKD und die Äußerungen der dort tätigen Mitarbeiter zeigen, dass das Kooperationsinteresse mit der Zahl der übergreifenden Tätigkeiten/Probleme und der praktischen Kooperationserfahrungen untereinander kontinuierlich ansteigt. Begrenzt wird dieser Prozess jedoch gleichzeitig – bei unklaren Zukunftsaussichten eher noch verstärkt – durch die spezifischen Interessen der Träger, die nur so als individuelle Träger im und außerhalb des BKD bestehen und überleben können. Dieser Prozess findet in einer Situation statt, in der die Trägerlandschaft der psychosozialen Versorgung Berlins durch eine enge Marktsituation und damit durch zunehmende gegenseitige Konkurrenz geprägt ist. Dies gilt nicht erst seit den jüngsten Sparbeschlüssen des Senats, wird aber durch diese wohl weiter forciert. Konkurrenten sind nicht nur der BKD als Ganzes gegenüber anderen Trägern, sondern auch die sechs Träger des BKD untereinander, die sich sorgen müssen, was die jeweils anderen Partner in eigener Sache tun oder planen. Auf der anderen Seite bietet der BKD für die beteiligten Träger eine Chance, sich in diesem Marktsegment in einer quasi geschützten Region (Gebietsschutz, siehe GbR-Vertrag) zu verankern und über einen vergleichsweise sicheren Geschäftsbereich zu verfügen, wenn denn eine Regelfinanzierung installiert würde. Ein renommierter BKD mit dieser Träger- und Organisationsstruktur hat in der psychosozialen Versorgung der Region einen guten Stand und mit ihm dann auch die sechs einzelnen Träger.

Das genannte Spannungsfeld soll kurz an einigen Punkten verdeutlicht werden. Jeder einzelne Mitarbeiter des BKD hat seinen Arbeitsvertrag nicht mit dem BKD als Gesamtorganisation, sondern mit einem der ihn realisierenden Trägern. Er ist daher zunächst seinem jeweiligen Träger verpflichtet. In einigen Fällen handelt es sich bereits um eine längerfristige Beschäftigung bei ein und demselben Arbeitgeber. Seitens des Trägers besteht also eine individuelle Arbeitgeber-

verantwortung und seitens der Mitarbeiter oft auch eine entsprechende Träger-treue.

Zudem befindet sich die Dachorganisation BKD in einer zumindest zunächst zeitlich klar terminierte zuwendungsfinanzierte Modellphase. Als eigenständiger Träger wird man kaum die Zukunft des eigenen Unternehmens zu eng an den Bestand dieser Konstruktion koppeln wollen, sondern auch in dieser Trägerkooperation eher das eigene Trägerprofil zu schärfen suchen.

Ein weiterer Faktor, der aus der Sicht der Akteure gegen die Herstellung eines engen gemeinsamen Verbundes spricht, ist die in der momentanen unsicheren Situation dringend benötigte Flexibilität. Im Interview mit einem der Geschäftsführer wird als besonderer Vorteil gegenüber einer einheitlichen Angebotsstruktur hervorgehoben, dass sich eine Gruppe freier Träger angemessener in einer Veränderungssituation bewegen könne. Statt einer eher trägen Großorganisation setze sich hier die Qualität durch, die aus sechs Richtungen gebündelt werde, zumal es sich um erfahrene Träger handle, die realistisch an die Aufgaben herangingen und sich nicht mehr in utopischen Forderungen oder unausgereiften Ideen verheizen ließen.

Bei der Analyse kann man von zwei Positionen ausgehen und untersuchen, welche Vor- und Nachteile die jeweilige Position mit sich bringt. Die eine Position befürwortet eine relative Unabhängigkeit der einzelnen Teile der Organisation BKD, die durch einen eher losen Zusammenschluss verbunden sind, so wie dies in den vorausgehenden Aussagen der Geschäftsführer deutlich wurde. Die Gegenposition fordert eine einheitliche Gesamtorganisation, die als Einheit sichtbar und ansprechbar ist.

Dass gerade ein loser Verbund von Vorteil sein kann, hat sich im abgelaufenen Projektzeitraum an verschiedenen Punkten gezeigt. Hierzu zählt z.B. das Ringen um die Frage der Finanzierungsbedingungen der Honorarmitarbeiter in Zusammenhang mit der Scheinselbstständigkeit. Außerdem hat die Trägerindividualität, die von der Geldgeberseite als Problem gesehen wird, von Trägerseite bisher eben genau jene Verhandlungsbasis und -position geschaffen, die zum Gelingen der Projektumsetzung zumindest aus Trägersicht wesentlich beigetragen haben. Weiterhin gibt es – wie bereits im letzten Abschnitt erwähnt – einige Anzeichen für die Annahme, dass die unterschiedlichen eigenständigen Trägerschaften gerade jene Ausgleichsmöglichkeiten im Bereich Finanzen und Verwaltungskapazitäten schaffen konnten, die zu Projektbeginn unbedingt nötig waren.

Es wird aber noch ein weiterer Vorteil des lockeren Zusammenschlusses von sechs eigenständigen Trägern deutlich, der die Weiterentwicklung des BKD als Ganzem fördern kann. Jeder dieser Träger bildet ein Feld für eigenes organisatorisches und inhaltliches Probehandeln, das bei Gelingen leicht auf den BKD als Ganzem erweitert werden kann. Eine sofortige Einführung im Gesamtsystem würde dagegen erheblichen Aufwand erfordern und die Organisation beim Scheitern des Versuchs gefährden. So wird z.B. in der Region Ost seit längerem an einem neuartigen Umgang mit Dauerklienten experimentiert. In der Region Süd-West hat man einen eigenen gerontopsychiatrischen Ansatz der Krisenberatung

verfolgt.²³ In mehreren Regionen wird mit einer Verringerung der Zahl der Honorarmitarbeiter experimentiert. Diese Versuche haben sich u.a. in einem Praxisleitfaden, einer Zeitschriftenveröffentlichung, in Diskussionen im Forschungsforum und in Fortbildungsveranstaltungen in anderen Regionen niedergeschlagen. Wenn sich diese Ansätze auf Dauer als erfolgreich erweisen, können sie ohne großen Aufwand in die Konzeption und in das Handlungsrepertoire des Gesamt-BKD eingefügt werden.²⁴

Die Gefahr ist allerdings, dass alle diese Faktoren auf Transparenz oder trägerübergreifende Kooperation beschränkend Einfluss nehmen, besonders, wenn es um die Formulierung gemeinsamer Leitbilder, -linien oder Konzepte geht. In einer kritischen Marktsituation kann der Erhalt einer klaren Trägeridentität von Diensten, die ja alle über eine eigene Geschichte und meistens auch über ein eigenes Beratungsprofil verfügen, zu einer Frage von existenzieller Bedeutung werden.

Hier wäre nun die Gegenposition zu formulieren, die eine einheitliche, zentrale Organisation des BKD fordert. Gründe hierfür sind, dass zum Einen die interne Steuerungssituation im BKD als *überkomplex* bezeichnet werden kann. Durch die verschiedenen Träger existieren unterschiedliche Steuerungsmodelle nebeneinander, von denen jedes für sich in der Vergangenheit sich bewährt haben mag, die aber im Zusammenspiel miteinander durchaus Reibungsverluste oder gar Konflikte hervorbringen können. Die Gesellschafterversammlung hat sich bereits in der kritischen Anfangsphase durch ihr erfolgreiches Projektmanagement bewährt, bringt aber gleichzeitig einen hohen Steuerungsaufwand mit sich. Die von den Geschäftsführern geschätzte persönliche zeitliche Inanspruchnahme durch die Leitungsfunktion im BKD von 10 (-15) Wochenstunden kann nicht als überbordend bezeichnet werden angesichts der in unserem (gesamten) Bericht dargestellten Komplexität des Dienstes gerade in der Erprobungsphase. Es ist davon auszugehen, dass mit wachsender Erfahrung aller Protagonisten und einer sicheren Regelfinanzierung die zeitliche Einbindung von Geschäftsführeraktivität tendenziell etwas zurückgehen wird.

Auch die externen Steuerungsmöglichkeiten können angesichts eines intern bereits so komplexen Gebildes nur begrenzt sein. Im Sinne der Umsetzungsverantwortung ist die Möglichkeit zu direkter Steuerung durch den Geldgeber als eher gering einzuschätzen. Darauf wurde bereits im vorausgegangenen Kapitel über Steuerung hingewiesen.

Der Verwaltungsaufwand des zuständigen Bezirksamtes für die Steuerung ist verhältnismäßig hoch und die Verhandlungslage mit sechs unabhängigen Trägern ist schwierig. Verbindliche, langfristige und transparente Strukturen in der organisatorischen Abwicklung des Krisendienstprojektes hätten den Vorteil, dass Ansprech- und Verhandlungspartner klar definiert und dass auch der Verwaltungsaufwand für die steuernde Instanz geringer wären, die Steuerung könnte dann direkter erfolgen.

²³ Burkhart BRÜCKNER: Gerontopsychiatrische Krisenintervention im Berliner Krisendienst – Evaluation und Konzeptentwicklung. BKD Region Südwest. Burkhart BRÜCKNER, Susan AL AKEL, Gloria MEJIA: Praxis-Leitfaden: Seniorenberatung und gerontopsychiatrische Krisenintervention; BKD Region Südwest, Juli 2002

²⁴ Weitere regionale Aktivitäten werden hier nicht genannt, es geht um die exemplarische Darstellung des Prozesses.

In Abwägung der Vor- und Nachteile der beiden Positionen erscheint der Forschergruppe das Modell eines eher lockeren Zusammenschlusses gewisse Vorteile zu besitzen. Dafür spricht auch, dass eine Veränderung zum augenblicklichen Zeitpunkt einen sehr massiven Eingriff in ein trotz aller Schwierigkeiten gut funktionierendes System bedeuten würde und dass der eher lockere Zusammenschluss ein sehr flexibles Reagieren auf unterschiedliche Problemlagen erlaubt. Allerdings sollten eine Reihe von Maßnahmen ergriffen werden, um die deutlich sichtbaren Nachteile auszugleichen.

Zum Einen wäre auf der *Ebene des Gesamt-BKD* eine Ermächtigung einer verhandlungsführenden Person seitens des BKD aus Gründen der Verhandlungskapazitäten und von Verwaltungserleichterungen wünschenswert.

Zum Zweiten würde ein *klares gemeinsames Profil*, das gerade durch die Vielfalt des Angebots charakterisiert sein kann, dem BKD als Ganzen und jedem seiner sechs Träger die Möglichkeit bieten, sich auf dem zur Zeit stark verändernden Markt zu platzieren. Wenn die Eckpfeiler der gemeinsamen Ausrichtung – stärker noch als bisher schon erfolgt – herausgearbeitet und dargestellt würden, könnte die regionale trägerspezifische Verschiedenheit gerade zu einem Markenzeichen des BKD werden. Die klare Herausarbeitung und das deutliche Sichtbarmachen dieser Potenzen wäre nach Ansicht der Forschergruppe eine Aufgabe für die nächste Zeit.

Zum Dritten kommt den *regionalen Gremien bei der inhaltlichen Steuerung* eine wichtige Rolle zu. Sie können am unmittelbarsten auf die jeweiligen Standorte Einfluss ausüben. Sie sind näher an der Alltagspraxis in den Bezirken und können so auch direkter intervenieren. Bedauerlicherweise war es der Forschergruppe aus Kapazitätsgründen nicht möglich, diese Prozesse genauer zu untersuchen. Wenn diese Einflussnahme jedoch noch mit fundierten Daten und Analysen über die Arbeit z.B. aus der Basisdokumentation verknüpft wird, könnte eine für alle Seiten fruchtbare Diskussion und damit auch eine Steuerung entstehen, die die inhaltliche Arbeit voranbringt.

Zum Abschluss soll hier noch ein Entwicklungsimpuls genannt werden, der die Arbeit des BKD vorangetrieben hat und noch weiter vorantreiben wird, die *Begleitforschung selbst*, die vom Auftraggeber eingesetzt worden ist. In einem Geschäftsführerinterview wird an der Forschung gelobt, dass sie durch „dumme Fragen“ den Finger auf die Wunden der Organisation legte. Aus systemtheoretischer Sicht könnte man hier von einer *Verstörung des Systems* sprechen. Als eigenständig wirkender Akteur an den Systemgrenzen des BKD tätig, beeinflusst die Begleitforschung ständig das Geschehen im System. Auf der Basis ihrer strukturellen Macht als extern eingesetzte Evaluatoren und versehen mit differenzierten Systeminformationen griff die Forschung kritische Themen des Systems auf und erzwang – zumindest teilweise – deren Bearbeitung. Das System reagierte, wenn auch nicht unbedingt im intendierten Sinne der intervenierenden Forscher. Dazu seien einige Beispiele aufgeführt.

Das erste Gesamtteamtreffen war gleichzeitig das erste Treffen des Gesamt-BKD überhaupt. Die Idee einer Gesamt-Mitarbeiterschaft, die gemeinsame Fragen und Ansätze verfolgen, wurde hier erstmals auf Initiative der Begleitforschung thema-

tisiert. Der Begriff der *corporate identity* als ein Ziel der BKD-Entwicklung wurde von der Begleitforschung aus dem Konzept aufgegriffen und löste heftige Diskussionen aus. Ein Nachfolgetreffen war als Zukunftswerkstatt ausgelegt und arbeitete unter anderem eine zu Beginn des BKD vorhandene große Spannung zwischen Mitarbeitern und Leitung heraus. Wieder ein anderes Gesamtteamtreffen, diesmal über Organisationsstrukturen, verdeutlichte eine große Unterschiedlichkeit zwischen den Trägern. Unter anderem infolge dieser Organisationsdebatte wurde eine Strukturreform im BKD eingeleitet, wobei ein Strukturvorschlag der Forschung als *Impuls* betrachtet werden kann, der dann innerhalb des BKD zu eigenen, von der Forschung so nicht intendierten Prozessen und Strukturen führte.

Ein anderer Impuls, der zu Veränderungen im System führte, war die Veröffentlichung von Forschungsberichten im Rahmen der Evaluation. Schon bei den Vorarbeiten hierfür wurde die Frage nach regionalen und trägerspezifischen Unterschieden aufgeworfen und führte wiederum zu regen Diskussion innerhalb des BKD. Die Darstellung der Forschungsergebnisse auf Gesamtteamtagen, in der Gesellschafterversammlung und die Zwischenberichte selbst waren stets Gegenstand intensiver Diskurse. Die Etablierung eines öffentlichen Forschungsforums schließlich, in dem Arbeiten aus der Begleitforschung im Kreise von BKD-Mitarbeitern, Studierenden, aber auch anderen interessierten Teilnehmern aus der Stadt diskutiert werden konnte, förderte Transparenz und die Diskussion der Arbeit im BKD. Die Teilnahme der Forscher an diversen Arbeitsgruppen innerhalb des BKD andererseits veränderte die Arbeit dort und auch ihr Gewicht nach Außen.

Auch die Entwicklung und der Einsatz der Basisdokumentation können in diesem Zusammenhang gesehen werden. Zur Konzeptualisierung kann auf ein anderes, in gewisser Weise mit der Systemverstörung verwandtes Konzept zurückgegriffen werden: der *Prozessnutzen*. Gemeint ist damit ein Phänomen, das besonders im Rahmen von Evaluationsstudien nachgewiesen werden konnte²⁵. Der Evaluationsprozess selbst erzeugt demnach im zu evaluierenden Feld eine Veränderung und zwar häufig in Richtung des Evaluationsziels, jedenfalls aber in Richtung der Evaluationslogik. Die oben beschriebenen Veränderungsprozesse im BKD können unter dieses Konzept subsumiert werden. Für die BaDo und ihren Einsatz im BKD bedeutet das Folgendes: Indem der Beratungsprozess systematisch nach der Logik des Evaluationsinstruments dokumentiert wird, verändert sich möglicherweise die Beratung selbst. Das Wissen darum, dass man beim späteren Eintragen z.B. „Klientenbedarf, Intervention, Interventionsergebnis und abschließende Beurteilung“ festhalten soll, mag einen Berater dazu anleiten, im aktuellen Beratungsfall bereits in einer solchen Logik zu agieren. Zumindest bringt es ihn dazu, den Fall in der nachfolgenden Dokumentation entlang dieser Systematik nochmals zu reflektieren.

Durch die Entwicklung und Einführung der BaDo hat sich die Beratungsarbeit im Krisendienst also möglicherweise nicht nur formal z.B. durch organisatorische Verbesserungen verändert, sondern auch in ihren Inhalten. Die langen Vorplanungen des BaDo-Konzeptes, das Ringen um die angemessene Einführung in den Arbeitsalltag und die neuerliche Programmveränderung im Verlauf und zum

²⁵ PATTON, (1998)

Ende des Begleitforschungszeitraums können als ein Anzeichen dafür gewertet werden, dass dieser Umstand den Protagonisten bewusst ist.

Indem das Instrument nun ganz in die Hände des BKD übergeht, besitzt der Krisendienst ein Mittel, mit dem auch langfristig Veränderungen der eigenen Arbeit aus sich selbst heraus anzuregen sind. Er hat nicht nur seine Beratungsarbeit evaluierbar gemacht, sondern er kann auch durch die Ergebnisse von regelmäßigen Evaluationen seine Arbeit fortwährend reflektieren und vorantreiben. Der BKD verfügt damit über ein nun schon bewährtes Steuerungsinstrument für die Weiterentwicklung der eigenen inhaltlichen Prozess- und Ergebnisqualität.

Es lässt sich also feststellen, dass die Organisationsstruktur des BKD sich in einem komplizierten Prozess zwischen Außen- und Innenanforderungen entwickelt hat. Dabei ist es zwar nicht zu den klaren, überschaubaren Organisationsstrukturen gekommen, die sich die Initiatoren vorgestellt hatten und die aus der Sicht einer Verwaltung mit Steueraufgaben sicherlich wünschenswert wären. Bereits durch die Beauftragung von sechs unabhängigen Trägern wurde dieses Ziel der Meinung der Forschergruppe nach in Frage gestellt. Andererseits lässt sich zeigen, dass eine Organisationsstruktur entstanden ist, die durchaus flexibel und plastisch auf die Herausforderungen reagieren kann und auch zu Veränderungen und Anpassungen der Struktur an äußere Erfordernisse fähig ist. Diese durchaus wünschenswerte Flexibilität wird teilweise durch schwierige und zeitaufwendige Aushandlungsprozesse erkaufte, die aber ihrerseits die Chance in sich bergen, durch flache Hierarchien periphere Experimentierfelder zu ermöglichen, auf denen Antworten auf regionale Erfordernisse ausprobiert werden können, ohne dass zunächst eine aufwendige Umstellung der Gesamtorganisation notwendig ist. Bei Bewährung können die so hergestellten Teilprodukte auf die Gesamtorganisation übertragen werden. Wenn es dem BKD gelingt, diese Chancen in der Zukunft systematischer zu nutzen als bisher, hat er eine entwicklungsfähige Organisationsstruktur gefunden.

4 Ergebnisse zur Prozessqualität

4.1 Die Arbeitsweise des BKD

4.1.1 Das Interventionskonzept in Aktion

4.1.1.1 Vorbemerkung, Datenquellen

In diesem Kapitel soll untersucht werden, *wie* die Beratung im BKD stattfindet. In den vorausgehenden Kapiteln über Konzeptqualität und über die subjektiv professionellen Konzepte der Mitarbeiter wurde ein Ergebnis vorgestellt, das sich mit der Feststellung zusammenfassen lässt, dass sich zumindest auf der Strukturdimension ein differenziertes Interventionskonzept nachweisen lässt. Man kann also sagen, dass alle Voraussetzungen gegeben sind, um den Nutzern mit ihren Problemen in differenzierter Weise zu begegnen und auch problemangemessene Hilfe und Unterstützung anzubieten.

Im Folgenden rückt nun das Interventionskonzept in der Praxis in den Fokus der Aufmerksamkeit, d.h. im Sinne der Prozessqualität soll nun genauer untersucht werden, wie denn Krisenintervention im BKD praktisch gemacht wird. Leider war es im Rahmen dieser Evaluationsuntersuchung nicht möglich, konkret die Interaktionen zwischen Nutzern und Beratern zu beobachten, zu dokumentieren und zu analysieren. Dies ist wegen der zugesicherten Anonymität praktisch unmöglich und außerdem hätte es einen Aufwand erfordert, der die Möglichkeiten dieser Untersuchung bei Weitem überstiegen hätte. Wir werden aber trotzdem versuchen, anhand unterschiedlicher, zu Verfügung stehender Datenquellen, die Interventionen zu rekonstruieren und die Qualität des beraterischen Vorgehens einzuschätzen.

Hierzu werden folgende Datenquellen genutzt:

- In der **Basisdokumentation** geben die Berater bei vorgegebenen Interventionskategorien an, welche Interventionen sie beim jeweiligen Kontakt genutzt haben.
- In den **Textfeldern** der Basisdokumentation beschreiben die Berater ihre Interaktionen mit den Nutzern. Anhand dieser Texteingaben lassen sich die Interventionen mit Hilfe eines qualitativen methodischen Ansatzes rekonstruieren. Hierdurch gewinnt man eine genauere und differenzierte Einsicht in die Interventionsstrategien aus der Sicht der Mitarbeiter.
- In den **Interviews** mit den Klienten beschreiben diese, in welcher Weise die Berater mit ihnen umgegangen sind. Auch hierdurch lässt sich eine differenzierte Sicht auf die Interventionsstrategien rekonstruieren – diesmal aus der Sicht der Nutzer.

4.1.1.2 Beschreibung von Interventionskategorien aus der Basisdokumentation

In der Basisdokumentation gibt es eine Karteikarte, in die spezielle Aspekte der Intervention eingetragen werden können. Dabei kann zwischen 14 Interventionskategorien gewählt werden. Außerdem lässt sich die Gesprächsführung mit Hilfe von neun beschreibenden Kategorien kennzeichnen, wobei auch noch drei Abstufungen der Intensität angegeben werden können. In beiden Fällen sind Mehrfachangaben je Kontakt möglich. Aufgenommen wurden in diese Berechnungen nur diejenigen Kontakte, für die eine Normaldokumentation ausgefüllt wurde, da die Kategorien nur in diesem Menü angeboten werden.

Selbstverständlich kann anhand dieser Daten nicht gesagt werden, was der Berater „tatsächlich“ in der Situation gemacht hat, sondern nur, wie er sein Handeln anhand der vorgegebenen Kategorien selbst beschreibt. Die nachfolgenden Ergebnisse können aber als ein Indikator zur Abklärung der Frage nach der Qualität der Interventionen betrachtet werden.

In der folgenden Abbildung wird das Spektrum der Interventionen mit seinen unterschiedlichen prozentualen Häufigkeiten dargestellt. Dabei ist zunächst festzustellen, dass es im Untersuchungszeitraum keine grundsätzlichen Veränderungen zwischen den beiden erfassten Jahren gegeben hat. Erwartungsgemäß wird die *situative Abklärung* am häufigsten genannt. Diese Variable kann eher als (grobe diagnostische) Grundlage der meisten Interventionsstrategien verstanden werden, sie eignet sich nicht zu einer feinen Differenzierung der Interventionen. Dass in etwa einem Viertel der Kontakte *Folgekontakte* vereinbart werden, lässt auf die eingeschätzte Notwendigkeit weiterer (intensiver) professioneller Begleitung der Nutzer schließen. Dies wird noch genauer abgeklärt werden. Weitere Schwerpunkte liegen in den Bereichen der *diagnostischen Abklärung*, der *Systemintervention* und der *Aktivierung des sozialen Netzwerkes*. Außerdem wird – immerhin in etwa 7,8% der Kontakte – versucht, das soziale Netzwerk und nicht etwa nur professionelle Dienste zu *aktivieren*. Die letzteren Interventionsarten lassen auf eine gemeindepsychologische oder –psychiatrische Arbeitsweise der Mitarbeiter schließen, die nicht allein den Klienten in den Fokus ihrer Betrachtungen und Interventionen stellen, sondern auch sein soziales Umfeld. Bei der Suche nach *Alternativen zur Klinikeinweisung* handelt es sich um ein wichtiges konzeptionelles Profil des BKD, immerhin in 6,2% dieser dokumentierten Kontakte wurde diese Intervention angegeben. Ausführlicher wird hierüber in Kapitel 4.1.4 berichtet. Die Variablen *Halten* und *Atmen* stellen spezielle heilpädagogische Methoden dar, die eigens für dieses Spektrum der Nutzer in die Basisdokumentation aufgenommen wurden.

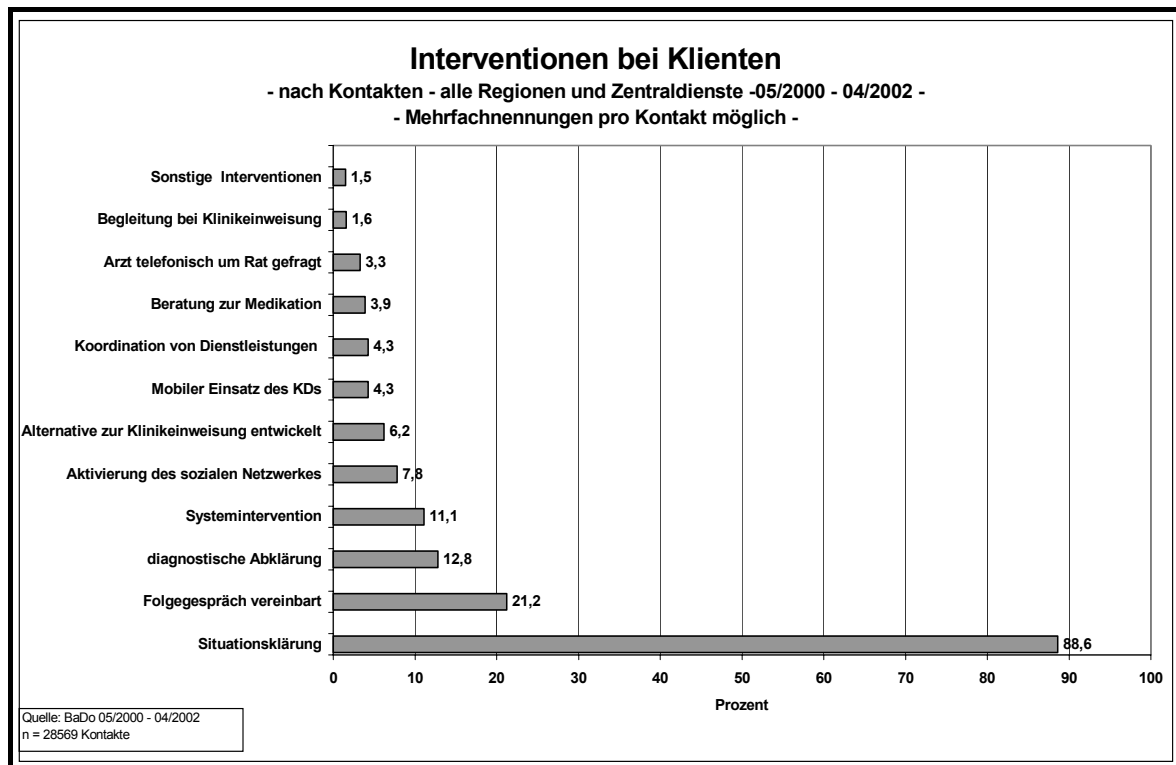


Abbildung 15: Relativer Anteil der einzelnen Interventionen

Die einfachen Prozentsätze erlauben es zwar, die relative Häufigkeit zu erkennen, helfen aber nicht grundlegend bei der Frage nach der Differenziertheit der Interventionen und vor allem nach den Interventionsmustern. Es wurde daher über die 15.480 Kontakte, in denen Angaben über die Interventionen im Jahr 2001 zu finden waren, eine Faktorenanalyse berechnet, welche die Komplexität reduzieren kann und Muster sichtbar macht.²⁶ Die gefundenen Faktoren klären 57% der Varianz auf. Es konnten die in der folgenden Tabelle aufgelisteten Typen identifiziert werden.

²⁶ Es handelt sich um eine PCA mit Varimax-Rotation. Die Anzahl der Faktoren wurde nicht beschränkt, Kriterium für die Auswahl der Faktoren waren Eigenwerte größer 1 und keine Nebenladungen über .4.

Interventionen (14Items)	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6
	Mobiler Einsatz	Systemische Interv.	Medizinische Interv.	gB-Interv.	Folgegespräche	Sonstige Interv.
- Mobiler Einsatz des BKD	,776					
- Begleitung bei Klinikeinweisung	,677					
- Arzt telefonisch um Rat gefragt	,641					
- Koordination von Dienstleistungen zw. versch. Diensten	,477					
- Aktivierung des sozialen - Netzwerkes		,730				
- Systemintervention		,681				
- Alternative zur Klinikeinweisung entwickelt		,505				
- Beratung zur Medikation			,798			
- Diagnostische Abklärung			,600			
- Halten				,784		
- Atmen				,783		
- Folgegespräche vereinbart					,822	
- Situationsklärung					,735	
- Sonstige Intervention						,936

Tabelle 3: Faktorenanalyse über Interventionen

Im *ersten Faktor* sind Interventionen zusammengefasst, die im Zusammenhang mit einem mobilen Einsatz stehen. Dies ist zunächst der mobile Einsatz selbst, dann die Begleitung bei Klinikeinweisung, der ev. Kontakt mit einem Arzt und schließlich – sicher häufig mit diesen Interventionsformen verbunden – die Koordination zwischen verschiedenen Diensten, also die organisatorische Arbeit, die u.U. mit dem Einsatz verbunden sein kann.

Der *zweite Faktor* umfasst Tätigkeiten, die als Interventionen in das soziale Netz verstanden werden können. Das soziale Netz, das den Klienten umgibt, wird einesteils aktiviert und zum anderen auch verändert. Die Entwicklung von Alternativen zur Klinikeinweisung verlangt gerade, dass dieses Netz u.a. aktiviert wird. Die Tätigkeit des Beraters ist hier also nicht primär bzw. allein auf den Klienten gerichtet, sondern auf sein soziale Umfeld.

Im *dritten Faktor* sind zwei Tätigkeiten der Berater zusammengefasst, die mit diagnostischer Abklärung im eher medizinischen Bereich zu tun haben. Dies wird bei der Beratung zur Medikation deutlich, bei der diagnostisch abzuklären ist, welche Störung vorliegt, welche Medikamente bisher wie gewirkt haben usw.

Der *vierte Faktor* versammelt Interventionen, die speziell für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen aufgenommen wurden. Die Zusammengehörigkeit dieser Interventionen wird hierdurch bestätigt.

Im *fünften Faktor* sind die Vereinbarung von Folgegesprächen und Situationsklärung zusammengefasst. Dabei hat Situationsklärung ein negatives Vorzeichen. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass Folgegespräche und Situationsklärung in gewisser Weise zusammenhängen, wahrscheinlich in der Form, dass Folgegespräche für eine weitere Situationsklärung genutzt werden.

Die Bündelung durch die Faktorenanalyse zeigt also, dass es Interventionsmuster gibt, die als größere *Interventionsstrategien* für spezielle Problemsituationen interpretiert werden können und auf einen differenzierten Umgang mit diesen Problemsituationen deuten. Andersherum: würden die einzelnen Interventionen in keinerlei Zusammenhang zueinander stehen, hätten sich mit dieser mathematischen Methode keine solche Bündelung errechnen lassen.

4.1.1.3 Art der Gesprächsführung

Eine weitere Interventionsform, die bisher noch nicht genannt wurde, kann noch genauer untersucht werden. Das *Gespräch* bzw. die *Gesprächsführung* ist eine Methode und damit eine Interventionsform, die auch bei der Krisenintervention einen zentralen Stellenwert einnimmt und in die mehrere der vorher diskutierten Interventionsstrategien eingebettet sind. Um die Art der Gesprächsführung dokumentieren zu können, wurden den Beratern Beschreibungskategorien zur Verfügung gestellt, bei denen sie verschiedene Gesprächsführungsarten in drei unterschiedliche Intensitäten angeben konnten. Aus 17.905 dokumentierten Kontakten standen Angaben zur Verfügung, die dann ebenfalls faktorenanalytisch ausgewertet wurden. Die in der folgenden Tabelle dargestellten Faktoren klären 62% der Varianz auf. Die Gesprächsführung lässt sich demnach in die folgenden Faktoren gruppieren:

Gesprächsführung (9 Items)	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
	unterstützend, ressourcen- orientiert	direktiv, lenkend	Problem- bearbeitung	sonstige
- Entlastend - Verstehend - Ressourcenorientiert	,793 ,770 ,583			
- Zu konkretem Verhalten auffordernd - Informierend		,744 ,693		
- Dulden von Aggressionen - Konfrontativ- aufdeckend - Sensibilisierend			,780 ,649 ,476	
- sonstiges				,916

Tabelle 4: Faktorenanalyse über Gesprächsführung

Im *ersten Faktor* wird eine Gesprächsführung beschrieben, bei der der Berater unterstützend auf den Klienten eingeht. Er versucht, ihn im Gespräch zu entlasten, ihn zu verstehen und Ressourcen zu aktivieren. Damit wird interessanterweise zumindest teilweise eine Art der Intervention durch Gespräch gekennzeichnet, die in der neueren Psychotherapieforschung als entscheidender Wirkfaktor für positiven Therapieerfolg genannt wird.²⁷ Es handelt sich dabei um den Wirkfaktor „Ressourcenorientierung“, von dem hier zwei Aspekte genannt werden, zum einen die Ressource „Therapiebeziehung“, die er als „Wirkfaktor“ in der Therapie wie folgt beschreibt:

„Eine gute Therapiebeziehung ist dabei durch folgende Merkmale gekennzeichnet: Therapeut und Patient behandeln einander respektvoll und wertschätzend. Sie arbeiten mit verteilten Rollen kooperierend auf dieselben Ziele hin, sie ziehen an einem Strang. Sie kommunizieren miteinander „auf derselben Wellenlänge“. Der Patient kann sich beim Therapeuten gut aufgehoben und in seinen Anliegen verstanden und unterstützt fühlen.“
(GRAWE, 1999b, S. 212)

Diese Ressource wird in den Merkmalen *entlastend* und *verstehend* angesprochen und zum anderen ist die Gesprächsführung *ressourcenorientiert*, d.h. auf die Entdeckung und Aktivierung interner und externer Reserven der Klienten und im sozialen Netz der Klienten hin ausgerichtet.

Der *zweite Faktor* verweist auf eine eher direktive Gesprächsführung, bei der der Klient Informationen erhält und zu konkretem Verhalten aufgefordert wird. Er wird also durch den Berater in seinem Tun und Denken eher gelenkt, was in bestimmten Problemsituationen und bei bestimmten Klienten, mit denen es die Berater zu tun haben, sicherlich ein angemessenes Vorgehen darstellt. In der Tendenz wird es sich hier um eher schwerere Krisensituationen handeln bzw. um Klienten, bei denen eine, wie im Faktor 1 summierte Gesprächsführung nicht sinnvoll erscheint.

Im *dritten Faktor* sind Formen der Gesprächsführung zusammengefasst, die ebenfalls mit der Wirkfaktorentheorie von GRAWE in Zusammenhang gebracht werden können. Es handelt sich dabei um die *Problemperspektive*. Hier wird beschrieben, dass die Klienten im Gespräch konfrontiert und sensibilisiert werden, also in Kontakt mit ihrer Problematik gebracht werden. Gleichzeitig wird noch eine Reaktion auf der Klientenseite beschrieben, die Aggression, welche der Berater dulden bzw. aushalten muss, besonders dann, wenn er konfrontativ-aufdeckend vorgeht. Diese dritte Gesprächsstrategie ist sicherlich nicht immer unproblematisch, vor allem dann, wenn sie nicht mit einer guten Beziehung zum Klienten zusammenfällt. Es wird weiter unten darauf verwiesen werden, dass genau dies zu Kritik von Klientenseite führen kann.

Auch hier zeigt sich, dass von den Beratern ein differenziertes Gesprächsangebot im Sinne methodisch variierender Gesprächsführung beschrieben wird. Interessant erscheint hier vor allem, dass sich anhand dieser Beschreibungen auch Beziehungen zu der neueren Psychotherapieforschung herstellen lassen, und dass sich bei den empirisch vorgefundenen Faktoren Gesprächsmuster zeigen, die

²⁷ vgl. GRAWE (1999a+b)

sich als günstig und erfolgreich in der Psychotherapieforschung erwiesen haben. Dies kann als Indikator für die Qualität der Beratung betrachtet werden.

4.1.1.4 Zusammenhänge zwischen Interventionen und Zustandsbildern

Um die Frage des differenzierten Einsatzes und der Problemangemessenheit der Interventionen noch etwas weiter zu klären, wurden die Beziehung zwischen Interventionen und unterschiedlichen Zustandsbildern in einer weiteren Faktorenanalyse untersucht.

Dafür standen 4.669 Kontakte im Jahr 2001 zur Verfügung, in denen jeweils in beiden Bereichen Eintragungen vorhanden waren. Die Faktoren klären 60% der Varianz auf. Besonders zu bemerken sind hier vor allem die Faktoren 1, 2, 4, 5 und 6. Beim Faktor 3 ist eine Interpretation nicht möglich, weil die Interventionen nicht spezifiziert sind und die Faktoren 7 und 8 enthalten keine Interventionen.

Zustandsbilder und Interventionen	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6	Faktor 7	Faktor 8
Z: schwere psychopath. Symptomatik I: Mobiler Einsatz	,707 ,703							
Z: Suizidalität I: Folgegespräche		,742 ,558						
Z: Angst, Depressivität I: sonstige Intervention			-,784 ,472					
Z: Somatische Symptomatik bei psych. Belastung I: diagnostische Interv.				,717 ,688				
Z: Apathie, Antriebsschwäche I: Interv. im sozialen Netz					,775 ,576			
Z: körperliche Einschränkung I: GB-Intervention						,749 ,654		
Z: Aggressivität, Unruhe Z: Substanzmissbrauch							,832 ,495	
Z: Einschränkung Wahrnehmung, Sprechen								,796

Tabelle 5: Faktorenanalyse über Zustandsbilder und Interventionen

Das Zustandsbild in *Faktor eins* signalisiert eine schwere Störung, bei der es zu Störungen der Wahrnehmung (wie Halluzinationen) und/oder des Bewusstseins kommt und es ist daher plausibel, wenn damit häufig ein mobiler Einsatz verbunden ist.

Ähnlich ist es bei *Faktor 2*, in dem das Auftreten von Suizidalität mit Folgegesprächen zusammenfällt. Dieser Faktor verweist darauf, dass bei Suizidalität eine einmalige Intervention kaum angemessen ist. Hier werden offensichtlich mehrere Beratungssitzungen als notwendig erachtet. Aus anderen Untersuchungsergebnissen wissen wir, dass gerade die Vereinbarung eines Folgegespräches zu den therapeutischen Rahmenbedingungen gehört, die eine *akute* zu einer *latente* Suizidalität werden lassen können (vgl. Kapitel 5.1.2.5.3).

Im *vierten Faktor* tritt eine somatische Symptomatik bei psychischen Belastungen zusammen mit diagnostisch-medizinischen Interventionen auf. Auch dieses Muster erscheint plausibel und angemessen.

Im *Faktor 5* sind *Apathie*, *Antriebsschwäche* und *Interventionen in das soziale Netz* zusammengebunden. Beide Kennzeichnungen des Zustands des Klienten, die auf eine verminderte Eigeninitiative und Vitalität deuten, sprechen dafür, dass in diesen Fällen die Arbeit mit den Menschen intensiviert werden muss, die das soziale Netzwerk des Klienten bilden.

Der *sechste Faktor* schließlich ist wiederum ein Faktor, der speziell in der Kombination von *Einschränkung des körperlichen Zustands* und speziellen heilpädagogischen Interventionen den Bereich der Arbeit mit geistig behinderten Menschen kennzeichnet.

Durch die Musterbildung wird hier nochmals besonders deutlich, dass spezielle Interventionsstrategien abhängig von bestimmten Zustandsbildern bei Klienten von den Beratern nach ihrer eigenen Dokumentation verfolgt werden. Damit kann ein weiterer Hinweis auf die differenziellen Interventionsformen vorgelegt werden.

Zusammenfassend lässt sich zunächst feststellen, dass Interventionen, Gesprächsführungsarten und Zustandsbilder sich jeweils auf einige Dimensionen reduzieren und sinnvoll interpretieren lassen. Darüber hinaus zeigt sich, dass es jeweils multivariate Zusammenhänge zwischen Zustandsbildern der Klienten und Interventionen gibt, d.h., dass bei bestimmten Zustandsbildern eher bestimmte Interventionen durchgeführt werden als bei anderen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Interventionen spezifisch erfolgen und somit den Zielsetzungen der Konzeption gerecht werden.

4.1.1.5 Analyse von Interventionsstrategien auf der Basis von Texten aus der Basisdokumentation

Außer den vorgegebenen und ankreuzbaren Kategorien gibt es in der Basisdokumentation auch Möglichkeiten, in Textfeldern über den jeweiligen Kontakt zu berichten. Diese Eintragungen enthalten damit auch viele Beschreibungen von Interventionen, welche die Mitarbeiter im jeweiligen Fall durchgeführt haben. Sie stellen daher eine weitere Datenquelle für die Einschätzung der Qualität der Interventionen aus der Sicht der Mitarbeiter dar. Aus etwa 100 zufällig aus der Basisdokumentation entnommenen Freitexten wurden durch offenes Kodieren ca. 60 typische Handlungselemente herausgezogen und zu Interventionsstrategien thematisch geordnet. Aufgrund der Analysen lassen sich unterschiedliche Handlungstypologien entwerfen, die im folgenden für die Krisenberatung zusammengestellt sind. Die thematischen Phasen und Schwerpunkte der Krisenarbeit können in verschiedenen Situationen vorkommen, müssen es aber nicht unbedingt. Die zeitliche Reihenfolge kann differieren. Methodisch zu bemerken ist noch, dass es sich um Begriffe handelt, die in den Texten wörtlich („in-vivo-codes“) oder dem Sinn nach vorkommen, typische Handlungsweisen beschreiben und unter Schwerpunktbegriffen thematisch zusammengefasst werden.

1. Die Arbeit am Rahmen der Beratung

Hier geht es darum, die Beratungssituation herzustellen, Zugang zum Klienten zu suchen und Gesprächsmöglichkeiten überhaupt erst zu schaffen. Beschrieben werden Schritte von Annäherung, Versuche, Kontakt aufzunehmen und sich ins Spiel zu bringen, ein Gespräch versuchen oder es ggf. auch „aufzudrängen“. Besonders in dieser Phase, so wird in den Texten betont, sei es wichtig, als Berater die eigene Befindlichkeit wahrzunehmen. Hierzu werden vielfältige Beschreibungen vorgenommen: mit „mulmigen Gefühl reingehen“, die „eigene Gefühle als Warnzeichen beachten“, „sich fehl am Platz“ bzw. überfordert fühlen, sich „mit der Opferrolle des Klienten identifizieren“, „hilflos zusehen“, sich „an die Wand gedrückt fühlen“ usw.

2. Situation abklären

Deutlich von der Rahmenarbeit getrennt geht es bei der Situationsabklärung darum, den *konkreten Hilfebedarf* zu ermitteln, eine objektive Informationssammlung vorzunehmen, das Umfeld zu beurteilen, den Standpunkt des Klienten und die Einschätzung Dritter zu erfragen und ggf. zu übernehmen. Vorhandene Diagnosen werden weiter differenziert, die Dinge beim Klienten angesprochen, Klarheit wird geschaffen, Situationen durchgearbeitet und eine Ressourcensuche vorgenommen.

3. Ruhe herstellen

Bei dieser spezifischen Interventionsstrategie geht es darum, Konfliktpotential zu reduzieren, die Gewaltspirale runterzudrehen, jemanden zu besänftigen („talking down“), eine emotional aufgedrehte Situation runterzudrehen und zu entschärfen, den Druck rauszunehmen, zu beruhigen, einer Person in der Krise und oder seinem Umfeld die Angst zu nehmen.

4. Sicherheit schaffen, akute Gefahr abwehren

Hier wurden folgende Interventionsweisen aufgeführt: Das Entfernen von Gefahrenquellen, einen Beistand oder Unterstützung geben, die Kinder schützen, einen Klienten vor sich selbst schützen, sich und andere absichern, jemanden

Klienten vor sich selbst schützen, sich und andere absichern, jemanden unterstützen und bestärken, Grenzen setzen und klare Absprachen machen.

5. Ordnung schaffen

Hier geht es darum, Realitätsbezug herzustellen, Grenzen zu setzen, eine Situation durcharbeiten und im Gesamtgeschehen Krisenpunkte zu isolieren, als Chaosmanager zu fungieren und das Wirrwarr zu ordnen.

6. Hilfen bei der (Re-) Orientierung

Hierunter werden sehr unterschiedliche Handlungsweisen zusammengefasst. Einmal geht es darum, Gefühle zu vermitteln und Verhalten zu erklären, die verschiedenen Eindrücke bewusst zu machen und zu sortieren. Orientierung bedeutet auch, jemandem ein Feedback zu geben, seine Selbstwahrnehmung zu stärken, ihn zu spiegeln und ihn zu ermutigen sich selbst anzunehmen – besonders auch zum Weiterleben ermutigen. Hilfreich kann zu Orientierung auch sein, Krankheitsmodelle zu vermitteln.

7. Der Umgang mit den Beteiligten einer Situation

Bei mehreren Beteiligten in einer Situation – sei es am Telefon geschildert oder beim mobilen Einsatz erlebt – kann es nötig sein, die Personen voneinander zu trennen oder erst einmal eine gleichberechtigte Ebene aller Beteiligten herzustellen. Die Entlastung und Unterstützung überforderter Angehöriger gehört ebenso dazu, wie Klienten, Angehörige oder das persönliche Umfeld in das Gespräch oder die Lösungssuche mit einzubeziehen. Der letzte Punkt verweist auf den nächsten Interventionstyp.

8. Erweiterung des Handlungsraums

Dazu kann zunächst gehören, Ressourcen im Umfeld der Krise selbst zu mobilisieren. Des Weiteren ist ein Ansprechpartner sicherzustellen, ggf. geeignete Institutionen zu suchen, eine Vernetzung zu anderen Hilfseinrichtungen herzustellen oder auch eine Psychotherapie zu vermitteln.

9. Verhandeln

Unter dieser Rubrik tauchen Beschreibungen der Mitarbeiter auf, wie sie als *Unterhändler* fungieren und z.B. „Friedensverhandlungen“ mit Klienten, zwischen Beteiligten oder über Lösungen bzw. den weiteren Ablauf führen.

10. Entscheidung

Das Spektrum der Entscheidungsgestaltung ist denkbar groß. Manchen Klienten wird alle Planung abgenommen, Verhalten regelrecht angewiesen, Entscheidung von Beratern oder dem Umfeld getroffen und gefallene Entscheidungen nur noch begründet, nicht aber in Frage gestellt. Bei anderen geht es darum, die Zukunft gemeinsam zu planen, alternative Lösungsmöglichkeiten abzuwägen und alternative Lösung zu organisieren oder ein Verhalten zu empfehlen. Entscheidungen zielen darauf ab, kleine Ziele zu formulieren, ggf. einen Zeitraum zu definieren und allgemein den „guten Ausweg“ zu finden.

Wie sich feststellen lässt, ist das Spektrum der vorgefundenen Interventionsstrategien und der einzelnen Vorgehensweisen sehr breit und differenziert. Die Beschreibungen, die sich in den Texten finden, stimmen gut mit den vorher darge-

Es zeigt sich, dass bestimmte Interventionen wie *Intervention im Setting* und *Zugangsregulierung* nur bei der ersten Krisenart eingesetzt werden. Dies scheint vor allem bei Nutzern der Fall zu sein, die sich nicht an die Regeln des BKD halten. Hausverbot wird bei aggressivem Verhalten gegenüber der Einrichtung erteilt und die Begrenzung der Beratungszeit (etwa je eine halbe Stunde bei Frau P2) wegen zu hohen zeitlichen Anforderungen von Seiten des Nutzers. In der Abbildung ist sichtbar, dass auch noch eine Vielzahl anderer Interventionen, die stärker die Aktivität des Beraters betonen, bei dieser Gruppe benutzt werden. Hier wird berichtet, wie wichtig es ist, dass der Therapeut präsent ist, dass er beruhigt, dass er nachfragt, Kontakt anbietet und Anweisungen gibt.

Eine zweite Gruppe von Interventionen wird bei beiden Krisentypen eingesetzt. Es handelt sich um Interventionen, die auf der einen Seite dem Beziehungsaufbau dienen. Beim Vergleich mit anderen Angeboten oder auch spontan betont eine große Zahl von Nutzern, wie wichtig es für sie gewesen sei zu erfahren, dass der Berater sich Zeit nimmt. Das Gefühl des Zeithabens, scheint sowohl für den Einstieg in die Beratung als auch für die Möglichkeit, Ruhe zu finden und sich mit den eigenen Problemen auseinander zusetzen, von besonderer Bedeutung zu sein. Diese Kategorie ist eng mit einer positiven Bewertung des BKD verbunden. Ähnliches gilt für die Kategorie *Verständnis kommunizieren*. Bei den anderen gemeinsamen Interventionen, die mit einer positiven Bewertung verbunden sind, stehen die Problemanalyse und die konkrete schrittweise Veränderung im Vordergrund.

Auf der anderen Seite gibt es eine Reihe von Interventionen, die vor allem bei psychosozialen Krisen eingesetzt werden. Hier werden im Zusammenhang mit positiver Bewertung stärker Aspekte der inneren Auseinandersetzung (zuhören; Gedanken lenken; innere Ressourcen reflektieren und aktivieren; Situationsdeutung im Sinne des Verständlichmachens der Situation) und die konkrete alltägliche Veränderung betont (Ratschlag geben, Umorganisation des Alltags, aktivieren der sozialen Ressourcen).

Einen besonderen Stellenwert nimmt das *Zuhören* ein. Es wird sowohl positiv als auch negativ bewertet. Einerseits wird das ruhige, aufmerksame Zuhören als etwas sehr Positives beschrieben. Andererseits wird *nur* zuhören als wenig hilfreich eingeschätzt. Eine Befragte moniert z.B., dass man überall Leute finden könne, die zuhören, dass es aber einer professionellen Person bedürfe, die aktiv oder durch Vermittlung helfe, „aus diesem Teufelskreis raus (zu) kommen“. Es scheint auf die darunter liegende bzw. gefühlte emotionale Zuwendung und die Kompetenz des Beraters anzukommen, ob *Zuhören* positiv oder negativ bewertet wird.

Abschließend lässt sich bei der Bewertung dieses zentralen Bereichs feststellen, dass im Konzept „differenzielle Interventionen“ als wichtiges Interventionsprinzip genannt wird. Damit ist gemeint, dass der Krisendienst abhängig von der Person des Nutzers und der Problemstruktur unterschiedlich intervenieren soll. Der Frage nach der Erfüllung dieser Forderung sind wir in unserem Material in vielfältiger Weise nachgegangen. In der Zusammenschau von Interventionskonzeption und den Ergebnissen der drei vorgelegten Untersuchungen zeigt sich, dass sich für die meisten beschriebenen Interventionen konzeptionelle Entsprechungen finden lassen. Während die in der Konzeption aufgeführten Interventionsprinzipien eher implizit im Handeln vorkommen, werden Interventionsmittel (Beziehungsaufbau, diagnostische Abklärung usw.) ausführlich bei den konkreten Interventionen be-

schrieben. Die Zielsetzungen aus dem Konzept finden alle in den Interventionen ihre Entsprechung und sie lassen sich mit verschiedenen elaborierten Methoden der Gesprächsführung bzw. der Psychotherapie in Einklang bringen.

Einschränkend muss festgestellt werden, dass die Untersuchungen nur indirekte Aussagen darüber erlauben, wie Intervention im BKD „wirklich“ gemacht wird. Hierzu wären Ton- oder Videoaufnahmen der Beratungsgespräche notwendig. Aus naheliegenden Gründen ist dies aber bei Zusicherung von Anonymität an die Klienten nicht möglich. Allerdings ist festzuhalten, dass durch die Triangulation der Daten und Texte aus der Basisdokumentation und aus der Befragung der Nutzer die Aussagen erweitert und abgesichert werden können, so dass angenommen werden kann, dass sie doch eine breite bzw. tiefe Gültigkeit besitzen.

4.1.2 Dauer der Kontakte und durchschnittliche zeitliche Auslastung durch Klienten

Zur Beschreibung der Interventionen und der Tätigkeit des BKD kann auch die zeitliche Auslastung als formales Bewertungskriterium herangezogen werden. Dabei ist zu beachten, wie dies schon eingangs formuliert wurde, dass ein Krisendienst nicht in der Weise nach diesem Kriterium beurteilt werden kann, wie dies bei einer Klinik oder einer Beratungsstelle angemessen sein mag. In dieser Hinsicht ähnelt der Krisendienst eher den Notdiensten wie der Polizei oder der Feuerwehr, die auch nicht hauptsächlich danach beurteilt werden können, ob ein Notfall eingetreten ist oder nicht. Bei den Notdiensten stellt bereits das einfache Zur-Verfügung-Stehen zur Absicherung entsprechender Hilfeleistungen eine wichtige Qualität dar.

Trotzdem ist es wünschenswert, genauere Informationen darüber zu erheben, wie die zeitliche Beanspruchung des BKD bzw. seiner Mitarbeiter ist, da hierdurch u.a. die Zahl der notwendigen Mitarbeiter eingeschätzt werden kann. In der Basisdokumentation ist die Zeitdauer registriert, die der jeweilige Kontakt in Anspruch nimmt. Aufgrund dieser Daten, können einerseits Aussagen über unterschiedliche Kontaktdauern gemacht werden und zum anderen kann ansatzweise untersucht werden, wie die Auslastung der Mitarbeiter in den Dienstzeiten ist.

Zunächst ist festzustellen, dass es keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Dauer der Interventionen zwischen den beiden Berichtsjahren gibt, d.h. trotz gestiegener Kontaktanzahl werden die Kontakte nicht signifikant kürzer oder länger. Es finden sich allerdings Unterschiede bei der *Art des Kontaktes* und bei den *Kontaktpersonen*. Bei der Art des Kontaktes zeigen sich deutliche Unterschiede, je nachdem ob der Kontakt am Telefon, als persönlichen Begegnung oder als mobiler Einsatz stattgefunden hat. Telefongespräche dauern im Mittel ca. 20, persönliche Gespräche knapp 60 Minuten und mobile Einsätze ca. 1½ Stunden (s. nachstehende Tabelle).

Art des Kontaktes	Mittelwert	Standard- Abweichung
Telefongespräch	20,1	46,3
persönliches Gespräch	59,9	54,0
mobiler Einsatz	96,0	91,8
unklar	10,6	10,9
Gesamt	27,4	52,0

Tabelle 6: Dauer der Interventionen nach Art des Kontaktes

Anhand der Standardabweichungen kann festgestellt werden, dass innerhalb der einzelnen Kontaktarten eine große zeitliche Schwankungsbreite besteht. Dies ist auch einleuchtend bei einem Krisendienst, zu dem Klienten mit sehr unterschiedlichen und unterschiedlich schweren Krisen Kontakt aufnehmen. Insgesamt sprechen auch diese Werte für ein (formal) differenziertes Interventionskonzept.

Auch der Vergleich der Dauer nach der *Art der Kontaktperson* verweist auf ein differenziertes Interventionskonzept beim BKD. Die Interventionen bei Klienten nehmen die längste Zeit von im Mittel etwa 30 Minuten ein, während Kontakte mit Angehörigen, bei denen es eher um Klärung oder ggf. um Weiterverweisung geht, knapp 19 Minuten beanspruchen. Im Kontakt mit Professionellen geht es in der Regel um kurze Abklärung, was zu tun ist oder um Informationen, die nur etwa 11 Minuten im Durchschnitt in Anspruch nehmen.

Kontaktperson	Mittelwert (Minuten)	Standard- Abweichung
Klient	30,1	51,8
Angehöriger	19,0	56,4
Professioneller	10,9	47,2

Tabelle 7: Dauer der Interventionen nach Art der Kontaktperson

Insgesamt lässt sich hier also feststellen, dass auch die unterschiedlichen Kontaktzeiten darauf hindeuten, dass der BKD seiner Zielsetzung gerecht wird, ein differenziertes Interventionskonzept zu verfolgen.

Da die Kontaktdauern bekannt sind, lässt sich auch die zeitliche Inanspruchnahme des BKD durch seine Nutzer über diesen Weg berechnen.

In der nachfolgenden Grafik ist ersichtlich, dass die zeitliche Inanspruchnahme bzw. Auslastung durch Nutzerkontakte in den beiden Berichtsjahren kontinuierlich zugenommen hat. Die Gesamtstundenzahl steigt von 1.289 Stunden im Mai 2000 auf 1.682 Stunden im April 2002.

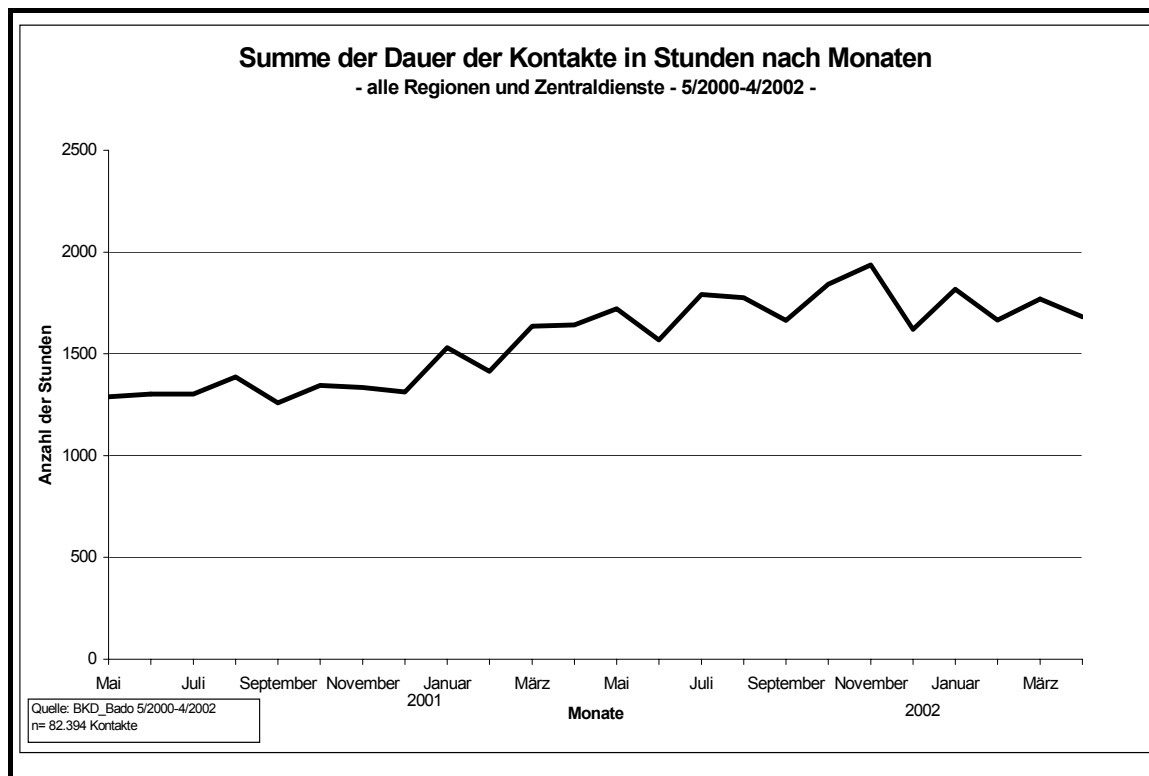


Abbildung 17: Summe der Dauer der Kontakte

Eine weitere Analyse birgt eine Reihe von Schwierigkeiten, auf die genauer eingegangen werden muss. Um die durchschnittliche zeitliche Inanspruchnahme der Mitarbeiter durch die Nutzer berechnen zu können, ist es notwendig, die jeweilige Gesamtdauer der Kontakte durch die Zahl der Mitarbeiter pro Schicht zu dividieren. Dies ist jedoch eine Modellannahme: sie geht davon aus, dass ein Nutzer immer nur mit einem Mitarbeiter Kontakt hat. Dies trifft zwar wahrscheinlich für fast alle Telefonkontakte zu, aber bereits bei den persönlichen Gesprächen gibt es Situationen, in denen mehr als ein Berater bei dem Gespräch anwesend ist. Für die mobilen Einsätze gilt jedoch die Regel, dass zwei Mitarbeiter zum Ort der Intervention fahren.

Das Ergebnis entspricht also nicht der Auslastung der Mitarbeiter pro Dienst, sondern ist ein Maß, das den zeitlichen Aufwand von der Klientenseite her erfasst. Die wahre Auslastung der Mitarbeiter wird tendenziell wahrscheinlich erheblich unterschätzt.

Trotz dieser methodischen Probleme zeigt die folgende Abbildung auch bei einer solchen kundenbezogenen Berechnung, dass die Dauer der Klientenkontakte im zweiten Berichtsjahr trotz Schwankungen deutlich höher liegt als im ersten. Im zweiten Jahr schwankt sie zwischen 2-2,4 Stunden pro Dienst. Dies darf als Indikator für eine zunehmende Auslastung des BKD interpretiert werden.

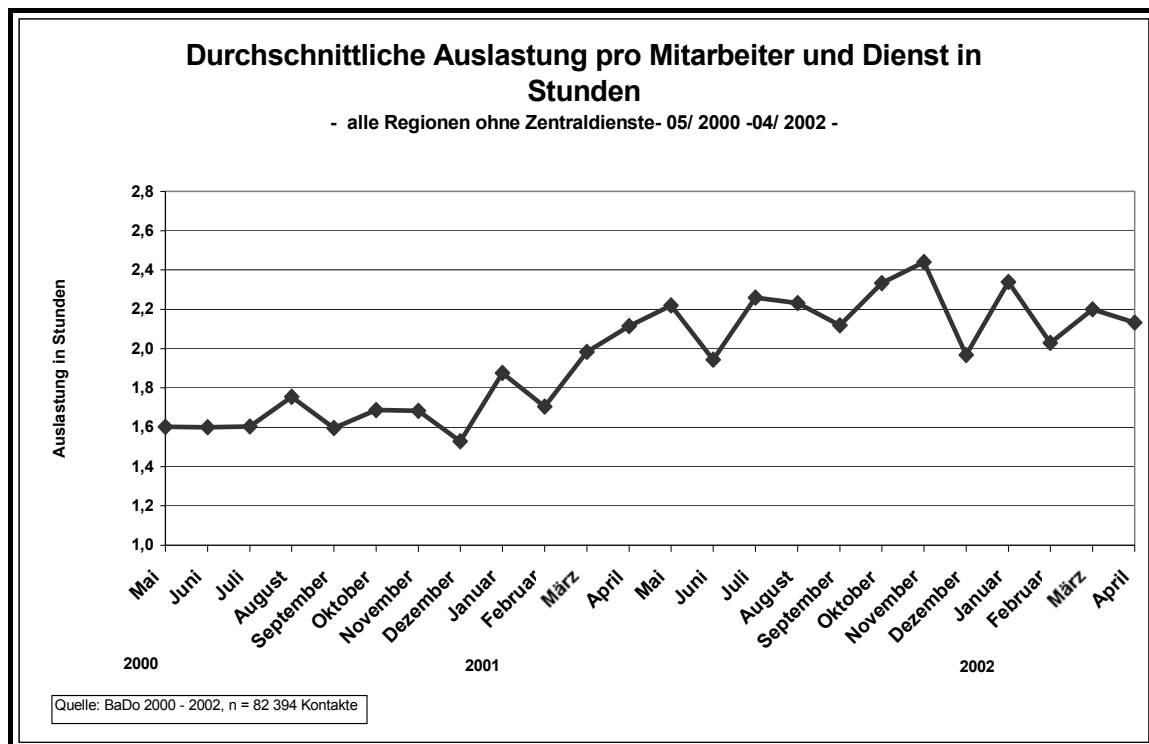


Abbildung 18: Durchschnittliche Auslastung pro Mitarbeiter und Schicht

Um die echte Auslastung durch Nutzerkontakte berechnen zu können, wäre es zusätzlich notwendig, auch den zeitlichen Aufwand andere Aktivitäten einzubeziehen, als jene, die direkt mit den Klientenkontakten in Zusammenhang stehen. Bisher wurde nur die reine Kontaktzeit dargestellt, dabei werden die Dokumentationszeit, Vor- und Nachbereitung, Übergabe und alle übrigen notwendigen Arbeiten nicht berücksichtigt.

Um dies deutlich zu machen, greifen wir eine Modellrechnung auf, die uns von Wolf Müller aus der Krisendienstregion Süd-West zur Verfügung gestellt wurde.

Um zu einer angemessenen Einschätzung des zeitlichen Aufwands zu kommen, der für die Beratung der Klienten notwendig ist, ist danach von folgenden Annahmen über den Protokollaufwand für die Basisdokumentation und den Zeitaufwand der Übergabe zwischen den Mitarbeitern auszugehen:

Protokollzeit pro Kontakt getrennt nach Kontaktlänge

- 1 – 10 min Kontaktzeit → mind. 3 min. (Kurzprotokoll mit Infotext)
- 11 – 29 min Kontaktzeit → 3-10 min. Protokollzeit pro Kontakt (Normal-Doku mit Infotext)
- ab 30 min Kontaktzeit → mind. 10 min. (Normal-Doku mit Infotext) bzw. 30% der Kontaktzeit

Nicht berücksichtigt in dieser Berechnung werden Fallnachbesprechungen nach schwierigen oder unklaren Gesprächen, das Lesen der Altprotokolle seit dem letzten Dienst, das Suchen der Pseudonyme vor der Neuvergabe eines solchen und diverses mehr.

Die Rechnung bezieht sich auf den Standort Süd-West, bei dem pro Dienstzeit drei Mitarbeiter anwesend sind. Um eine angemessene Schätzung zu ermögli-

chen, wurde die Auslastung für zwei unterschiedliche Monate des Jahres 2001 berechnet: im April 2001 wurde die höchste Auslastung und im Januar 2001 die niedrigste Auslastung registriert.

In den folgenden Tabellen sind die jeweiligen Kontakte in drei Gruppen der Dauer der Kontakte (0-10', 11-29' und $\geq 30'$) und, die dazu notwendigen Dokumentations- und Übergabezeiten aufgelistet. Schließlich werden die Zeiten addiert und ins Verhältnis der potenziellen Arbeitszeit der drei Mitarbeiter (31 Tage x 480 Minuten x 3Mitarbeiter) gesetzt.

Januar 01				Summen	
Kontaktzeit	0-10'	11-29'	$\geq 30'$		
Kontaktzahl	79 (24%)	69 (21%)	184 (55%)		Ø/pro Schicht: 11
Ø Kontaktzeit	6,37'	18,87'	52,52'		
DoKu-Zeit	79x3=237'	69x6=414'	184x16=2944'	3.595'	
Kontaktzeit				11.369'	
Übergabe	31x30'x3			2.790'	
Arbeitszeit				17.754'	
Kapazität	31x480'x3			44.640'	
Auslastung					40%

Tabelle 8: Beispielrechnung für einen Monat mit niedriger Auslastung

April 01				Summen	
Kontaktzeit	0-10'	11-29'	$\geq 30'$		
Kontaktzahl	129 (27%)	125 (26%)	223 (47%)		Ø pro Schicht : 16
Ø Kontaktzeit	6,43'	18,41'	69,64'		
DoKu-Zeit	129x3=387'	125x6=750'	223x21=4.683'	5.820'	
Kontaktzeit				18.661'	
Übergabe	30x30'x3=			2.700'	
Arbeitszeit				27.181'	
Kapazität	31x480'x3=			43.200'	
Auslastung					63%

Tabelle 9: Beispielrechnung für einen Monat mit hoher Auslastung

Es zeigt sich, dass bei den vom Standort angegebenen Kontaktarten und dem damit verbundenen Zeitaufwand bereits bei durchschnittlich elf Kontakten pro Dienst eine durchschnittliche Auslastung bezogen auf die Gesamtkapazität der drei Mitarbeiter von 40% erreicht wird, bei 16 Kontakten sind es bereits 63%. Einschränkung muss allerdings festgestellt werden, dass diese Berechnung von standortspezifischen Kontaktdauern ausgeht und für die relativ vielen Kontakte über 30 Minuten ein Durchschnitt von fast einer Stunde angesetzt wurde.

Insgesamt ist festzustellen, dass eine Analyse der zeitlichen Aspekte der Interventionen zeigt, dass auch hier differenziert interveniert wird. Ob allerdings die Zeitdauern den Beratungsproblemen und der Situation der Klienten angemessen sind, lässt sich anhand dieser Daten nicht feststellen.

Weiterhin lässt sich aber feststellen, dass die zeitliche Auslastung der Mitarbeiter des BKD durch direkte Arbeit im Zusammenhang mit Nutzerkontakten in den beiden Berichtsjahren kontinuierlich gestiegen ist.

Eine modellhaft berechnete Auslastung von etwa 40 bis über 60% für einen ausgewählten Standort erscheint plausibel. Vor dem Hintergrund, dass dabei keine Einsätze mit gleichzeitig mehreren Mitarbeitern erfasst wurden, jedoch relativ viele länger dauernde Kontakte berechnet wurden, kann dieses Ergebnis als grober Maßstab für eine Auslastung mit Arbeiten, die mit Nutzerkontakten direkt zusammenhängen, genommen werden. Grundsätzlich muss ein Krisendienst aber eher im Sinne eines Notfalldienstes für die Bereitstellung des Angebots eingerichtet werden, eine auch nur annähernd 100% Auslastung kann nicht angestrebt werden, da die Auslastung an verschiedenen Tagen sehr unterschiedlich ist. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass der BKD zum Ende der Erprobungszeit, mindestens zu bestimmten Zeiten an eine obere Grenze der Auslastung gekommen ist.

4.1.3 Arbeitsweise des ärztlichen Hintergrunddienstes

Ein spezielles Profil der möglichen Interventionen, das den Berliner Krisendienst auszeichnet, ist die Bereitschaft und der Einsatz eines ärztlichen Hintergrunddienstes. In Bezug auf die Struktur- und Prozessqualität scheint das Vorhalten eines qualifizierten ärztlichen Hintergrunddienstes von besonderer Bedeutung, da das Spektrum der Nutzer und der möglichen Krisenintervention des BKD erweitert wird. In diesem Kapitel wird insbesondere der Frage nach der speziellen Angebotsstruktur dieses Elementes nachgegangen, während im Kapitel *Ergebnisqualität* (s. Kapitel 5.1.2.3) die Inanspruchnahme und die Beschreibung der Nutzer durch die Ärzte dargestellt werden. Bezüglich des Prozesses der Arbeit der Hintergrundärzte werden hier Daten aus der Ärzte-BaDo aus den Jahren 2000 und 2001 vorgestellt und diskutiert. Während der Woche stehen für die Regionen Mitte/Nord, Südost/Ost, Südwest und West im Spätdienst je zwei Ärzte zur Verfügung. Im Nachtdienst und während des Tagdienstes am Wochenende befinden sich zwei Ärzte für Gesamtberlin in Bereitschaft. Es handelt sich um Fachärzte für Psychiatrie (und Neurologie) bzw. um in der Psychiatrie erfahrene Ärzte. Über beide Jahre hinweg kamen laut Ärzte-BaDo insgesamt 41 verschiedene Ärzte zum Einsatz. In 2000 werden 34 und in 2001 35 Ärzte beschäftigt, deren jeweilige Einsatzzahl stark variiert, es gibt eine Spannweite in 2001 von 2 bis 129 Einsätzen für einzelne Ärzte.

4.1.3.1 Art der Einsätze im Jahresvergleich

Grundsätzlich stellt der *mobile Einsatz* über beide Jahre hinweg die häufigere Interventionsform des ärztlichen Hintergrunddienst dar, obwohl auch die *telefonische Beratung* und die Kombination beider Einsatzarten genutzt werden. Die folgende Grafik veranschaulicht die Häufigkeiten getrennt nach der Art des Einsatzes. Dabei ist die Summe aus jeweils beiden Einsatzarten höher als die Gesamtzahl der Bögen, da beide Einsatzarten auch für einen Klienten notwendig werden können. Die Wahl der Einsatzart wird dabei neben den jeweiligen Spezifika des Krisenfalls auch vom Rollenverständnis des Arztes (Notfallarzt oder Teamberater) beeinflusst. Dabei kann eine telefonische Beratungsform dazu genutzt werden, um die Notwendigkeit eines aufwendigeren mobilen Einsatzes zu eruieren.²⁸

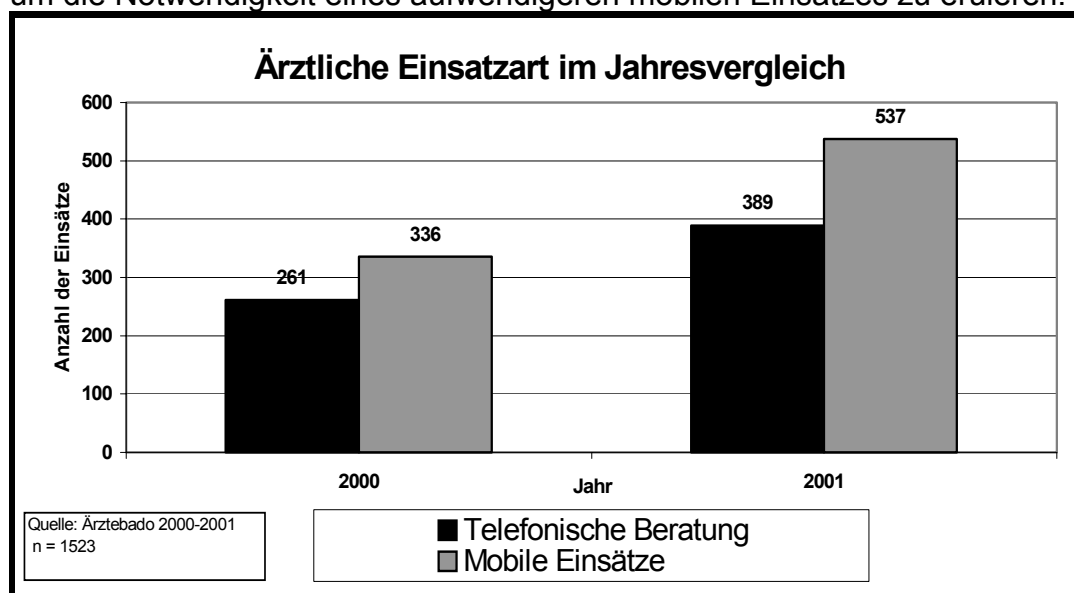


Abbildung 19: Vergleich der verschiedenen Einsatzarten der Hintergrundärzte

²⁸ Vgl. POHL (2002)

4.1.3.2 Zeitliche Verteilung der ärztlichen Einsätze

Wie aus der folgenden Abbildung ersichtlich ist, wird die Bereitschaft der Ärzte rund um die Uhr vom BKD auch in Anspruch genommen. Die zeitliche Verteilung der Kontaktaufnahme mit den Ärzten entspricht dabei der Beratungsstruktur des Krisendienstes. So steht im Vergleich zum Tag- (8.00-16.00 Uhr)²⁹ und Nachtdienst (24.00-8.00 Uhr) die Nutzung im Rahmen des Spätdienstes (16.00-24.00) im Vordergrund.

Am häufigsten wird der ärztliche Hintergrunddienstes in der Zeit ab 16.00 Uhr mit einem Absinken am Abend und einem erneuten Anstieg bis Mitternacht genutzt. Es handelt sich um jene Zeiten bzw. Zeiträume, in denen die meisten ambulanten Institutionen mit ärztlichen Mitarbeitern ihre Pforten schließen.

Die Inanspruchnahme in den Stunden vor 16.00 Uhr gehen auf das Konto der Wochenenden, da an den Wochentagen in dieser Zeit der Hintergrunddienst nicht zur Verfügung steht. Interessant ist der Befund, dass die Ärzte in der einen Stunde vor Mitternacht insgesamt deutlich häufiger gerufen werden als in den gesamten Stunden zwischen 0.00 und 8.00 Uhr. Einerseits werden Notrufe in diesen Nachtstunden generell seltener, andererseits spielen hier vielleicht noch andere Effekte eine Rolle (etwa das Problem der weiten Entfernung zwischen Einsatzort und Wohnort des Arztes).

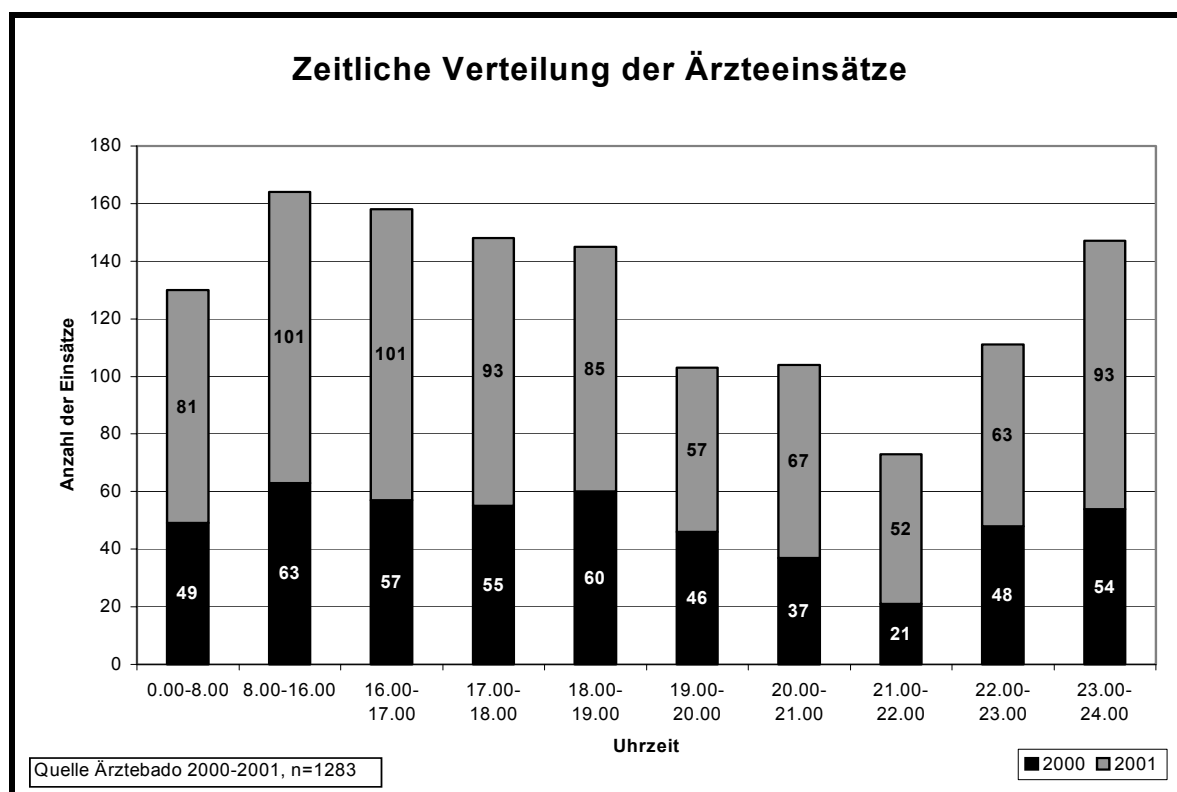


Abbildung 20: Zeitliche Verteilung der Arzteinsätze

²⁹ Die Nutzung während des Tagdienstes geschieht ausnahmslos an den Wochenenden, wenn der BKD sein gesamtes Repertoire auch im Tagdienst anbietet. Aufgrund der Darstellungsart erscheint die Nutzung des Tagdienstes sehr hoch, hier sind aber acht Stunden in einer Säule zusammengefasst.

4.1.3.3 Telefonische Beratungen

Telefonisch beraten wurden durch die Ärzte in beiden Jahren vornehmlich die Mitarbeiter des BKD selbst. Allerdings zeigte eine modifizierte Kategorienbildung im Jahr 2001, dass häufig auch verschiedene Kombinationen von Personen von den Ärzten beraten werden. Diese Verteilungen sind in der nächsten Grafik aufgetragen.

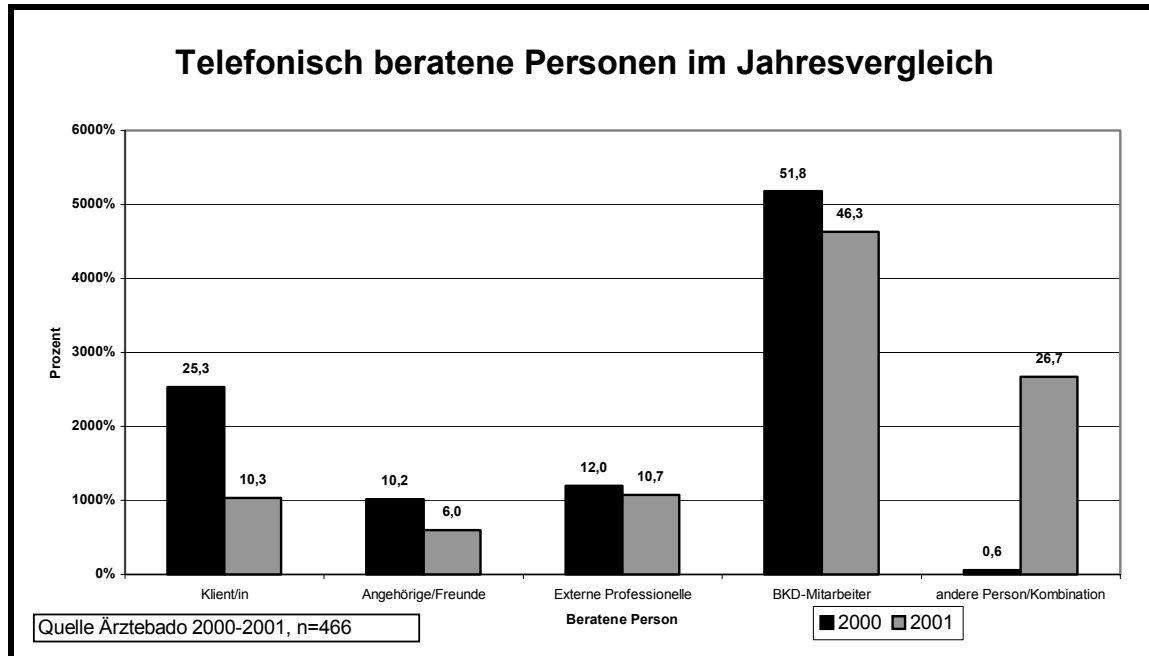


Abbildung 21: Durch die Ärzte telefonisch beratene Personen

Einsatzdauer der telefonischen Beratungen

Bezüglich der Dauer der telefonischen Beratungen unterscheiden sich die Jahre 2000 und 2001 kaum. Im Mittel dauerte eine telefonischen Beratung in beiden Jahren ca. 16 Minuten, aus den weiteren Berechnungen ergibt sich, dass bei einem Anteil von über 40% der Fälle die Gesprächsdauer mit unter 10 Minuten kurz ist. Hier ist anzunehmen, dass kurze Abstimmungen vorgenommen werden bzw. konkrete Nachfragen von den Ärzten beantwortet werden.

4.1.3.4 Mobile Ärzteneinsätze

Einsatzorte

Trotz der über beide Jahre sehr unterschiedlich gehandhabten Dokumentation und Dateneingabe bezüglich der Einsatzorte des ärztlichen Hintergrunddienstes, lässt sich feststellen, dass im besten Sinne von *mobilen Einsätzen* gesprochen werden kann, finden doch die Einsätze vorwiegend in den Wohnungen der Klienten bzw. von Freunden (zusammen 62%) statt. Dieser eindeutige *Spitzenreiter* unter den Einsatzorten wird von den Einsätzen an den Standorten des BKD selbst und den Polizeiabschnitten gefolgt. Addiert man aber die Einsätze in allen Formen des betreuten Wohnens und der stationären Wohneinrichtungen, so belegen diese Orte den zweiten Platz.

Die Aufschlüsselung der verschiedenen anderen Einsatzorte ergab, dass der ärztliche Hintergrunddienst in Wohnheimen, im betreuten Wohnen, Senioren- und Pflegeheimen und anderen ambulanten und stationären Betreuungseinrichtungen (z.B. Behinderteneinrichtungen) zum Einsatz kommt. Schließlich weist die hetero-

gene Gruppe der *öffentlichen Örtlichkeiten* eine Fülle von Orten auf, u.a. Hilfe auf der Straße, in Botschaften oder Kneipen.

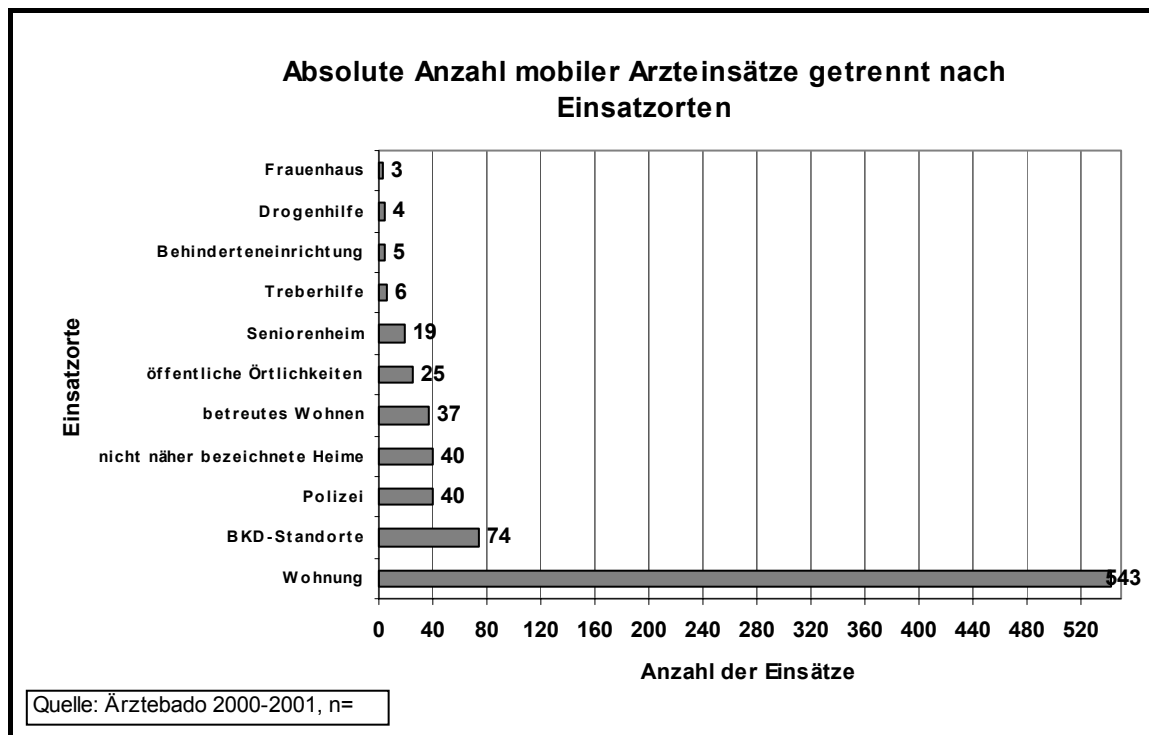


Abbildung 22: Einsatzorte der Ärzte

Dauer der mobilen ärztlichen Einsätze

Die Daten zur Dauer der mobilen ärztlichen Einsätze sind mit Unsicherheiten behaftet, da mehrere Rücksprachen mit den Ärzten zeigten, dass die Angaben teilweise die Fahrzeit einschlossen und teilweise ausschlossen.

Die durchschnittliche Dauer der mobilen Einsätze nahm im Jahre 2001 im Vergleich zu 2000 mit 107 im Vergleich zu 87 Minuten zu. Aus der folgenden Grafik wird deutlich, dass die Einsätze sich hinsichtlich ihrer Dauer erheblich unterscheiden, kurze Einsätze aber eine Rarität sind. Dies ist kein erstaunlicher Befund für die mobile Krisenintervention akuter und häufig psychiatrischer Krisen bzw. Notfälle.

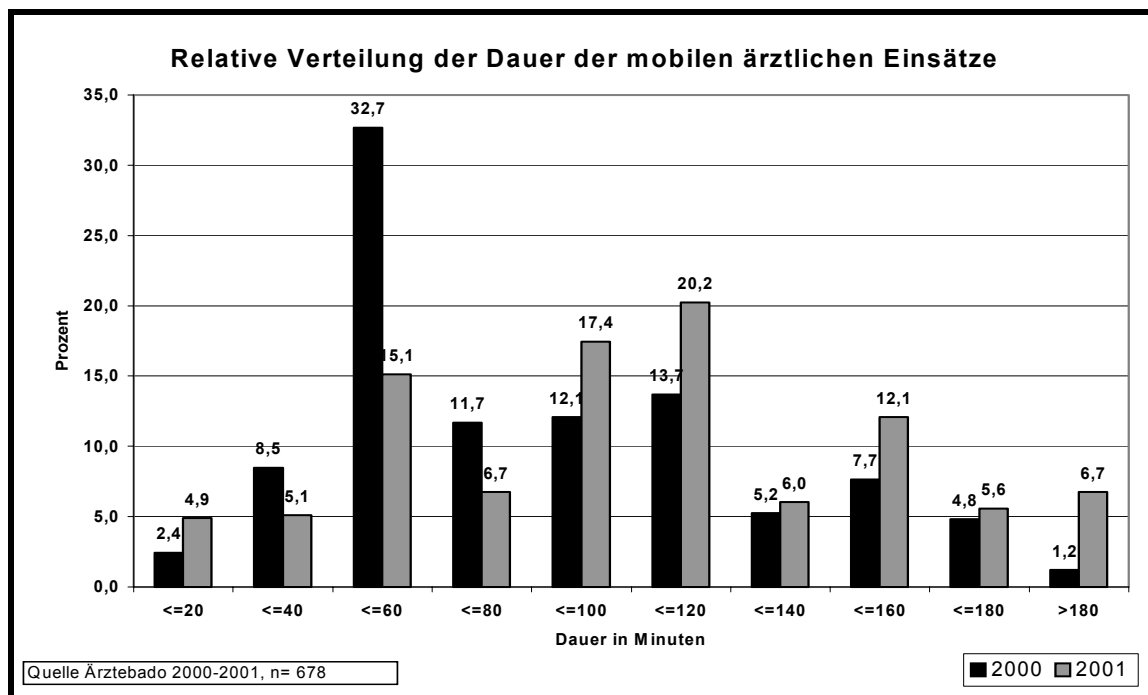


Abbildung 23: Dauer der mobilen Einsätze

4.1.3.5 Maßnahmen des ärztlichen Hintergrunddienstes

Bezüglich der eingesetzten Maßnahmen ergibt die Auswertung der Bögen für beide Jahre, dass die Ärzte im Rahmen ihrer Einsätze fast immer *Gespräche* geführt (93%) und in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (53%) eine *ausführliche Exploration* bzw. *psychiatrische Diagnostik* durchgeführt haben. Außerdem wurde in gut einem Drittel der Einsätze eine Einweisung in ein Krankenhaus (38%) vorgenommen (s. hierzu auch Kapitel 4.1.4) und es spielte in ca. 22% das Thematisieren bzw. die Verordnung von Medikamenten eine Rolle (davon 14% Ratschlag gegeben, 6% Medikamente gegeben, 2% Medikamente verordnet). Körperliche Untersuchungen bzw. erste Hilfe bei somatischen Notfällen fanden dagegen nur in 1% der Fälle statt, bei diesen Notfällen werden offenbar andere Dienste hinzugezogen. Anhand dieser Daten lässt sich ableiten, dass es sich eher um psychiatrische Notfälle handelt, zu denen die Ärzte mobil hinzugerufen werden.

Genutzte Verkehrsmittel

Im Untersuchungszeitraum nutzten die Ärzte meist einen PKW, um zum Einsatzort zu gelangen (knapp 78% der Fälle). In ca. 16 % wurde auf ein Taxi zurückgegriffen, der ÖPNV oder andere Modalitäten (Fahrrad, per pedes) wurden selten (je 3%) genutzt. Durch die Bereitschaft weniger Ärzte für ein großes Einzugsgebiet war dieser Befund zu erwarten, zu lange dauert im Notfall die Reise, insbesondere zu ungünstigen Zeiten, mit der BVG.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der ärztliche Hintergrunddienst eine wichtige Dimension der Prozessqualität darstellt. Eine überschaubare Anzahl von Ärzten übernimmt die Dienste, in denen häufig die Mitarbeiter telefonisch beraten werden. Die mobilen Einsätze der Ärzte finden hauptsächlich im *Feld der Krise* statt (im privaten Umfeld der Klienten, im betreuten Wohnen, in Polizeiabschnitten oder in öffentlichen Räumen und auf den Straßen Berlins). Es deutet sich bereits bei diesen Daten an, dass die Ärzte tendenziell zu psychiatrischen

Krisen und Notfällen³⁰ hinzugerufen werden. Die Verteilung der Einsätze über den Tag verteilt zeigen klare Häufungen am Abend und der frühen Nacht. Nach Mitternacht wird der Dienst auch noch, aber seltener in Anspruch genommen. Die Dauer der mobilen Einsätze kann als *eher lang* bezeichnet werden, sicher ein Ausdruck für die Komplexität der vorgefundenen Krisensituation.

4.1.4 Klinikeinweisungen, Alternativen zu Klinikeinweisungen

4.1.4.1 Vorbemerkung, Datenquellen

Der BKD hat zum konzeptionellen Ziel, Klinikeinweisungen in stationär-psychiatrische Behandlung professionell zu begleiten bzw. dann Alternativen zu suchen, wenn eine ambulante Behandlung möglich und sinnvoll erscheint. Eine Leitlinie der mit Beginn der Psychiatriereform entwickelten gemeindepsychiatrische Versorgungslandschaften ist, die Behandlung psychisch kranker Menschen möglichst ambulant bzw. komplementär zu ermöglichen (nach dem Motto „ambulant vor stationär“). Auf der anderen Seite bieten die stationären Einheiten eine wichtige Behandlungsfacette, ohne die derzeit ein gemeindepsychiatrisches Netz nicht denkbar ist. Zwischen diesen Polen bewegt sich der BKD mit seinem Angebot, auch schwere psychische bzw. psychiatrische Krisen professionell angemessen zu begleiten.

Dazu heißt es u.a. im Konzept des BKD:

„Der Dienst trägt dazu bei, Klinikbehandlungen zu vermeiden, wenn eine ambulante Krisenintervention ausreicht. Dem Krisendienst kommt damit eine Art „Weichenfunktion“ zu. Als Teil des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems arbeitet der Krisendienst als Schaltstelle für die weitere psychiatrische Versorgung nach dem Prinzip „ambulant vor teilstationär vor stationär“. (...) Ziel ist es, Krisensituationen möglichst ambulant aufzufangen, nicht erforderliche stationäre Aufnahmen verhindern zu helfen sowie notwendige Einweisungen fachkompetent einzuleiten und zu begleiten.“ (Konzeption einer ambulanten Krisenversorgung für Berlin, 1999)

Für die Beschreibung und Bewertung der Arbeit des BKD im Zusammenhang mit Klinikeinweisungen haben wir drei Bereiche besonders untersucht:

- Einweisungen und Begleitungen in stationäre (meist psychiatrische) Behandlung
- Einweisungen nach PsychKG
- Entwicklung von Alternativen zu stationär-psychiatrischer Behandlung

Methodisch haben wir einmal die Häufigkeiten der Einweisungen in stationäre Behandlung aus der BaDo und die Dokumentation der Hintergrundärzte hinsichtlich der Einweisungen analysiert. Zusätzlich wurden in zwei Diplomarbeiten Interviews mit Hintergrundärzten³¹ bzw. Prosatexte aus der BaDo von Kontakten mit der Beschreibung *Alternative zu Klinikeinweisung entwickelt*³² qualitativ analysiert. Schließlich analysierten wir im Rahmen einer Studienarbeit 113 mobile Einsätze,

³⁰ Zur Schwierigkeit der Begriffsbestimmung s. ZIMMERMANN (2001), SAUVANT & SCHNEYDER (2000)

³¹ POHL, S. (2002)

³² BILDA, S. (2002)

die mit einer Klinikeinweisung nach dem PsychKG verbunden waren, und konnten ca. 80 relevante Handlungscodes bilden.³³

Im Kapitel 5.2.4.3 *gesundheitsökonomische Analyse* werden zudem Berechnungen vorgestellt, die auch das Thema der Klinikeinweisungen betrachten.

4.1.4.2 Klinikeinweisungen

Aus der BaDo lassen sich quantitative Daten beziehen, die zu dem Themenkomplex Aussagen erlauben. So findet sich bei 1,6% (457 Kontakte) der Vermerk *Begleitung bei Klinikeinweisung* und in 6,2% (1.783 Kontakte) der Klienten-Kontakte des BKD *Alternative zu Klinikeinweisung entwickelt*. In der Kategorie *Externe Kontakte* wird aber in 986 Kontakten angegeben, dass eine Vermittlung an eine psychiatrische Klinik stattgefunden hat, das entspricht 7,2% aller Vermittlungen bzw. 10,2% aller Vermittlungen an Einrichtungen und Dienste außer dem BKD selbst. Hinzu kommen noch 618 Vermittlungen an die Kriseninterventionsstationen (entsprechend 2,6% der Vermittlungen). Zusammen ist die Gruppe der Vermittlungen an stationäre Kliniken/Abteilungen inklusive der Kriseninterventionsstationen die größte vor der Feuerwehr/Polizei und den Sozialpsychiatrischen Diensten.

Aus der Analyse weiterer Variablen ergibt sich, dass im gesamten Erhebungszeitraum 2.614 Klienten eine stationäre Klinikaufnahme *empfohlen*, in 797 Fällen eine *freiwillige* Klinikaufnahme und in 265 Fällen eine Einweisung nach *PsychKG* initiiert wurde. Zusammen handelt es sich um knapp 10% aller verwertbarer Fälle (N=37.751, Mai 2000-April 2002). Die folgende Grafik zeigt diese Befunde.

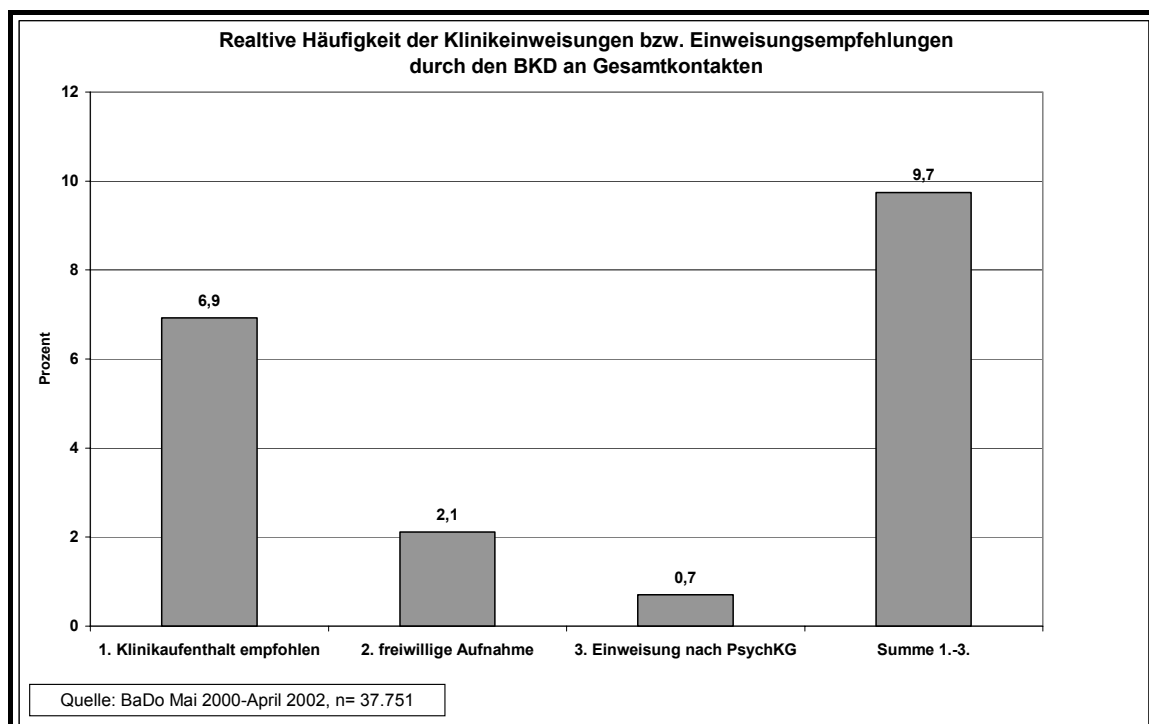


Abbildung 24: Relative Häufigkeit von Klinikeinweisungen und Einweisungsempfehlungen durch den BKD

³³ BÜRGER et al. (2002)

Aus diesen Daten lässt sich erkennen, dass der Komplex der Einweisung in stationäre Behandlung eine wichtige Komponente der Arbeit des BKD darstellt.

Anhand der registrierten Bedarfskategorien der BaDo lässt sich auch darstellen, dass sich die Gruppe der Klienten, denen eine Klinikaufnahme empfohlen bzw. bei denen eine solche durchgeführt wurde, von der Gesamtgruppe der Klienten unterscheidet. In der folgenden Grafik sind beide Gruppen bezüglich der jeweiligen Bedarfe gegenübergestellt und es wird deutlich, dass die erste Gruppe deutlich häufiger *Schutz*, *Vermittlung an andere Institutionen* (eben: Kliniken), *mobile Einsätze* und *Deeskalation* benötigt.

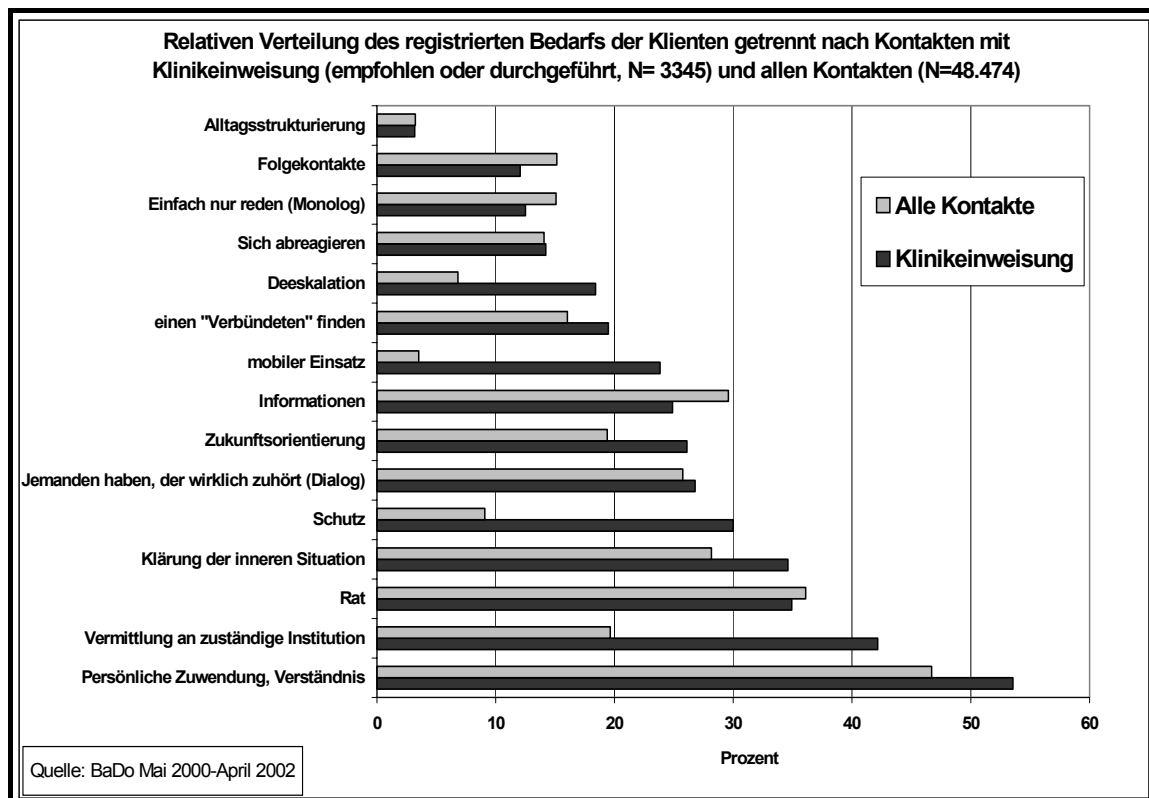


Abbildung 25: Vergleich der Bedarfe von verschiedenen Klientengruppen

4.1.4.3 Einweisungen in Krankenhäuser durch den ärztlichen Hintergrunddienst

Häufigkeiten

Über beide Jahre kam es in gut 60 Prozent der Einsätze der Hintergrunddienste ausgefüllten Dokumentationsbögen **nicht** zur Einweisung in stationäre Behandlung. Darüber hinaus überwiegen in beiden Jahren die freiwillige Einweisung gegenüber der initiierten Einweisung nach PsychKG. Insgesamt ist über beide Jahre eine annähernd stabile Häufigkeit der Einweisungen in stationäre Behandlung erkennbar.

Zu den Häufigkeiten muss angemerkt werden, dass Einweisungen im Sinne von Vermittlungen in stationäre Behandlung auch ohne den ärztlichen Hintergrunddienst durchgeführt werden (s.o.). Einzig die Einweisungen nach dem PsychKG

finden in aller Regel unter Hinzuziehung des ärztlichen Hintergrunddienstes statt.³⁴

Die folgende Grafik gibt die entsprechenden Häufigkeiten wieder.

Im Jahr 2000 wurden 86, im Jahr 2001 124 registrierte Einweisungen nach PsychKG vorgenommen bzw. in die Wege geleitet.³⁵ Relativ zur Gesamtzahl der Einsätze hat der Anteil dieser Einweisungen leicht abgenommen. Aussagekräftige Vergleichszahlen für das Land Berlin konnten von den Forschern nicht aufgefunden werden, da es keine zentrale Statistik gibt. So existieren derzeit auch noch keine zentralen Statistiken zur Einweisungshäufigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste oder der Polizei. Die zugänglichen Statistiken (z.B. durch eigene Evaluation einiger psychiatrischer Abteilungen generiert) sind für die Abschätzung des Anteils der PsychKG-Einweisungen des BKD im Vergleich zur Häufigkeit im Land Berlin nicht zu verwerten, da sie eine unterschiedliche Grundlage haben (z.B. nicht differenziert nach PsychKG oder BetrR).

Es lässt sich also derzeit allein feststellen, dass die Initiierung von Einweisungen nach PsychKG vom BKD als Aufgabe übernommen wird und hierbei der ärztliche Hintergrunddienst eine wesentliche Funktion hat. Zur Frage der Beleihung des BKD mit dem Hoheitsrecht nach PsychKG siehe Kapitel 6 *Zusammenfassende Bewertung*.

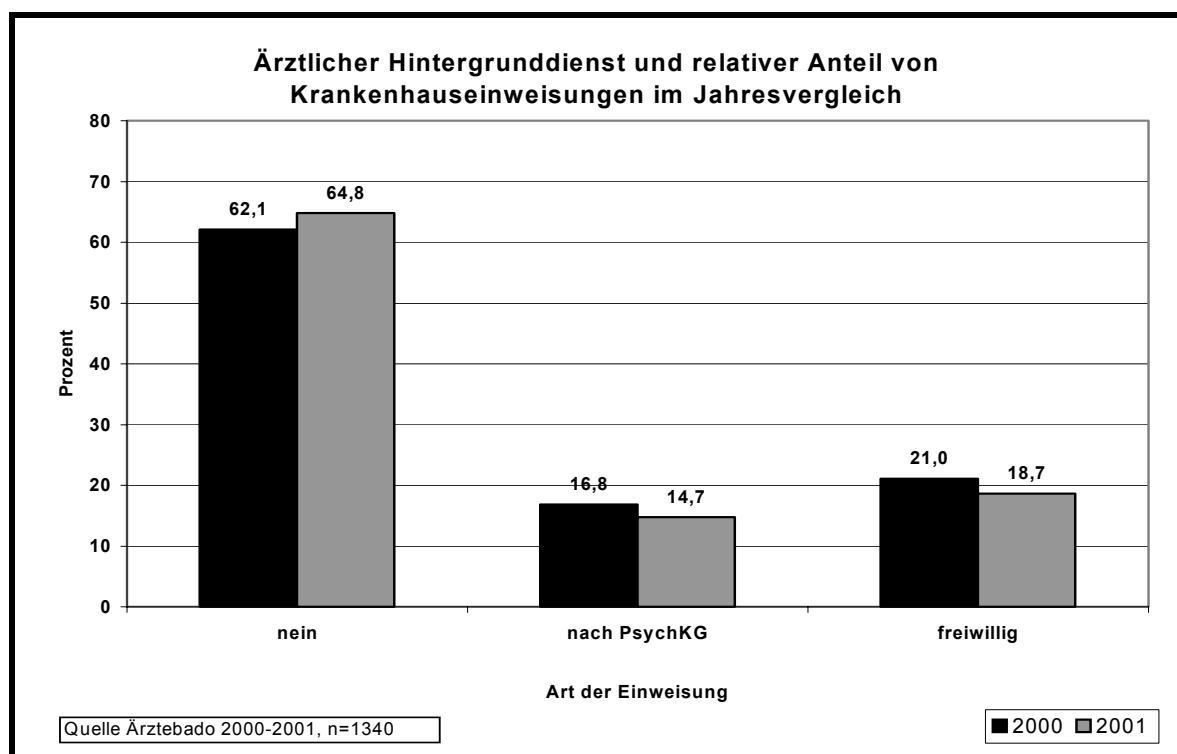


Abbildung 26: Relativer Anteil von Krankenhauseinweisungen durch den Hintergrunddienst

³⁴ Nach unseren Daten handelt es sich dabei um eine ganz geringe Anzahl von Einweisungen nach dem PsychKG, die ohne ärztlichen Hintergrunddienst durchgeführt wurden. Dies ist dadurch erklärbar, dass es Situationen gibt, in denen eine rasche Intervention (z.B. mit der bereits vor Ort befindlichen Polizei) notwendig und es sinnvoller ist, als den Arzt zu rufen.

³⁵ Nach geltendem Recht in Berlin (Gesetz für psychisch Kranke) ist der BKD nicht mit dem Hoheitsrecht der Einweisung ohne oder gegen den Willen eines Patienten in eine psychiatrische Klinik oder Abteilung beleihung. Das bedeutet, dass in solchen Fällen die Hinzuziehung des zuständigen Bezirksamtes bzw. der Polizeidienststelle notwendig ist, die dann die Einweisung nach § 26 PsychKG vollziehen können (vgl. ZIMMERMANN (1996)).

Einweisungen im Regionsvergleich

Eine Betrachtung der Einweisungshäufigkeit nach Regionen getrennt weist signifikante Verteilungsunterschiede (χ^2 Test) aus. Es finden sich hohe Raten an Einweisungen nach dem PsychKG im Nachtdienst, in den Regionen Mitte, West und Nord. Außer beim Nachtdienst und in der Region Nord überwiegen allerdings immer die freiwilligen Einweisungen. Sehr niedrige PsychKG-Einweisungsquoten wurden in den Regionen Südost und Ost dokumentiert.

Für diese Unterschiede greifen keine monokausalen Erklärungsansätze. Während der BKD im Tag- (an Wochenenden) und Nachtdienst in besonderer Weise Versorgungslücken anderer Anbieter schließen muss, lassen sich regionale Unterschiede teilweise über die Besonderheiten in der Region selbst nachvollziehen (ein Beispiel für West: Brennpunkt Bahnhof Zoologischer Garten). Daneben zeigen sekundär die stark variierende Häufigkeit bestimmter Diagnosen in den Regionen an, dass durch bestimmte Klientengruppen die Wahrscheinlichkeit der Einweisungen nach PsychKG ansteigen (s.u.).

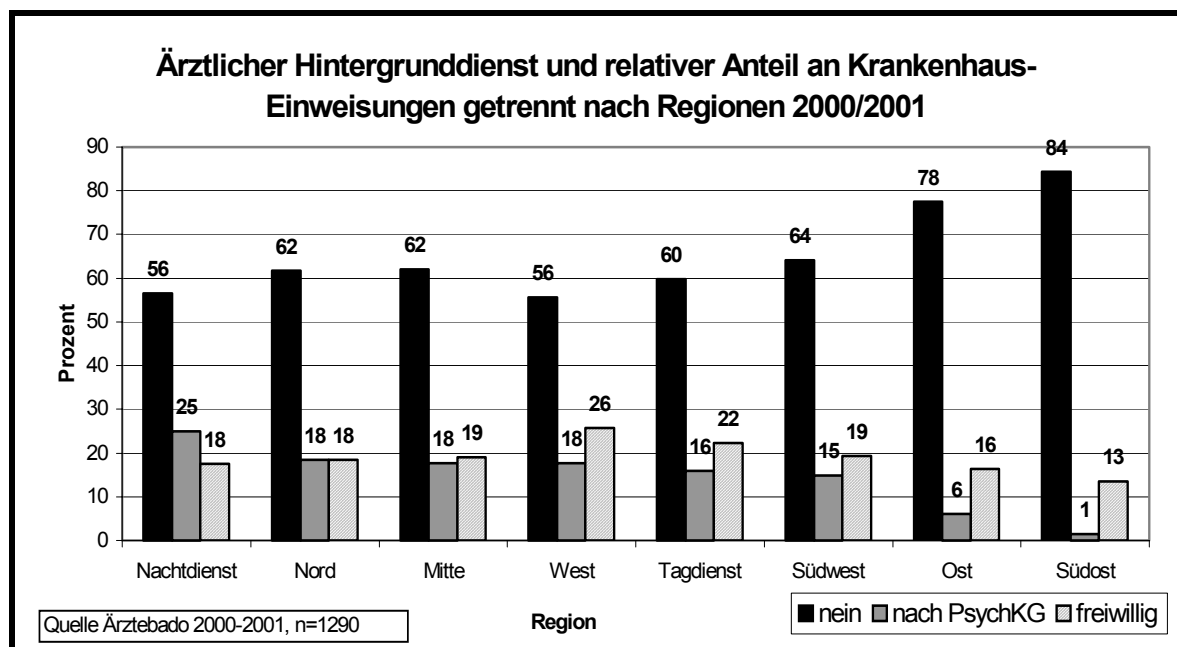


Abbildung 27: Krankenhauseinweisungen getrennt nach Regionen

Zusammenhang zwischen Einweisung und Diagnose

Wir haben die Daten der zwei Jahre auch hinsichtlich eines möglichen Zusammenhanges zwischen der Einweisungshäufigkeit und -art auf der einen und der diagnostizierten psychischen Störung andererseits untersucht und sehr deutliche Verteilungsunterschiede gefunden.

Danach entfallen mit Abstand die häufigsten Einweisungen auf Klienten, bei denen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert wurden: allein fast die Hälfte aller Einweisungen nach dem PsychKG und knapp 40% der freiwilligen Einweisungen entfallen auf diese Gruppe. Mit deutlichem Abstand folgen die Störungen durch Alkohol und depressive Störungen, wobei bei diesen beiden Diagnosegruppen die freiwilligen Einweisungen überwiegen. Diese Befunde werden in der folgenden Grafik wiedergegeben.

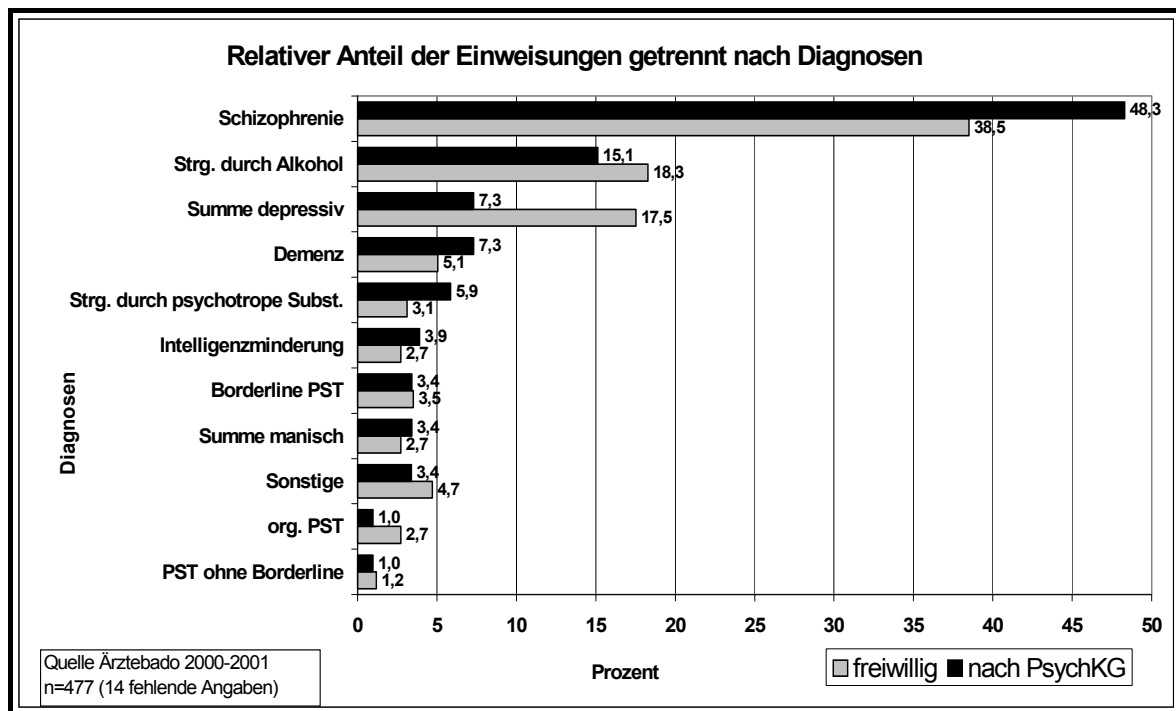


Abbildung 28: relative Verteilung der Einweisungen getrennt nach Diagnosegruppen

Einweisungskrankenhäuser

Die häufigsten Einweisungen erfolgten in das Krankenhaus Spandau (15,9%) und in die Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (15,6%). Weitere wichtige Einweisungskliniken (> 5% der Einweisungen) sind die Psychiatrische Abteilung der FUB (Eschenallee) (10,2%), das St. Joseph Krankenhaus Weißensee (9,2%), das Krankenhaus Moabit (6,7%) sowie das Krankenhaus am Urban (5,7%).

In der Kategorie Sonstige (Kriterium <10 Einweisungen innerhalb beider Jahre) kommen diverse Kliniken vor. Deutlich wird, dass neben den für die regionale Pflichtversorgung zuständigen psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen auch in andere Kliniken eingewiesen bzw. vermittelt wird.

Die nachfolgende Grafik zeigt alle Krankenhäuser mit mehr als fünf erfolgten Einweisungen.

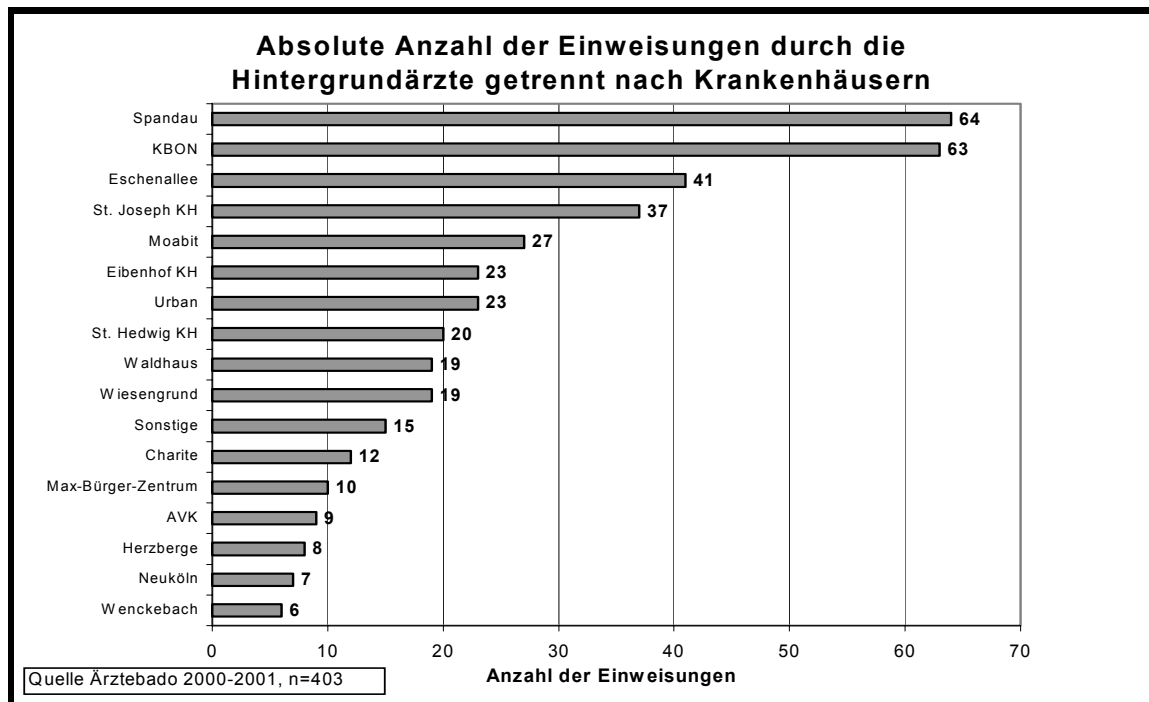


Abbildung 29: Ärztlicher Hintergrunddienst: Einweisungskrankenhäuser

4.1.4.4 Alternativen zu Klinikeinweisung entwickelt, Textanalysen aus der BaDo

Aus der BaDo wurden 36 Texte von Datensätzen analysiert, in denen die Variable *Alternativen zu Klinikeinweisung entwickelt* angekreuzt war. Zum großen Teil sind die Texte von guter bis sehr guter Qualität in dem Sinne, dass sich aus ihnen die entsprechenden Situationen gut rekonstruieren lassen. Nur gelegentlich haben wir Texte gefunden, in denen aus den dünnen Informationen nicht erkennbar war, an welcher Stelle hier denn eine Alternative zu einer Klinikeinweisung gefunden worden sein soll.

Es ließ sich feststellen, dass es sich um sehr verschiedenartige, meist komplexe Krisensituationen handelt, in denen sehr differenziert gehandelt und dokumentiert wurde. Weiter wird in den Texten erkennbar, dass es in den meisten Fällen tatsächlich um eine, oft aufwendige bzw. mühsame Alternativfindung zu einer stationären Aufnahme geht. Im Einzelnen können folgende wichtige Aspekte bzw. Kategorien zusammen gefasst werden:

Anlässe

Als Krisenanlässe kommen vielfältige Situationen vor: Neben akuter Angst mit Panik werden akute Suizidalität im Rahmen psychosozialer Probleme sowie schwere psychische Krankheiten wie Schizophrenien genannt. Gerade Situationen, in denen Klienten eine *akute* Suizidalität zeigen, werden z.T. ausführlich geschildert und es wird deutlich, mit welchen Methoden die *akute* in eine *latente* Suizidalität umgewandelt werden konnte. Interessant ist auch der Aspekt, dass es häufig Angehörige oder Professionelle sind, die den BKD kontaktieren, damit dieser einen Klienten in eine Klinik einweise. In diesen Fällen kommt zu der ohnehin komplexen Aufgabe für die Mitarbeiter auch noch jener Aspekt hinzu, die sekundär „betroffenen“ Anwesenden von einer sinnvollen Alternative zu überzeugen.

Behandlungserfahrung

Alle Klienten in dieser Untersuchung hatten Erfahrungen mit psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Unter jenen, die lange Aufenthalte in (meist derselben) psychiatrischen Klinik hatten, finden sich Klienten, die zur Zeit der Intervention im Betreuten Wohnen leben. Es ergibt sich aus den Texten die Notwendigkeit für die Mitarbeiter, ausführlich frühere Erfahrungen mit der stationären Psychiatrie zu thematisieren, da gelegentlich ein weiterer, indizierter Klinikaufenthalt aufgrund früherer schlechter Erfahrungen zunächst abgelehnt wird.

Interventionen

Es finden sich eindrucksvolle Belege für aufwendige und lang dauernde Interventionen, in denen in hohem Maße ein emotionaler Kontakt hergestellt wird und dann die Situation geklärt und schließlich entspannt wird. Dabei sind häufig mehr als eine professionelle Person anwesend (gelegentlich auch der Hintergrundarzt) und es wird oft das soziale Umfeld der Klienten aktiviert. In manchen Texten ist der Prozess der diagnostischen Klärung und die Methode der Intervention im Detail dargestellt, so dass ein plastisches Bild der Dynamik einer Krisenintervention entsteht. Die Dauer der Interventionen lag zwischen 20 und 285 Minuten.

Alternativen zur stationären Behandlung

Es kann unterschieden werden zwischen den Situationen, in denen ein Klient bzw. dessen Angehörige oder Betreuer unbedingt in eine Klinik wollen und jenen, in denen zunächst die BKD-Mitarbeiter eine stationäre Behandlung für sinnvoll halten, der Klient aber nicht will. Die Spannbreite der geschilderten Lösungen ist groß: von frustrierendem Abzug der Professionellen, da eine stationäre Behandlung abgelehnt wird und keine nach PsychKG möglich ist sowie alle anderen Hilfsangebote ausgeschlagen werden bis zur konkreten Verabredung eines sog. *Suizidpaktes*, Strukturierung der folgenden Stunden oder Tage und der Vereinbarung von Folgegesprächen. Häufig werden noch andere Dienste und Anlaufstellen genannt, meist diese Informationen sowohl dem Klienten als auch Angehörigen weiter gegeben und/oder Vorschläge für eine *passendere* zukünftige Behandlung/Begleitung gemacht.

Weiterer Verlauf

Der weitere Verlauf lässt sich nicht regelhaft verfolgen. Wohl aber wird deutlich, dass Klienten zum Teil zu meist kurzfristigen Folgegesprächen eingeladen und gelegentlich auch die Information an andere Dienste weiter gegeben werden (Sozialpsychiatrischer Dienst). Mitunter wird die Einschätzung abgegeben, dass eine stationäre Behandlung tatsächlich vermieden werden konnte oder aber, dass sie verschoben oder zumindest an diesem Abend verhindert werden konnte.

Zusammenfassend können wir aufgrund unserer Textanalysen feststellen, dass der BKD sowohl indizierte Klinikeinweisungen kompetent vorbereitet und begleitet bzw. den Klienten nahe legt, als auch Alternativen für vermeidbare Klinikeinweisungen zu finden sucht.

Zur Vermeidung nicht-indizierter Klinikaufenthalte kann gesagt werden, dass es sich um sehr verschiedene Anlässe und meist komplexe Situationen handelt, in denen der BKD eine wichtige und aufwendige Rolle spielt. Wie häufig es auch mittel- oder gar langfristig gelingt, nicht-indizierte Klinikaufenthalte zu verhindern, kann aus den vorliegenden Daten nicht geschlossen werden. Ein anderer Aspekt

spielt aber gelegentlich auch eine Rolle: es werden Situationen referiert, in denen Klienten eine aus professioneller Sicht indizierte stationäre Behandlung ablehnen und es auch kein ausreichendes Gefahrenpotenzial für eine Unterbringung nach dem PsychKG gibt. In diesen Situationen geht es also um eine ganz andere Facette der Nahtstelle zwischen BKD und psychiatrischer Klinik: eine fachlich-indizierte Einweisung kann nicht initiiert werden, weil der Klient nicht will – hier wird zwar auch eine Klinikeinweisung verhindert und eine Alternative gefunden, jedoch eine, aus Sicht der beteiligten Profis eigentlich indizierte.

4.1.4.5 Einweisungen nach dem Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG)

Zu der wichtigen und kontrovers diskutierten Aufgabe des BKD, Einweisungen nach dem PsychKG zu begleiten³⁶, haben wir verschiedene Untersuchungen angestellt. Aus der Ärzte-BaDo haben wir die Häufigkeitsverteilungen mit den Diagnosen und Regionen gekreuzt (s.o.).

Fünf der 40 Hintergrundärzte wurden im Rahmen einer Diplomarbeit³⁷ u.a. zum Thema Einweisungen nach PsychKG interviewt und die Interviews ausgewertet. Schließlich wurden im Rahmen einer Studienarbeit Freitexte aus der BaDo untersucht, die nach Kontakten geschrieben wurden, bei denen es zu Einweisungen nach dem PsychKG gekommen war.

Grob zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Hintergrundärzte in gut einem Drittel ihrer Einsätze mit Einweisungen in psychiatrische Kliniken zu tun haben, davon entfällt etwas weniger als die Hälfte auf Einweisungen nach dem PsychKG. In den Interviews werden verschiedene Auffassungen von Hintergrundärzten zur Zusammenarbeit mit den nicht-ärztlichen Mitarbeitern deutlich. Für den Bereich der Einweisungen nach dem PsychKG kommen in den Interviews eher pragmatische Handlungsstrategien der befragten Ärzte zur Darstellung, die in einem psychiatrischen Notfall eine schnelle Entscheidung für eine Einweisung möglich machen sollen. Durch die berufliche Erfahrung der Hintergrundärzte in Kliniken und häufig auch im Sozialpsychiatrischen Dienst sind ihnen Prozedere und die gesetzlichen Grundlagen vertraut. Teilweise wird eine schwierige oder träge Kooperation mit der Polizei beklagt, bei den Erfahrungen in dieser (notwendigen) Zusammenarbeit geht das Spektrum allerdings von „keine Zusammenarbeit möglich“ bis „sehr gut“. Hier werden dringend Verbesserungen angemahnt, zumal fast durchgängig die Erfahrung berichtet wird, dass viele Polizeibeamten die gesetzlichen Grundlagen nicht ausreichend kennen. Dies sei durchaus auch ein Anhaltspunkt dafür, Einweisungen mit Zustimmung der Klienten durchzuführen statt nach dem PsychKG. Akute Notfälle mit Fremd- oder Eigengefährdung im Zusammenhang mit psychotischen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen werden als häufigste Anlässe in Fällen mit Einweisungen nach PsychKG genannt. Interessanter Weise berichten die Ärzte auch von verschiedenen *Standortkulturen* des BKD und auch von verschiedenen Auffassungen einzelner Mitarbeiter, die dann die Atmosphäre bei schwierigen Einsätzen (positiv oder negativ) mitbestimmen. Auch wird von Hintergrundärzten, die hauptberuflich im SpD arbeiten, berichtet, dass die Klienten, die sie in den Einsätzen für den BKD sähen, solche seien, die sich im SpD „nie melden würden“, „für die es eine niedrigere Schwellenüberwindung“ bedeute, im BKD anzurufen.

³⁶ Im Konzept ist davon die Rede, dass die Beleihung mit dem Hoheitsrecht nach dem PsychKG vom BKD „angestrebt“ werde.

³⁷ POHL, S. (2002)

Andererseits wird eingeschätzt, dass es sich oft um Klienten handele, die „einem so im Krankenhaus begegnen, wenn die akut eingeliefert“ würden.

Bei der Analyse der BaDo-Freitexte von Einsätzen mit Einweisungen nach dem PsychKG (aus den 117 vorliegenden Datensätze wurden 37 ausgewählt) fiel zunächst auf, dass sie relativ kurz und prägnant waren, nicht in allen Fällen aber eine eindeutige akute Selbst- oder Fremdgefährdung rekonstruiert werden konnte: in 19 von 37 konnte eine *Selbstgefährdung*, in zehn eine *Fremdgefährdung*, in fünf eine *Selbst-* und *Fremdgefährdung* (drei Fälle ließen sich diesbezüglich nicht klar einordnen) nachvollzogen werden und sieben Fälle blieben auch hinsichtlich der Begründung der Krankenhauseinweisung an sich unklar. Ca. 1/3 der Fälle liefen eher ruhig und geordnet ab, jene mit fremdgefährdendem Verhalten der Klienten eher unruhig bis eskalierend – in diesen Situationen war meist die Polizei schon vor Ort oder wurde dazu gerufen. In den Dokumentationen fehlte meist eine Darstellung vorweggelaufener Versuche der Deeskalation oder Vermeidung einer Einweisung. Es schien, als wenn die *Dokumentation* unter den meist sehr aufwendigen mobilen Einsätzen am Ende leiden musste.

Deutlich wird aber, dass der BKD gerade in psychiatrischen Notfällen im Sinne eines multi- oder interprofessionellen Teams arbeitet und notwendige Einweisungen nach dem PsychKG initiiert und begleitet. Als Mangel muss die Qualität der Dokumentation angesehen werden, dient sie doch im Wesentlichen der Qualitätssicherung und auch dem Nachweis der eigenen Arbeit in (juristischen) Streitfällen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Bereich der Vermittlung oder Einweisung von Klienten in eine stationäre Behandlung ein wichtiges Spektrum der Tätigkeiten des BKD darstellt. Je nach Datengrundlage lassen sich verschiedene relative Häufigkeiten errechnen: es kann aber davon ausgegangen werden, dass es bei 10-15% der datentechnisch verwertbaren Kontakte um das Thema einer Klinikeinweisung geht. Dabei bietet der BKD ein Repertoire an Interventionen an, das auch nach der Datenlage ausgenutzt wird. Dabei geht die Spannbreite von einer dramatischen Einweisung nach dem PsychKG, die durch den BKD eingeleitet bzw. initiiert wird, bis hin zu dem Rat an Klienten, sich doch in stationäre Behandlung zu begeben. Aufschlussreich sind die Daten aus der Ärzte-BaDo, die ausweisen, dass die Ärzte viele Einweisungen veranlassen bzw. durchführen. Dabei ist das Spektrum der Kliniken, in die eingewiesen wird, groß. Getrennt nach den vergebenen Diagnosen kann festgestellt werden, dass am häufigsten Menschen mit einer schizophrenen Störung eingewiesen werden und auf sie fast die Hälfte aller Einweisungen nach dem PsychKG entfallen. Bezogen auf die Regionen des BKD gibt es sehr deutliche Unterschiede in der Einweisungshäufigkeit, wenn Ärzte hinzugezogen werden. Diese Unterschiede lassen sich zu einem Teil durch konzeptionelle Unterschiede der Standorte und regionale Besonderheiten der Versorgungsregion erklären. *Alternativen zu Klinikeinweisungen* werden in sehr verschiedenen Situationen mit differenter Motivation gesucht und gefunden, dabei reagieren die Mitarbeiter des BKD offenkundig auf die vorfindliche Situation und versuchen eine individuelle Lösung mit den Klienten und anderen Beteiligten zu finden.

4.1.5 Krisenintervention im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung

Als weiterer Spezialfall soll hier die Krisenberatung für Menschen mit geistiger Behinderung untersucht werden. Aus Gründen der Übersichtlichkeit haben wir einige Ergebnisse unserer Analysen zu diesem Bereich auch in das Kapitel Nutzerbeschreibung (Kapitel 5.1.2.7) eingestellt.

Auf der Basis der BaDo-Auswertungen (qualitativ und quantitativ) und der Auswertung von Protokollen der GB-Koordinatorentreffen können die folgenden besonderen Aspekte der Beratung dieser Nutzergruppe zusammengetragen werden.

Es wird deutlich, dass es Unterschiede in vielen Bereichen der Interventionsvoraussetzungen und der Interventionen selbst gibt. Neben den auch bei den anderen Klienten von Beratern üblichen Beratungselementen wie etwa Situationsklärung, Informationsweitergabe, Unterstützung, Einbeziehung anderer Netzwerkpartner und Ratgeben können Spezifika in der Kontaktaufnahme, den Kontaktpersonen, der Art des Kontaktes und dem Prozess der Beratung mit gB-Klienten herausgearbeitet werden (s. hierzu auch o.g. Kapitel).

Der Aspekt der *institutionellen (Ein-) Gebundenheit* vieler gB-Klienten soll hier eingehender untersucht und dargestellt werden: aus der Tatsache, dass gB-Klienten häufig fest an eine oder mehrere Institutionen gebunden sind (Tagesstrukturierung, Arbeit, Wohnen) werden Konfliktfelder möglich und deutlich, die auch für die Arbeit des BKD mit diesen Klienten und den Professionellen von besonderer Bedeutung sind. Aber auch für jene Klienten, die im Erwachsenenalter (noch) bei den Eltern leben, ergeben sich immer wieder besondere Problemfelder. Nachweisbar sind etwa die häufiger notwendigen *Systeminterventionen* oder *mobilen Einsätze*. Bei vielen Kontakten kommt es nach unseren BaDo-Textanalysen zu der Problematik der Mandatierung (wer gibt den Auftrag für eine Beratung von wem) bzw. der klaren Differenzierung, wer denn eigentlich der *Klient im engeren Sinne* sei.

In den Protokollen der gB-Koordinatoren taucht dieses Problem auch deutlich auf und wird in den Treffen immer wieder diskutiert.

Bei einem Menschen mit geistiger Behinderung als Mandant kommt es danach häufig vor, dass er gar nicht eigenständig den BKD rufen kann. Ein Mandat muss hier ggf. vorformuliert, in der Beratung erst erworben werden bzw. aus den impliziten Äußerungen des Klienten erschlossen werden.

Beim Anruf eines Professionellen wechselt häufig das Mandat sofort von diesem zum Klienten und dies meist ohne dessen Wissen: hier sprechen Kollegen miteinander und zwar *über* einen gB-Klienten. Dies gilt übrigens nicht so häufig oder nur selten bei Anrufen von Angehörigen, da die Angehörigen oft dahingehend beraten werden, wie sie sich verhalten können und/oder wo sie Hilfe finden können.

Noch kritischer wird es, wenn die Institution der Mandant ist: die Krise eines Klienten wird als Ausdruck einer institutionellen Problematik gesehen und in der Intervention auch als solche angegangen. Solch ein institutionelles Mandat wird jedoch selten explizit gegeben.

Auch in den aktuell diskutierten Positionspapieren der gB-Koordinatoren zur Modifikation der Konzeption (s. Kapitel 3.1.7) wird zum Problem des institutionellen Mandats – wenn auch implizit – Stellung genommen: Für den in einem dieser Papiere vorgeschlagenen Einsatz eines zu bildenden Consolententeams wird aus-

drücklich ein Interventionsmandat seitens der zu beratenden Institution verlangt, wohingegen das zweite Papier die intensive Nutzung des Krisendienstes zwingend mit einem Nachsorgemandat in der Institution verknüpft sehen will.

Ein weiterer bedeutender Faktor in der Arbeit an Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung ist die **Kooperation** im BKD. Bei dieserart Krisenarbeit geht man – noch mehr als bei den übrigen Kriseninterventionen – davon aus, die Probleme nicht allein lösen zu müssen. Der *normale* Mitarbeiter kann einen *gB-Experten* hinzuholen, der *gB-Koordinator* wird Kollegen einbeziehen, häufiger werden Facheinrichtungen kontaktiert usw. Man geht von vornherein davon aus, dass es sich bei gB-Krisen oft auch um äußerst komplexe Sachverhalte handelt.

Bei der Frage von Kooperation wird übrigens ein grundsätzlicher Unterschied in Selbstverständnis und Arbeitsansatz deutlich, der sich in einem produktiven Diskurs zwischen den *gB-Koordinatoren* in Form von zwei Positionen zeigt: Die Beratung von *gB-Klienten* wird im allgemeinen von jedem Mitarbeiter des BKD vorgenommen. Eine Prüfung der BaDo-Daten für den gB-Bereich zeigt für den Untersuchungszeitraum etwa 270 unterschiedliche Berater an, die zwischen ein bis zehn Eintragungen, vereinzelt auch darüber, vorgenommen haben. Lediglich zwei Mitarbeiter dokumentierten deutlich mehr Beratungen: 54 bzw. 270 Kontakte. Es sind dies die beiden gB-Koordinatoren, die Position 2 vertreten, die auf eine explizite Sonderstellung des gB-Bereichs abzielt.

Die anderen *gB-Koordinatoren*, welche die Position 1 vertreten, ragen rein zahlenmäßig überhaupt nicht aus den Häufigkeiten der gB-Beratungen der übrigen Mitarbeiter heraus. Hier und auch in den Positionspapieren der Koordinatoren wird deutlich: die einen gehen eher in die Richtung eines spezialisierten Handelns, das tendenziell Experten vorbehalten bleibt, die anderen der Übergabe des speziellen Wissens und der Methoden auf möglichst alle Mitarbeiter.

Im Zusammenhang mit Kooperation kann noch auf ein weiteres Bereichsspezifikum hingewiesen werden: die *Überschaubarkeit der Lebenswelten* von Menschen mit geistiger Behinderung und der Arbeitswelt von Mitarbeitern in diesem Bereich. Hier herrscht ein großes Maß an Bekanntheit, gelegentlich auch Vertrautheit oder Misstrauen. Die Professionellen kennen die Einrichtungen, die Träger und deren Mitarbeiter. Dies hat zur Folge, dass der Zugang in diesen Bereich leichter oder schwerer sein kann. So wurde von einer Einrichtung als *Glocke* und *fester Burg* gesprochen, zu der kein Zugang gewährt werde. In anderen Einrichtungen sei das Verhältnis sehr offen und auf Zusammenarbeit und Synergie abzielend. Kontaktaufbau- und -pflege war und ist daher ein zentrales zeitaufwendiges Aufgabengebiet für die *gB-Koordinatoren*.

Insgesamt sei an dieser Stelle betont, dass sich die Kooperation des BKD im Arbeitsfeld der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung seit 1999 stark entwickelt hat. Der BKD ist in vielen Einrichtungen gut bekannt und wird geschätzt. So sind gB-Koordinatoren z.B. auch in einigen einrichtungsübergreifenden Gruppen wie Behindertenbeiräten von Bezirken oder behandelnden Kliniken tätig.

Bei vielen Krisenberatungen im gB-Bereich wird die *externe Nachbetreuung* als sehr aufwendig beschrieben. Folgekontakte werden hier häufiger und zwar vor Ort in den Einrichtungen, auch außerhalb der Kerndienstzeiten, angeboten und

durchgeführt. Für besonders gelagerte Krisen einiger Klienten kann es zeitweise zu einer längerfristigen Krisenbegleitung kommen.

Neben dieser externen findet bei vielen gB-Kontakten auch eine *interne Nachbetreuung* statt. Die gB-Koordinatoren sprechen mit den Beratern, die im jeweiligen Fall agiert haben, ggf. wird noch weiteres Fachwissen vermittelt. Ein weiteres Aufgabengebiet der gB-Koordinatoren ist die fortwährende *Ermutigung der Kollegen* zur Krisenberatung auch mit Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Voraussetzung, dass gB-Krisenberatung von möglichst allen Mitarbeitern des BKD durchgeführt werden kann, ist, dass hinreichend Zusatzwissen zu Aspekten geistiger Behinderung und Krisen von Betroffenen vorhanden ist. Hier haben in der Vergangenheit bereits regionale Fortbildungen stattgefunden und eine weiterführende Fortbildungskonzeption befindet sich in der Entwicklungsphase.

Weiter ist die *Prävention* ein Thema in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung. So wurde von vorbeugenden Institutionsbesuchen berichtet, um Krisen zu verhindern, abzumildern oder auf Krisen vorzubereiten („Was tue ich, wenn“). Hier hat der Krisendienst eine wichtige Bedeutung, damit krisenhafte Entwicklungen in den Einrichtungen selbst ganz verhindert oder der Verlauf abgemildert werden kann. Allein die Tatsache, dass der BKD in einigen Notfallplänen von gB-Einrichtungen verankert ist, dient als Absicherung und Beruhigung der dortigen Mitarbeiter, auch wenn diese Einrichtungen den BKD bisher selten oder nie gerufen haben.

Ein anderer Anteil der Aktivitäten des BKD durch seine gB-Koordinatoren kann als *Gesundheitsförderung* im Sinne von Gesundheitsbildung bezeichnet werden, indem das Konzept von Krisen und -intervention teilweise überhaupt im gB-Bereich bekannt gemacht bzw. vertieft wird, sowie Betroffene und ihre Familien sensibilisiert werden. Zahlreiche Kontakte, besonders zu Einrichtungen wurden dadurch geschaffen.

Der Mangel an ambulanten Versorgungsstrukturen für Menschen mit geistigen Behinderungen führt insgesamt dazu, dass das Angebot des BKD weitreichend genutzt wird. Dieser Hintergrund bildet eine ganz andere Aktionsfläche für den BKD als beispielsweise im Bereich der gemeindepsychiatrischen Versorgung, die vergleichsweise hervorragend ausgestattet ist. Der BKD hat hier eine Pionieraufgabe übernommen, die besonders durch die Arbeit der gB-Koordinatoren verdeutlicht wird. Der Mangel an ambulanten Strukturen bedeutete ja auch, dass im Falle einer Krise die Klinikeinweisung bisher häufig die einzige Alternative darstellte. Durch den BKD können in vielen Fällen aber Alternativen zu Einweisungen in stationäre Aufenthalte entwickelt werden.

4.2 Synergie durch Vernetzung und Kooperation

4.2.1 Einleitung, Datenquellen

Vernetzung und Synergie werden heute fast als magische Begriffe gebraucht, die die Lösung einer Vielzahl von Problemen zu versprechen scheinen. In einer Zeit, in der man versucht, die vielfältigen Probleme mit Hilfe von institutionellen Lösungen zu bewältigen, entsteht ein unüberschaubares Gewirr von Institutionen. Mit Recht hat HABERMAS in diesem Zusammenhang von der „neuen Unübersichtlichkeit“ gesprochen. Vernetzung und Kooperation tauchen in diesem Zusammenhang als Begriffe auf, die auf eine Klärung des Unübersichtlichen hoffen lassen. Vernetzung ist auch im Zusammenhang mit dem Begriff *Synergie(effekt)* mit der Hoffnung auf Energie- und Ressourceneinsparungen verbunden. Durch das kooperative und koordinierte Zusammenwirken der vielen Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter hofft man auf eine Verbesserung der Versorgung und darauf, dass unnötige Kosten vermieden werden können. Hierüber gibt es schon viel Abhandlungen, so dass wir hier nicht näher darauf eingehen müssen³⁸.

Auch in den Vorstellungen des Auftraggebers, des Senats von Berlin, und in der Konzeption des Krisendienstes gibt es die Vorstellung, dass durch die Einrichtung des Krisendienstes die Vernetzung und Kooperation in Berlin gefördert und damit Synergieeffekte erzeugt werden könnten.

Im Rahmen unserer Untersuchung werden wir zunächst analysieren, inwieweit der Berliner Krisendienst mit den anderen Einrichtungen der (gemeinde-) psychiatrischen und psychosozialen Versorgung zusammenarbeitet.

In einem zweiten Schritt werden wir dann versuchen, Muster zu identifizieren, das heißt, wir werden untersuchen, ob es im Versorgungssystem Untereinheiten gibt. Solche Subsysteme können als Hinweis dafür gelten, dass sich funktionale Einheiten für die Bewältigung spezifischer Aufgaben gebildet haben. Die Chance für Synergieeffekte ist in solchen Subsystemen höher.

Zur Untersuchung dieser Fragestellung stehen uns vier Arten von Daten zur Verfügung:

- quantitative und qualitativen Daten aus der Basisdokumentation
- Informationen aus dem Fragebogen *Krisenarbeit in Berlin*
- Interviews mit Mitarbeitern der regionalen Einrichtungen.

Diese unterschiedlichen Daten werden miteinander verschränkt. Hierfür werden die Daten zunächst vorgestellt und dann miteinander in Beziehung gesetzt.

4.2.2 Vernetzungstätigkeit des BKD

4.2.2.1 Vernetzung durch Kooperation

Als erster Schritt sollen die Vernetzungsaktivitäten des Krisendienstes dargestellt werden. Es soll untersucht werden, inwieweit der BKD mit den unterschiedlichen Einrichtungen des Berliner Versorgungssystems vernetzt ist.

Zur Untersuchung dieser Frage bietet sich zunächst die Basisdokumentation an. Hier wird von den Mitarbeitern eingetragen, mit welchen Einrichtungen jeweils Kontakte stattfanden. Datengrundlage sind die Kategorien der Dokumentations-

³⁸ Siehe BERGOLD & FILSINGER (1993, 1998)

einheit „externe Kontakte“. In der Basisdokumentation kann bei jedem Klientenkontakt dokumentiert werden, ob Kontakte zu anderen externen Organisationen gegenwärtig bestehen, früher bestanden haben oder ob Vermittlungen zum Krisendienst oder an die jeweilige Organisation erfolgten.

In den Externen Kontakten wird also dokumentiert,

- von welcher Organisation die Klienten an den BKD vermittelt wurden
- Vermittlungsversuche des BKD an andere Organisationen
- erfolgte Vermittlungen an andere Organisationen
- Organisationen, zu denen Klienten gegenwärtig Kontakt haben sowie
- Organisationen, zu denen Klienten früher Kontakt hatten.

Im Berichtszeitraum von Mai 2000 bis April 2002 wurden von den BKD-Mitarbeitern 30.015 Kontakte zu Organisationen dokumentiert bei insgesamt 82.394 Kontakte mit 51.832 Personen. Bei 19.087 Personen von der Gesamtzahl, das entspricht 36,8% aller Personen, wurden Kontakte zu anderen Hilfseinrichtungen dokumentiert.

Die 30.015 dokumentierten Kontakte zu anderen Einrichtungen beziehen sich auf die fünf oben genannten Kategorien wie in der nachfolgend Tabelle dargestellt.

Externe Kontakte zu Organisationen	absolute Häufigkeit (N)	Relative Häufigkeit (%)
vermittelt von	1.183	3,9
vermittelt an	13.774	45,9
Vermittlungsversuche	4.070	13,6
derzeit Kontakt zu	6.829	22,7
früher Kontakt zu	4.159	13,8
gesamt	30.015	100

Tabelle 10: Übersicht über die externen Kontakte des BKD

Die letzten beiden Kategorien werden später genutzt, wenn die Netzwerke der Klienten analysiert werden. Sie sagen auch nichts über die Vernetzung aus, weil weder auf Seiten des BKD noch auf Seiten der Einrichtungen benennbare Aktivitäten damit verbunden sind. Außerdem werden wir hier die Kategorie *Vermittlungsversuche* nicht weiter für die Analyse nutzen, da sie zwar Vernetzungsaktivitäten des BKD abbildet, aber zu wenig klar ist, welche Ereignisse darin zusammengefasst sind. Es kann z.B. auch ein vergeblicher Telefonanruf (nicht erreicht oder besetzt) als Vermittlungsversuch dokumentiert worden sein.

Die Tabelle dient zunächst dazu, einen Überblick über die Vielfalt der Organisationen, mit denen kooperiert wurde, zu vermitteln. Sie zeigt ein breites Spektrum an Einrichtungstypen, mit denen Kontakte dokumentiert sind. Die Zahl der vermerkten Einzeleinrichtungen ist natürlich wesentlich größer. Die Liste von Einrichtungstypen gibt einen genaueren Einblick in die absoluten Häufigkeiten der Kontakte im Untersuchungszeitraum. Die relativen Verteilungen erlauben es, die Schwerpunkte genauer zu analysieren.

Am häufigsten wurde angegeben, an welche Einrichtungen der BKD weitervermittelt. Es fanden 13.774 Weitervermittlungen an andere Einrichtungen statt, wobei 3.590 Vermittlungen BKD-intern waren. Darauf wird später noch eingegangen, da sie eine besondere Bedeutung haben.

Organisation	Vermittelt von	%	Vermittelt an	%
Notfall, Polizei, Feuerwehr	148	12,5	274	2,0
Sozialpsychiatrische Dienste	122	10,3	1615	11,7
Psychiatrische Klinik	121	10,2	986	7,2
Berliner Krisendienst	104	8,8	3590	26,1
unklar	80	6,8	65	0,5
Einrichtungen der Behindertenhilfe	68	5,7	96	0,7
Arzt	67	5,7	467	3,4
Allgemeinkrankenhaus	63	5,3	126	0,9
Wohnen	52	4,4	189	1,4
Familien-, Frauen- Männerfragen	40	3,4	1022	7,4
Einricht.der Tagesstrukturierung	37	3,1	188	1,4
Beratungsstelle (andere)	36	3,0	820	6,0
Psychotherapeut	35	3,0	899	6,5
Krisenstation	31	2,6	618	4,5
Hilfe für Sucht	29	2,5	562	4,1
anderer Krisendienst	23	1,9	343	2,5
Missing	22	1,9	153	1,1
Kinder und Jugendhilfe	17	1,4	495	3,6
Anderer ambulanter Professioneller	16	1,4	150	1,1
sonstige Org. , Einrichtung	15	1,3	102	0,7
Obdachloseneinrichtung	12	1,0	179	1,3
Selbsthilfe	10	0,8	390	2,8
Amt, Behörde	8	0,7	194	1,4
Sozialstation	6	0,5	30	0,2
Einrichtungen der Altenpflege	4	0,3	30	0,2
Arbeit und Freizeit	3	0,3	44	0,3
psychosomatische, therap. Klinik	3	0,3	41	0,3
Sozialer Dienst	3	0,3	16	0,1
Bildung, Ausbildung	3	0,3	4	0,0
Kultur und Religion	2	0,2	27	0,2
Missing	2	0,2	17	0,1
Rechtliche Institution	1	0,1	42	0,3
Summen	1183	100,0	13774	100,0

Tabelle 11: externe Kooperationspartner (Vermittlungen)

Im Gegensatz dazu ist die Zahl der Vermittlungen an den BKD wesentlich geringer. Hier wurden nur 1.183 Vermittlungen registriert. Es ist anzunehmen, dass diese Zahl nicht unbedingt der Häufigkeit entspricht, mit der Klienten an den BKD

vermittelt werden. Klienten werden u.a. nicht sagen, dass sie von einer bestimmten Einrichtung empfohlen wurden oder die Mitarbeiter werden auch nicht immer fragen, um die Anonymitätszusage einzuhalten. Auch bei der Befragung der Mitarbeiter in den regionalen Einrichtungen, die später dargestellt wird, findet sich ein ähnliches Phänomen. Man weiß über die eigenen Vermittlungsvorschläge sehr viel besser Bescheid als darüber, von wem der Klient eventuell empfohlen wurde. Trotzdem lassen sich aus den Häufigkeitsunterschieden zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen gewisse Schlussfolgerungen auf die Vernetzung ziehen. Zwei Subsysteme werden vor allem sichtbar, an die der BKD vermittelt, bzw. von denen Klienten an den BKD vermittelt werden:

Das **gemeindepsychiatrische System** (Psychiatrische Klinik, Sozialpsychiatrischer Dienst, Einrichtungen der Tagesstrukturierung, des Wohnens usw.), zu dem zumindest teilweise unter der Kategorie *Arzt* auch der niedergelassene Psychiater oder Nervenarzt gehört und das **psychosoziale Beratungssystem** (Psychotherapeut, Beratungsstelle (andere), Beratungsstellen für Familien-, Frauen-, Männerfragen). Als weitere Systeme spielen bei den Überweisungen an den BKD noch das *Notfallsystem* (Notfall, Polizei, Feuerwehr; Allgemeinkrankenhaus) und *Einrichtungen der Behindertenhilfe* eine Rolle.

Bei den Vermittlungen an den BKD zeigen sich die Schwerpunkte noch deutlicher, wobei gerade die Unterschiede versorgungslogisch dafür sprechen, dass – trotz der oben genannten Mängel der Daten – die Informationen über die Gewichtung der Netze in etwa richtig sein werden. Vermittlung an den BKD findet eher vom Notfallsystem her statt und aus Teilen des gemeindepsychiatrischen Netzes (Einrichtungen für Tagesstrukturierung, Wohnen) und aus Einrichtungen der Behindertenhilfe. Der BKD vermittelt dagegen selbst eher an das gemeindepsychiatrische Netz (Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatrische Klinik) und den psychosozialen Bereich im weiteren Sinne (Beratungsstellen, Psychotherapeut, Selbsthilfe). In der folgenden Abbildung werden die Partner der Vernetzungsaktivitäten hinsichtlich der Vermittlungen von Klienten sichtbar.

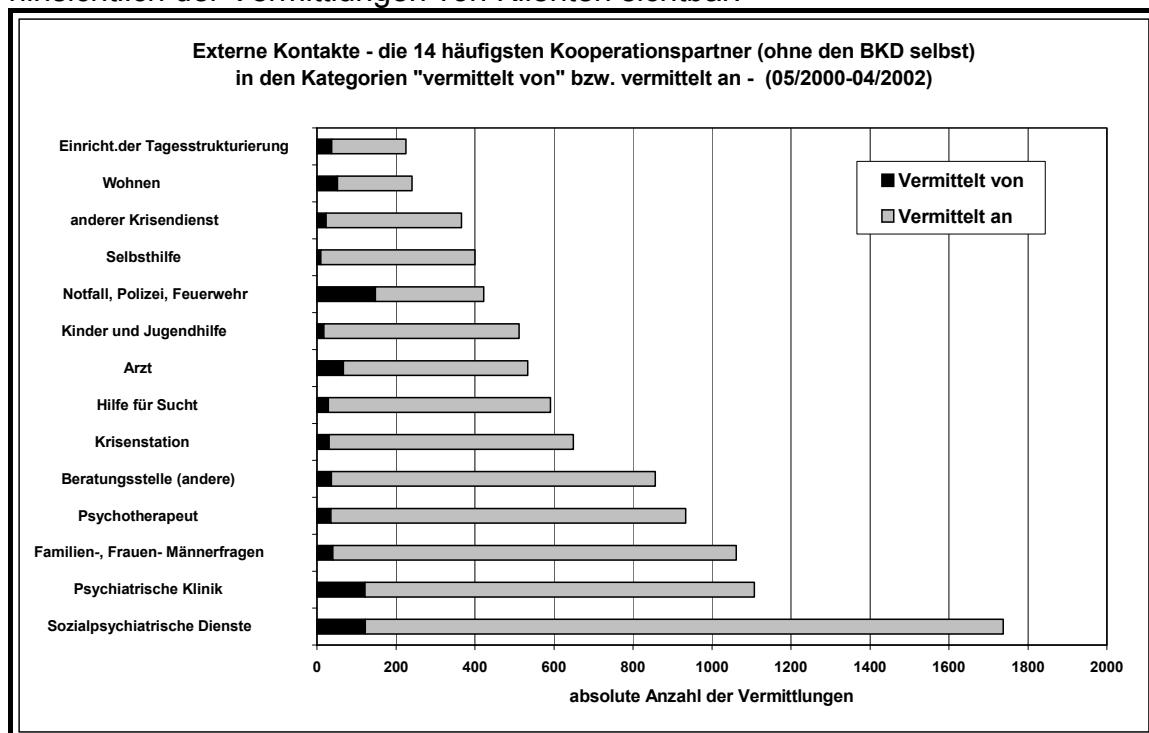


Abbildung 30: die häufigsten Kooperationspartner im Zusammenhang mit Vermittlungen

Um die Vernetzungstätigkeit noch genauer zu untersuchen, wurden die Vermittlungen herangezogen, die vom Tagdienst dokumentiert wurden. Grund dafür ist, dass nach dem Konzept *Screening* und *Weitervermittlung* die Kernaufgaben des Tagdienstes an den Wochentagen sind. An den Wochenenden ist die Aufgabe des Tagdienstes eher den Spätdiensten ähnlich. Aus diesem Grund scheint es notwendig, gerade die Vermittlungstätigkeit des Zentralsdienstes genauer zu untersuchen.

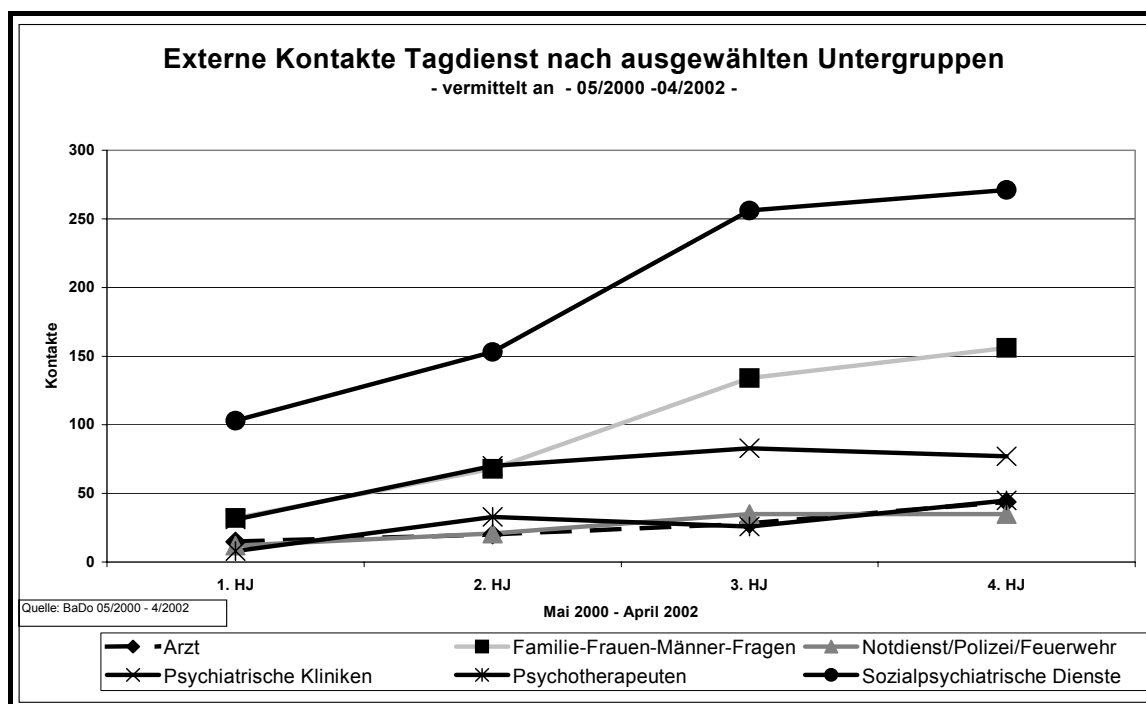


Abbildung 31: Externe Kontakte des Tagdienstes nach ausgewählten Einrichtungssgruppen

Insgesamt wurden in den beiden Berichtsjahren 1.760 Vermittlungen an die ausgewählten Einrichtungstypen dokumentiert. Dabei ergab sich fast bei allen im Verlauf eine kontinuierliche Steigerung. Am höchsten ist die Vermittlung in der Summe an die Sozialpsychiatrischen Dienste. Dies ist der Konzeption nach zu erwarten. Wenn man von den Klienten des BKD ausgeht, die im Kapitel über die Beschreibung der Nutzer (5.1.2) beschrieben werden, so handelt es sich hierbei zu einem wichtigen Teil um Patienten des gemeindepsychiatrischen Systems. Diese Zuschreibung wird auch noch durch die Vermittlungen an die psychiatrischen Kliniken gestützt, die an dritter Stelle stehen. Das zweite Versorgungssystem sind die Beratungsstellen für unterschiedliche Bereiche. Dorthin werden Nutzer mit psychosozialen Problemen und Konflikten vermittelt.

Zur Kontrolle wurden die Vermittlungen des Standorts Mitte in der Zeit von 16 bis 24 Uhr untersucht. Es ist der gleiche Standort, an dem auch die Tagdienste stattfinden, hier aber handelt es sich um die Kernzeit der regionalen Versorgung am Abend. Hier zeigt sich ein anderes Vermittlungsmuster.

Es wurden im Berichtszeitraum 789 Vermittlungen registriert. An erster Stelle steht hier die Vermittlung an *Psychotherapeuten*, die zusammen mit dem Beratungsbereich das psychosoziale Subsystem bilden. Auch hier lässt sich die Zu-

nahme im Verlauf der Jahre gut erkennen (s. folgende Grafik). Außerdem wird auch hier wieder die Eingebundenheit in das gemeindepsychiatrische System durch die Vermittlung an den Sozialpsychiatrischen Dienst und die psychiatrischen Kliniken deutlich, allerdings in einem quantitativ geringerem Maße.

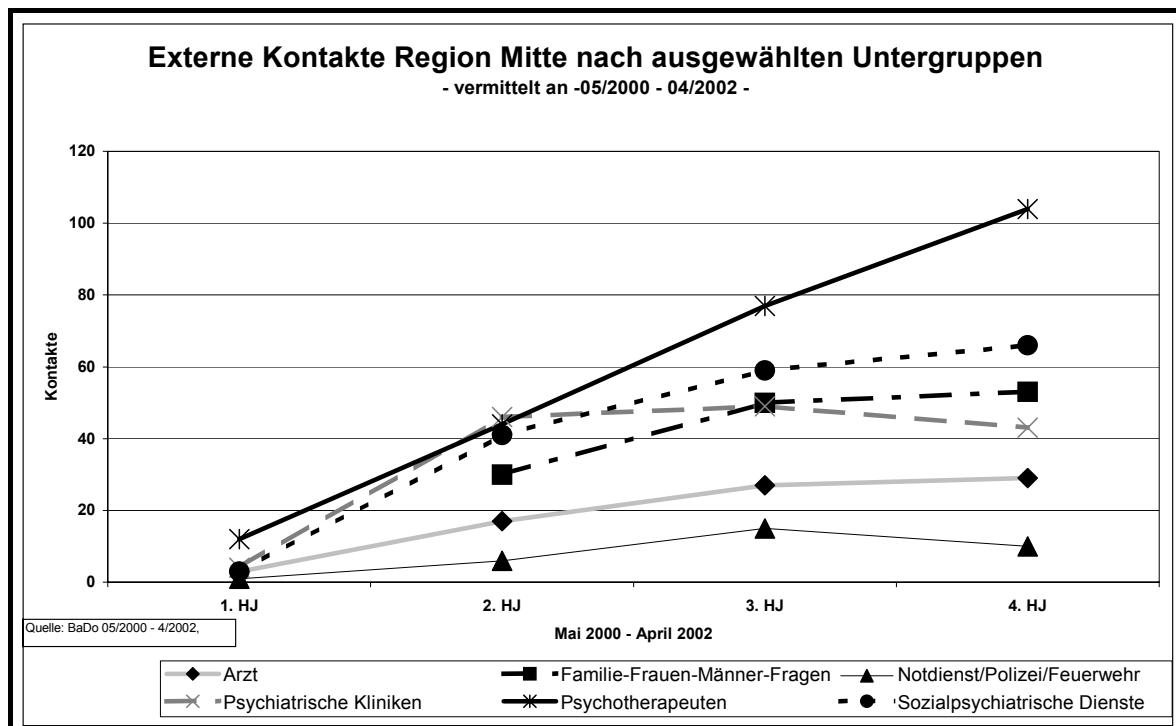


Abbildung 32: Externe Kontakte des Standort Mitte (Spätdienst)

Weitervermittlung stellt insgesamt eine wichtige Aktivität des BKD dar, die der im Konzept angezielten Weichenfunktion im Versorgungssystem entspricht. Dabei kooperiert der BKD vor allem mit zwei unterschiedlichen Subsystemen, dem gemeindepsychiatrischen und dem psychosozialen Netz. Wie wir später zeigen werden, stellt die Weitervermittlung auch von der Nutzerseite her eine wichtige Dienstleistung dar. Bei der Befragung der Nutzer hat sich gezeigt, dass die kompetente Vermittlung eine Dienstleistung ist, die von ihnen vom BKD gefordert und nach welcher der BKD u.a. auch beurteilt wird.

Die Frage nach den *Netzen*, in welche der BKD eingebunden ist, lässt sich in der BaDo auch noch anhand anderer Daten verfolgen. Hierzu können alle dokumentierten Kontakte – nicht nur die gegenseitigen Verweisungen – des Berliner Krisendienstes mit den Professionellen anderer Einrichtungen herangezogen werden. Im Zeitraum vom 01.04.2000 bis 30.04.2002 wurden insgesamt 3.817 für diese Analyse auswertbare Kontakte mit Professionellen anderer, spezifizierter Institutionen dokumentiert³⁹. Hieraus lässt sich ein Rangreihe der hauptsächlichen Partner erstellen.

³⁹ Insgesamt wurden 7.514 Kontakte mit Professionellen dokumentiert, wobei für 2.964 (39,4%) keine nähere Bezeichnung angegeben wurde und 798 (10,6 %) krisendienstinterne Kontakte mit anderen Mitarbeitern waren.

Die Rangfolge der Kontakte auf den ersten 6 Plätzen mit Professionellen gestaltet sich wie folgt:

1. Arzt
2. Notfall, Polizei, Feuerwehr
3. SpD
4. Psychiatrische Klinik
5. Einrichtungen des betreuten Wohnens inkl. stationäre Wohneinrichtungen
6. Einrichtungen der Behindertenhilfe

Diese Rangfolge ist eine weitere Absicherung des Befundes, dass der BKD stark in ein medizinisches und gemeindepsychiatrisches Netz eingebunden ist, das auch mit den Notfalldiensten verbunden ist. Beim Partner *Arzt* ist aufgrund der Dokumentation nicht zwischen der Zugehörigkeit zum Bereich Körpermedizin oder Psychiatrie zu unterscheiden, so dass angenommen werden muss, dass in dieser Kategorie Mitglieder beider Bereiche enthalten sind.

Wenn man in ähnlicher Weise wie oben die ersten drei Rangplätze der Kontakte mit Professionellen in den Standorten berechnet, so ergeben sich regionale Unterschiede, die die folgende Tabelle auflistet:

Mitte	1. SpD, 2. Notfall, Feuerwehr
West, Charlottenburg	1. sonstige, 2. Notfall, Feuerwehr, 3. Allg.-Krankenhaus
West, Spandau	1. Notfall, Feuerwehr, 2. Allg.-Krankenhaus, 3. Arzt
Nord, Pankow	1. Arzt, 2. Wohnen, 3. Arzt
Nord, Reinickendorf	1. Arzt, 2. u.3. Wohnen und Behindertenhilfe
Südwest	1. Behindertenhilfe, 2. Notfall, 3. Arzt
Ost, Irenenstr.	1. Arzt, 2. Notfall, 3. Psych. Klinik
Ost, Manetstr.	1., 2., 3. Arzt, Wohnen, Psych. Klinik
Südost, Neukölln	1. Arzt, 2. Einr. der Tagesstrukturierung 3. Fam, Frauen, Männer-fragen
Südost, Spreestr.	1. Arzt, 2, SpD, 3. Notfall
Tagdienst	1. Notfall, 2. Arzt, 3. SpD

Tabelle 12: Rangfolge der Kontakte mit Professionellen, getrennt nach Standorten

Hier zeigt sich, dass die Netze durchaus differenziert sind und sich nach den regionalen Gegebenheiten richten. Dies wird z.B. in der Region Südost sichtbar, in der die beiden Standorte unterschiedliche Kooperationspartner auf den zweiten und dritten Plätzen aufweisen. Im Standort Spreestrasse entspricht das Netz dem allgemeinen Muster während in Neukölln Einrichtungen der Tagesstrukturierung und Beratungsstellen auf Platz 2 und 3 stehen. Die Gründe für diese Unterschiede liegen wahrscheinlich nicht in Konzeptionsunterschieden, da beide Standorte vom gleichen Träger betrieben werden, sondern eher in regionalen Besonderheiten des Versorgungssystems sowohl auf der Nutzerseite wie auf der Angebotsseite anderer psychosozialer Einrichtungen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der BKD nach der Analyse der entsprechenden BaDo-Eintragungen vor allem in zwei Vermittlungsnetze eingebunden zu sein scheint, das *gemeindepsychiatrische* und das *psychosoziale* Netz. Dabei gibt es regionale Unterschiede, die darauf verweisen, dass der BKD regional auf das jeweilige Versorgungsnetz eingeht und differenziell in die jeweiligen Netze eingebunden ist.

4.2.2.2 Inhalte der Vernetzungs- und Kooperationsarbeit

Im vorausgehenden Kapitel wurde die Vernetzung des BKD anhand der Häufigkeiten der dokumentierten Verweisungsaktivitäten von Klienten untersucht. Gegenseitige Verweisungen sind aber nicht die einzigen Kontakte, die der BKD mit den Professionellen des übrigen Versorgungssystems hat. Es fanden vielmehr in den beiden Berichtsjahren 7.873 Kontakte mit Professionellen, die in der Basisdokumentation registriert sind, statt. Zu diesen Kontakten werden Textfelder angeboten, in die eingetragen werden kann, was in diesem Kontakt stattgefunden hat. Die Textfelder dienen u.a. dazu, die Mitarbeiter der nächsten Schicht über die Ereignisse zu informieren und bieten daher Einblicke in die Inhalte der Interaktion.

Eine Stichprobe dieser Texte wurde mit Hilfe des Textanalyseprogramms AT-LAS^{ti}® kategorisiert und genauer analysiert⁴⁰. Es handelt sich um Kontaktdokumentationen mit Professionellen aus der Region Mitte in der Zeit vom 1.1.2002 bis 30.4.2002. Die Texte setzten sich aus 102 Normaldokumentationen und 20 Kurzdokumentationen zusammen.

Das Spektrum der Einrichtungen, die in den Texten genannt werden, ist breit wie dies ja schon in der vorherigen quantitativen Auswertung sichtbar geworden ist. Auch die Zusammensetzung der Berufsgruppen ist ähnlich: die Professionellen, die in der Stichprobe Kontakt zum BKD hatten, waren insbesondere Ärzte, Sozialpädagogen/Sozialarbeiter und Krankenschwestern. Letztere waren auch im Bereich der Altenpflege tätig. Außerdem wurden Kontakte mit Psychotherapeuten, Professionellen aus dem Behindertenbereich (z. B. Betreuer) und Polizisten dokumentiert.

Folgende Anliegen wurden von den Professionellen bzw. Institutionen geäußert:

Wunsch nach Information

- über den BKD (Öffnungszeiten, Telefonnummern, Frage nach den Standorten, Frage nach dem Angebot des BKD, Frage nach der Möglichkeit einer Honorartätigkeit im GB- Bereich usw.)
- über andere psychosoziale Einrichtungen (Öffnungszeiten, Telefonnummern, andere Kriseneinrichtungen (z. B. Kriseninterventionsstationen, Frauenhäuser und Notunterkünfte), Beratungsstellen für Jugendliche (z. B. für suizidale Jugendliche), Beratungsstellen für Opfer von Gewalt/Missbrauch, spezielle Beratungsstellen und Pflegeeinrichtungen.
- über Klienten
- über Therapeuten mit speziellem Angebot (z. B. russischsprachigem Therapeuten) und Selbsthilfegruppen

⁴⁰ Die Analyse wurde im Rahmen eines Forschungspraktikums von Frau Claudia GUNDACKER durchgeführt.

Hilfe bzw. Information bei kurz- und langfristiger Unterbringung

- kurzfristige Unterbringung in Frauenhäuser, Unterbringung von körperlich und psychisch Kranken und Behinderten und Unterbringung von Obdachlosen.
- längerfristige Unterbringung

Abklärung der Situation und ev. mobiler Einsatz

- Abklärung in besonderen Problemsituationen, welche einen mobilen Einsatz von Seiten des BKD erforderlich machen, z.B.
„Anruf des diensthabenden Arztes einer inneren Intensivstation wegen 17jähriger Afrikanerin, im 1. bis 2. Monat schwanger. Wurde mit 2,5 Promille Blut bewusstlos eingeliefert. Befinde sich erst seit 2 Wochen in Deutschland, ausländerrechtlicher Status unklar. Prostitution im Hintergrund? Arzt bittet um Abklärung. Das Bett muss frei werden.“
- Situationen, die als Gemeinsamkeit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis haben – in manchen Fällen kombiniert mit Suizidgefährdung oder Medikamentenmissbrauch bzw. Abbruch der Medikation. Eine Zuspitzung der Situation wird erwartet.

Abklärung der Situation per Telefon

- Die Abklärung per Telefon scheint eine Vorstufe zur „Abklärung per mobilen Einsatz“ darzustellen – sozusagen eine Art „Vorinformation für eine mögliche Eskalation“ (Zitat) der Lage. Mögliche weitere Motive, warum in diesen Situationen der BKD herangezogen wird, sind: erwartete Hilfe und Unterstützung bzw. Entlastung in der jeweiligen Situation. Betrachtet man die Anliegen, die zu einer Abklärung der Situation am Telefon führen, so fällt auf, dass die Beschreibungen der Situationen Ähnlichkeiten aufweisen. Die Beschreibung der Situation beginnt einleitend sehr oft mit „seit einigen Tagen verhält sich Herr X sehr auffällig/zunehmend verwirrt“ und es folgt meist eine kurze Darstellung der jetzigen Lage. Themen, die genannt werden, sind Fragen zur Medikation (z.B. Medikamente nicht vertragen, gewechselt oder verweigert), Substanzmissbrauch, Selbst- und Fremdgefährdung, Aggressivität und Abklärung des körperlichen und psychischen Zustandes. Sprachlich interessant ist, dass Wörter, die eine Zuspitzung der Lage ausdrücken (wie z. B. „zunehmend“), verwendet werden.

Vorbereitung auf einen mobilen Einsatz

- Bei der Vorbereitung auf einen mobilen Einsatz handelt es sich um Fälle, bei denen eine suizidale Entwicklung befürchtet wird, eventuell eine Einweisung nach dem PsychKG erforderlich werden könnte, Fremdgefährdung befürchtet wird oder allgemein eine Zuspitzung der Situation in der Nacht befürchtet wird.

Vorankündigung von Klienten, die den BKD besuchen wollen

„Feedback“

- Rückfragen
- Feedback an den BKD im eigentlichen Sinn (sowohl positive in Form von Dank als auch negative in Form von Beschwerden)
- Rückmeldungen in Form von Absagen eines mobilen Einsatzes, Bericht über die aktuelle Situation und in Form von Informationen über den Verlauf einer Krisenintervention bzw. über die weitere Entwicklung eines Falls.

Hilfe und Unterstützung bei Einweisung in eine Klinik bzw. die Durchführung einer Klinikeinweisung

- bei Zwangseinweisungen
- bei akuter oder befürchteter Selbst- und Fremdgefährdung
- bei akuter Verschlechterung des (Gesundheits-) Zustands

Weitere Anliegen

- Unterstützung, Rat und Hilfe
- Entlastung bei Suizidalität
- Beratung
- Kontaktaufnahme zu bestimmten Klienten.

Die unterschiedlichen Inhalte lassen eine weitere Bewertung der Vernetzung des BKD in das regionale Versorgungssystem zu. Die Befunde bestätigen und ergänzen die quantitativen Ergebnisse. Die Einbindung in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem wird bei den Oberkategorien *Abklärung der Situation*, *Vorbereitung von mobilem Einsatz*, *Unterstützung bei Einweisung* und *Hilfe bei Unterbringung* sehr deutlich. Hier leistet der BKD offensichtlich im Versorgungssystem sehr unterschiedliche Unterstützung und ist als Teil des Systems kooperativ mit den anderen Einrichtungen und deren Mitarbeiter verbunden.

Ein anderer Schwerpunkt, der hier sichtbar wird und der auch dem Konzept des BKD entspricht, ist die Informationsweitergabe. Sehr unterschiedliche Informationswünsche werden von den Professionellen der regionalen Versorgung geäußert und von den Mitarbeitern des BKD auch weitgehend befriedigt.

Dies zeigt sich auch in den dokumentierten Texten, die auch etwas über die Bewertung der Kontakte besagen. Die Bewertungen, die sich in der Basisdokumentation finden, sind sehr unterschiedlicher Art. Einerseits sind es *Bewertungen von Mitarbeitern*, welche die Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen/Profis und den Verlauf von Gesprächen bewerten, andererseits wird durch die Dokumentationen der Kontakte in der Basisdokumentation auch deutlich, wie *der Krisendienst von außen bewertet* wird.

Aus den Aufzeichnungen der Mitarbeiter des BKD lässt sich schließen, dass diese die Zusammenarbeit mit Profis anderer Institutionen durchaus als sehr positiv erleben (Zitat: „War schön, dass das Interesse in der Zusammenarbeit so groß ist“). In einigen Fällen jedoch wird auch deutlich, dass es Probleme in der Zusammenarbeit gibt, zum Beispiel, wenn die Gefährdung der Patienten nicht deutlich genug von den anfragenden Professionellen vermittelt wird oder wenn die Motivation der Vernetzung eine andere als die optimale Versorgung in der Krisensituation ist, (Zitat: „Ich hatte den Eindruck, der Arzt will da was abschieben.“).

Interessant sind auch die Bewertungen der BKD-Mitarbeiter, die sich direkt auf einen vorhergehenden Kontakt beziehen, und unter *Abschließende Bemerkung des Mitarbeiters* in der Basisdokumentation vermerkt werden können. Es fällt dabei auf, dass gelegentlich bei Anliegen wie *Wunsch nach Information* Unmut von Seiten der Mitarbeiter geäußert wird.

Zitat: „PUH, SCHRECKLICH“; Anmerkung: Die Arbeit des Mitarbeiters war das Heraussuchen von Adressen und Telefonnummern...).

Die Zusammenarbeit mit dem BKD wird von außen – hier allerdings nach den Aufzeichnungen der BKD-Mitarbeiter – überwiegend als positiv bewertet. In den Dokumentationen liest man oft, dass sich die Profis durch die mobilen Einsätze und Telefongespräche erleichtert fühlen.

Zitat: „Sie fühlte sich durch den telefonischen Austausch schon deutlich entlastet, bedankte sich mehrfach, machte aber auch ihrem Unmut über die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und dem Bereitschaftsarzt Luft“).

4.2.2.3 Kooperation mit der Polizei aus Sicht des BKD

In einer Studienarbeit wurde die Kooperation des BKD mit der Polizei untersucht.⁴¹

Eine Sichtung von etwa 100 BaDo-Texten in Verbindung mit PsychKG-Einweisungen diente als erster Überblick: in 31 Fällen wurde der BKD hier von der Polizei verständigt. Es kann an dieser Stelle als günstiges Indiz für die Kooperationsbeziehung gesehen werden, dass diese im konkreten Einzelfall nicht nur einseitig durch Mitarbeit des BKD initiiert wird – gerade im Zusammenhang mit PsychKG-Einweisungen besteht hier ja eine juristische Notwendigkeit – sondern auch von der Polizei selbst der BKD hinzugerufen wird.

In 34 Fällen hat der BKD die Polizei zu seinen Einsätzen hinzugezogen, ein Zeichen für die Notwendigkeit der akuten Gefahrenabwehr bzw. der Notwendigkeit einer Einweisung nach dem PsychKG.

Bei den 19 in der BaDo aufgezeichneten Anmerkungen von Krisendienstmitarbeitern zur Zusammenarbeit mit der Polizei waren 13 positiv und sechs negativ. Das überwiegende Fehlen von Texten zu diesem Punkt kann vermutlich auch eher als eine positive Bewertung der Kooperation seitens der Mitarbeiter eingeschätzt werden.

Aus den BaDo-Texten lässt sich zudem entnehmen, dass die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Direktionen bzw. Abschnitten – aus welchen Gründen auch immer – unterschiedlich häufig erfolgt. Zudem kann man Wissensunterschiede der Polizeibeamten zum Vorgehen bei Einweisungen nach dem PsychKG ausmachen.

In einem kleinen Fragebogen wurden alle Teams des BKD zur Art der Zusammenarbeit mit der Polizei sowie ihrer Einschätzung befragt.

In allen Regionen fanden – teils als Einzelveranstaltungen, teils als zeitaufwendige Serie – Treffen des BKD mit einzelnen oder allen regionalen Polizeiabschnitten statt. Einbezogen waren zudem der Bundesgrenzschutz am Bahnhof *Zoologischer Garten*, die Gefangenensammelstelle ebenda und die Landespolizeischule. Diese Treffen waren Informationsveranstaltungen über die Arbeit des BKD, dienten inhaltlichen Fragestellungen wie Einführung/Fortbildung zu Krisenintervention, Nachbereitungen von Fällen sowie wurden zum Zwecke von Absprachen vereinbart. Als Ziele dieser Veranstaltungen wurde unter anderem die Vermittlung eines Grundlagenverständnisses und die Verringerung der Direktzuführungen genannt. In vier der sechs Regionen gibt es einen eigenen Ansprechpartner für die Polizei im BKD, bei zwei der sechs Regionen kann umgekehrt auf einen festen Ansprechpartner bei der Polizei zurückgegriffen werden.

⁴¹ SCHLECHT & REDEL (2002)

Befragt, für welche Einsätze der BKD die Polizei hinzuruft, werden die zu erwartenden Zwangsmaßnahmen und Gewaltprobleme am häufigsten genannt: im Zusammenhang von Selbst- und Fremdgefährdung, bei PsychKG oder Gewalttätigkeit gegenüber anderen bzw. gegenüber den BKD-Mitarbeitern.

Ferner kommt es zur Zusammenarbeit wenn unklare Problemlagen bei verwirrten, hilflosen oder suizidalen Klienten sowie im Zusammenhang mit Todesfällen abgeklärt werden müssen.

Allgemein wird die Zusammenarbeit mit der Polizei von fünf der sechs Teams als wichtig oder sehr wichtig eingeschätzt. Alle konstatieren zudem eine äußerst positive Weiterentwicklung dieser Zusammenarbeit in den letzten Jahren. Berührungsängste seien abgebaut worden und gegenseitige Akzeptanz und Verständnis hätten zugenommen. Als Folge werde der BKD nun häufiger von der Polizei hinzugerufen, die meisten Beamten erwiesen sich als kooperativ und sozial kompetent, das Zusammenwirken vor Ort werde immer besser. Nebenbei hat sich für den BKD ein neuer Aufgabenbereich ergeben: das Überbringen von Todesnachrichten, auch für diese Aufgabe werden die Mitarbeiter von der Polizei beauftragt.

Im Zusammenhang mit Information und Fortbildung wird von den Mitarbeitern abschließend als ein Dilemma benannt, dass die jeweiligen Adressaten ständig wechselten. Der Aufwand für Informationsvermittlung sei daher groß, zumal gegen ein sich im hektischen Arbeitsalltag der Polizei leicht einstellendes Vergessen regelmäßige Wiederholungen angezeigt seien. Trotzdem sei es aus Gründen der unterschiedlichen Dienste und Abschnittszuordnung sowie großer Fluktuation fast unmöglich, alle Polizeimitarbeiter einer Region persönlich zu erreichen. So bestehe – wie auch im Rahmen von Interviews mit Hintergrundärzten thematisiert wurde – immer noch die Chance, z.B. im Rahmen eines mobilen Einsatzes mit Einweisung nach dem PsychKG auf Mitarbeiter der Polizei zu treffen, die über Auftrag und Ziel des BKD nicht oder äußerst spärlich informiert seien. Erfreulicherweise werde diese Variante jedoch mit Fortdauer der Kooperation immer seltener.

Nach unseren Befunden hat sich also in den vergangenen Jahren eine intensive Zusammenarbeit zwischen BKD und den Polizeiabschnitten und den -beamten entwickelt. Dass aus dieser notwendigen Zusammenarbeit inzwischen eine häufig gut funktionierende Kooperation geworden ist, ist einerseits auf den enormen Aufwand seitens des BKD in Richtung Information und Fortbildung der Polizeibeamten und andererseits auf die Erfahrung durch gemeinsame Einsätze zurückzuführen. Aus den Befunden lässt sich weiter ableiten, dass die Notwendigkeit kontinuierlicher Information seitens des BKD bestehen bleiben wird, sich aus der Kooperation aber auch neue Modelle der Zusammenarbeit ergeben können (z.B. professionelles Überbringen von Todesnachrichten).

4.2.3 Die Außenperspektive der Mitarbeiter des Versorgungssystems auf den BKD

4.2.3.1 Vorbemerkungen und Datenquelle

In den folgenden Kapiteln wird die Außenperspektive und damit die Bewertung des BKD von anderen Institutionen und Protagonisten der Versorgungslandschaft zusammengetragen. Dabei greifen wir zunächst auf Ergebnisse und Analysen des Fragebogens *Krisenarbeit in Berlin* zur Kooperation und Vernetzung zurück. Danach werden Ergebnisse aus Interviews mit speziellen Gruppen dargestellt.

Im ersten Teil des Unterkapitels wurde die Vernetzung aus der Perspektive der Mitarbeiter des Krisendienstes untersucht. Die Basisdokumentation wird von den Mitarbeitern des BKD geführt. Obwohl die Daten „objektiv“ zu sein scheinen, sind sie das Ergebnis der Aktivitäten der Mitarbeiter und daher immer auch geprägt durch deren Vorstellungen. Um die Vernetzung auch aus der Perspektive des Ensembles der Einrichtungen beurteilen zu können, die an der Versorgung in Berlin beteiligt sind, wurde der in Kapitel 2 beschriebene Fragebogen *Krisenarbeit in Berlin* entwickelt. Er greift die Wahrnehmung des Berliner Krisendienstes durch ausgewählte psychosoziale und medizinische Institutionen ab.

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Gebieten, die abgefragt wurden (s. auch Materialanhang). Bezüglich der Frage nach Vernetzung und Kooperation sind vor allem Teil D (Angaben zum Berliner Krisendienst (BKD): Wahrnehmung, Kooperation, Bewertung) und Teil E (Angaben zu Kooperation und Vernetzung der jeweiligen Einrichtung) relevant.

Wir werden in diesem Kapitel Antworten zu folgenden Fragen vorlegen:

- Welche Erwartungen werden an einen Krisendienst gerichtet? Hier interessiert vor allem, welchen Anteil an Krisenintervention die befragten Einrichtungen selbst übernehmen oder an wen sie diese Aufgabe delegieren und welche Aufgaben und Funktionen in der Versorgung sie selbst ausfüllen oder sich von einem Krisendienst wünschen.
- Wie groß ist die Bekanntheit des BKD?
- Welche Rolle spielt der BKD im Versorgungsnetz?
- Wovon hängt Kooperation im Kriseninterventionsbereich ab, was sind fördernde, was hemmende Faktoren?

Da die Frage der Vernetzung nur dann beantwortet werden kann, wenn auch diejenigen Einrichtungen in die Stichprobe eingegangen sind, von denen angenommen wird, dass sie gemeinsam ein Versorgungssystem bilden, soll hier zunächst auf die Stichprobenauswahl eingegangen werden. Allerdings wird dies nur soweit geschehen, wie dies zum Verständnis der nachfolgenden Analyse notwendig ist. Weitere Informationen über die Stichprobe finden sich im Materialteil.

Bei der Entscheidung, aus welcher Population die Stichprobe gezogen werden sollte, spielte die Erwartung eine Rolle, dass je nach Teil-Population ein anderes Muster in bezug auf Krisenarbeit, Kooperation und Vernetzung festzustellen sein würde. Für die Beantwortung unserer Fragestellungen kamen eine Reihe von relevanten Teil-Populationen in Frage:

- Alle Einrichtungen im Land Berlin
- ausgewählte Bezirke bzw. Regionen des BKD
- Institutionen, in denen Honorarmitarbeiter beschäftigt sind
- thematisch ausgewählte Institutionen
- Institutionen, die als Kooperationspartner in der Basisdokumentation aufgeführt sind.

Aufgrund der sehr großen Anzahl von relevanten Einrichtungen in Berlin hätte eine Gesamterhebung die Möglichkeiten der Begleitforschung bei weitem überfordert. Auch eine Stichprobe wäre kaum möglich gewesen, da allein die Identifikation der Ausgangspopulation einen sehr hohen Arbeitsaufwand erfordert hätte. Daher wurde eine inhaltlich begründete Auswahl aus der Gesamtpopulation getroffen, der die folgenden Überlegungen zugrunde liegen.

Im Konzept des Berliner Krisendienstes lassen sich zwei Formen der Vernetzung identifizieren, die vom Berliner Krisendienst etabliert werden sollen und die in der folgenden Abbildung dargestellt sind. Es handelt sich dabei einerseits um eine Vernetzung der Einrichtungen in der jeweiligen Region. Die einzelnen Krisenstandorte haben die Aufgabe, sich eng mit dem regionalen Versorgungssystem zu verzahnen. Hierzu sollen Kontakte mit den verschiedenen Einrichtungen aufgenommen und in den regionalen Gremien (PSAG u.ä.) mitgearbeitet werden. Dies ist ein gemeindepsychiatrisches Konzept, das der Psychiatrieplanung im Lande Berlin zugrunde liegt. Als weiteres Mittel zur Vernetzung ist das Konzept der Honorarmitarbeiter gedacht. Die enge Verzahnung durch gemeinsame Mitarbeiter soll die Kooperation und Vernetzung fördern.

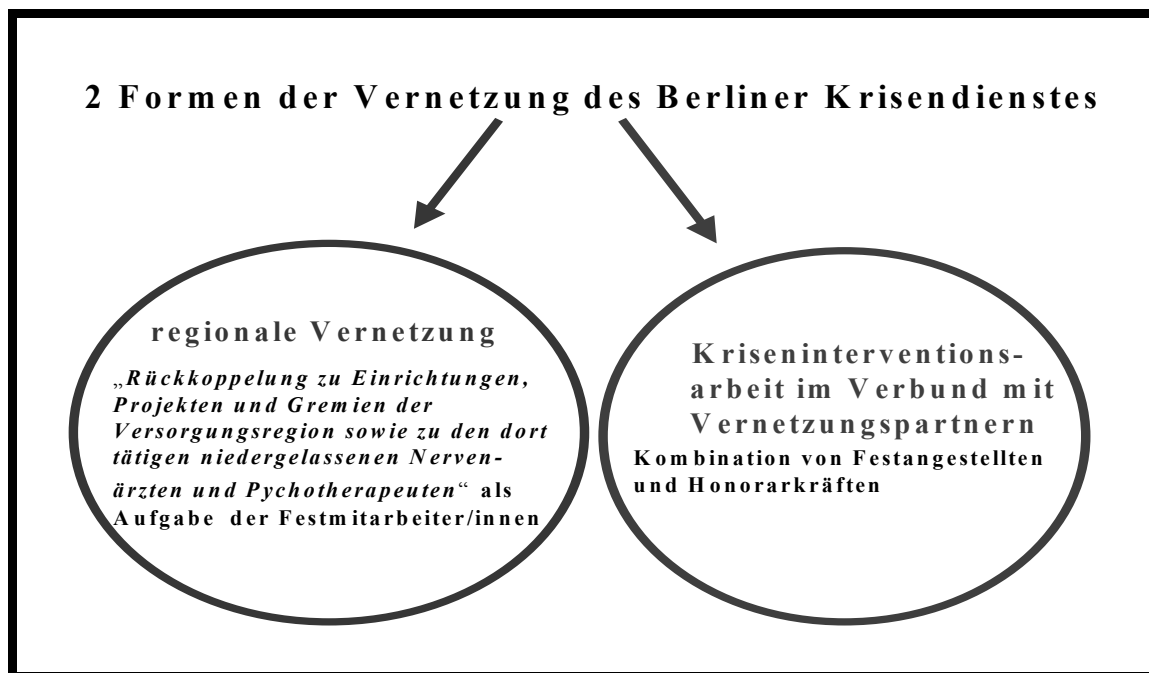


Abbildung 33: Zwei konzeptionelle Formen der Vernetzung des BKD

Mit der Fragebogenuntersuchung sollen die Auswirkungen dieser beiden Kooperations- und Vernetzungskonzepte untersucht werden. Daher wurden folgende Teil-Populationen für die Stichprobenziehung ausgewählt:

1. Die Region Mitte des BKD wurde als regionales Versorgungsgebiet ausgewählt, da in dieser Region sowohl Ost- wie auch Westbezirke eingeschlossen sind, die Bevölkerungszusammensetzung heterogen ist und es bestehende Kooperationsbeziehungen der ehemaligen Krisenambulanz Wedding und neu aufzubauende Kooperationsbeziehungen in den Bezirken gibt, für die bisher keine Zuständigkeit bestand.
2. Alle Einrichtungen der Honorarmitarbeiter wurden einbezogen, um zu untersuchen, ob die Kombination von Festangestellten und Honorarmitarbeitern zu einer stärkeren Vernetzung führt und ob hierdurch die vom BKD aufgestellten Qualitätsmerkmale hinsichtlich des Informationsflusses, der Kontinuität und des institutionellen Austausches gewährleistet werden können.

In der Auswertung wurden die Einrichtungen zu Einrichtungstypen zusammengefasst, um die Darstellung übersichtlich zu halten. Welche Einrichtungen jeweils in welchem Einrichtungstyp zusammengefasst wurden, lässt sich aus der Zusammenstellung im Materialteil ersehen. Wenn es für die Interpretation notwendig erscheint, werden die Einrichtungen auch im Text aufgeführt.

4.2.3.2 Grundsätzliche Erwartungen der Befragten an den BKD

Um die Bedeutung und die Funktion des BKD für die Mitarbeiter der regionalen Versorgung besser einschätzen zu können, wurde untersucht, welche Angebote sie von einem Krisendienst erwarten und was sie als ihr eigenes Angebot ansehen. Diese allgemeinen Erwartungen an einen Krisendienst stellen den Hintergrund für die konkreten Urteile über den BKD dar. Hierdurch wird auch die Bewertung der Leistung des BKD geprägt, die in Kapitel 5.2.3 dargestellt wird.

Es wird also angenommen, dass es für die Beurteilung eine Rolle spielt, welche Erwartungen es überhaupt gibt und ob ein Krisendienst als ergänzendes Angebot gesehen wird, oder u.U. als überflüssige Konkurrenz. Im letzteren Fall wäre zu erwarten, dass das Krisendienstangebot besonders kritisch betrachtet wird. Im Fragebogen wurden die Probanden daher gefragt: „Was leistet Ihre Einrichtung, was erwarten Sie von einer Kriseneinrichtung?“ Es geht also hier nicht speziell um den BKD, sondern um eine Kriseneinrichtung allgemein.

Zunächst lässt sich feststellen, dass bei einer Zusammenfassung der Antworten aller Einrichtungen die Erwartungen an eine Kriseneinrichtung insgesamt hoch sind. Die folgende Abbildung zeigt, dass eine Kriseneinrichtung die angegebenen Leistungen bis auf wenige Ausnahmen (*stützende Gespräche*, *Psychotherapie* und *Information/Screening*) zu einem höheren Maß erbringen soll als die eigene Einrichtung.

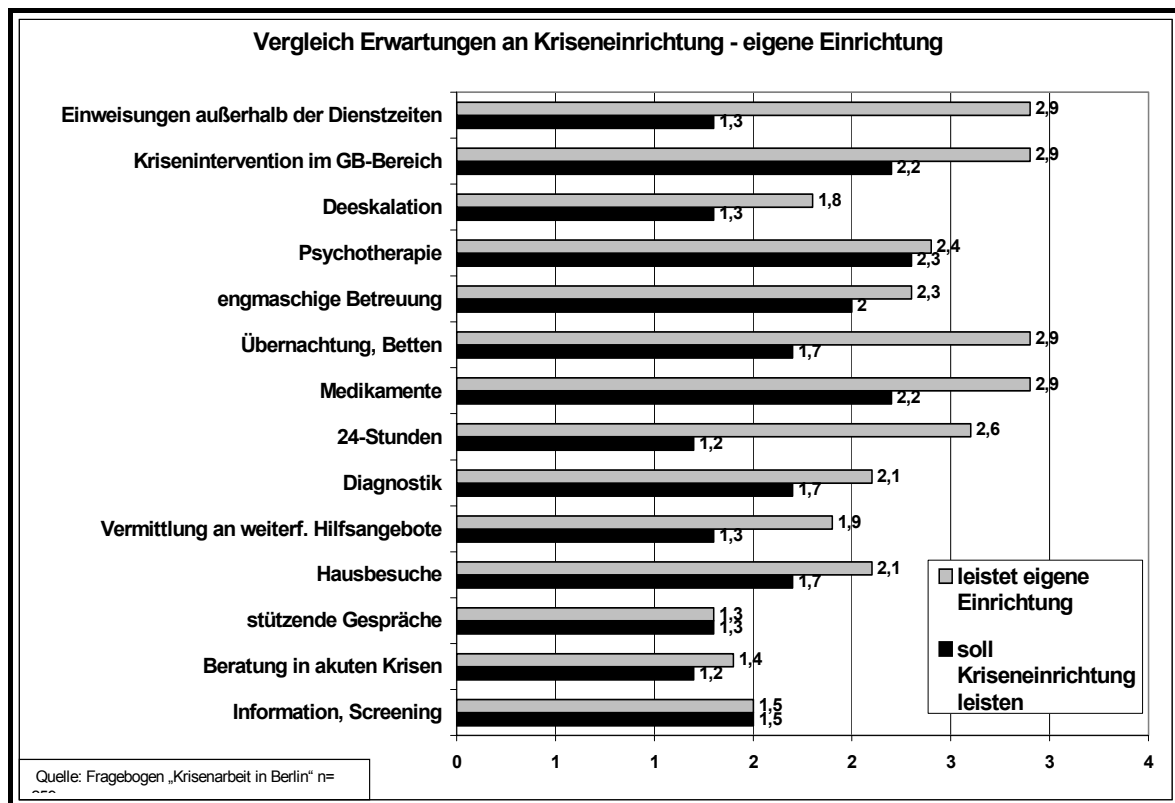


Abbildung 34: Vergleich der Erwartungen an den BKD und eigenem Leistungsspektrum⁴²

4.2.3.3 Leistungen der Befragten, Erwartungen an den BKD, differenziert nach Einrichtungstypen

Die allgemeine Einschätzung der Erwartungen an einen Krisendienst auf dem Hintergrund der eigenen Tätigkeit durch das Ensemble der Einrichtungen lässt sich noch weiter differenzieren. Interessant sind vor allem die Forderungen der einzelnen Einrichtungstypen an ein Angebot durch einen Krisendienst. Die Erwartungen und die Aussagen zum eigenen Leistungsprofil werden im Folgenden spezifiziert und gebündelt. Dies geschieht entlang der Aspekte: *Strukturmerkmale, Hoheitsfunktion, Interventionsmerkmale*.

4.2.3.3.1 Erwartete Strukturmerkmale

Erreichbarkeit

Erreichbarkeit stellt eine zentrale Anforderung an den Krisendienst dar, denn er soll *ständig* erreichbar sein. Während die Einrichtungen der stationären Psychiatrie und anderer Krisen- und Notdienste und in geringerem Umfang auch der heilpädagogische Bereich und die Bereiche *Alte Menschen, schwere Krankheiten und Sterben* angeben, selbst ständig erreichbar zu sein, dies aber auch von einem Krisendienst fordern, wird eine umfassende Erreichbarkeit von allen anderen Einrichtungen gefordert, die selbst dieses Angebot nicht vorhalten. Dies gilt sowohl für das gemeindepsychiatrische System mit sozialpsychiatrischem Dienst und ambulanter Psychiatrie als auch für den Beratungsbereich.

⁴² Beim Lesen und Interpretieren der folgenden Grafiken ist zu bedenken, dass niedrige Werte bedeuten: „leisten wir selbst“ und hohe Werte: „leisten wir *nicht*“ (bzw. niedrige Werte: „soll KD ganz leisten“, hohe Werte: „soll KD nicht leisten“)!

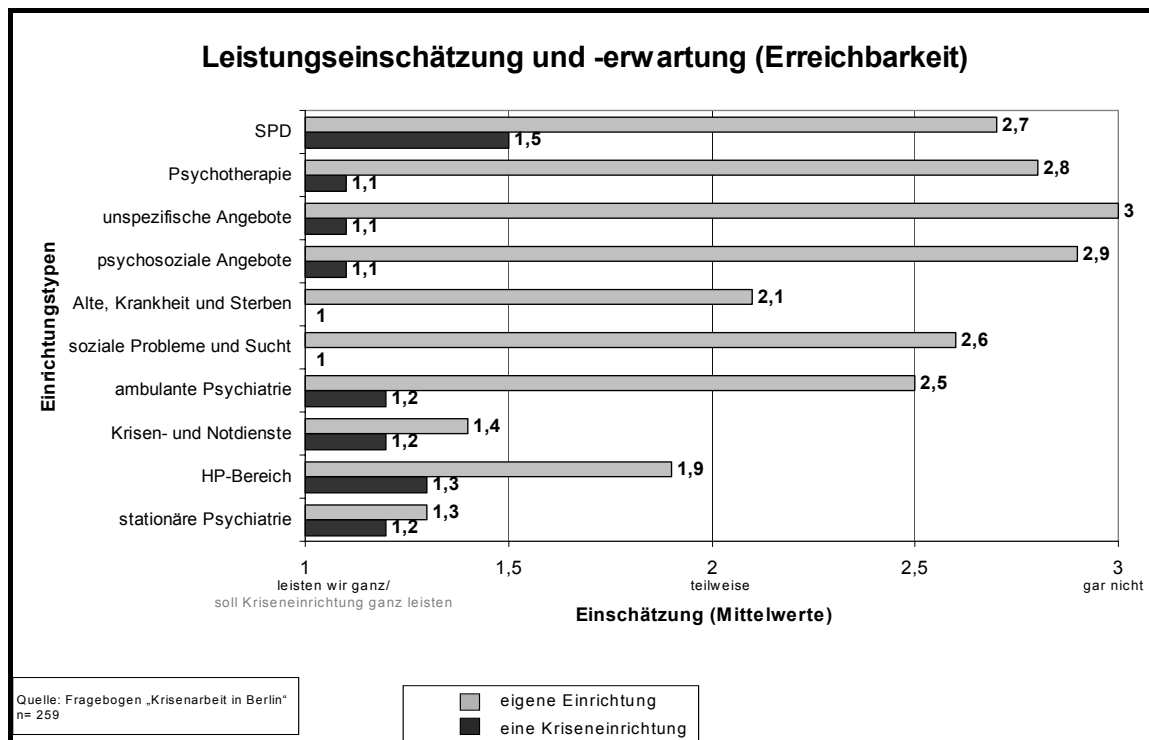


Abbildung 35: Erwartungen bzgl. der Erreichbarkeit

Hausbesuche

Auch die Aufgabe, Hausbesuche durchzuführen, wird von vielen Einrichtungen an den Krisendienst verwiesen. Bei *Hausbesuche/ Interventionen vor Ort* geben alle befragten Einrichtungstypen an, dies selbst nicht in größerem Umfang durchzuführen. Es besteht weitgehend die Erwartung an eine Kriseneinrichtung, dieses Angebot zu übernehmen.

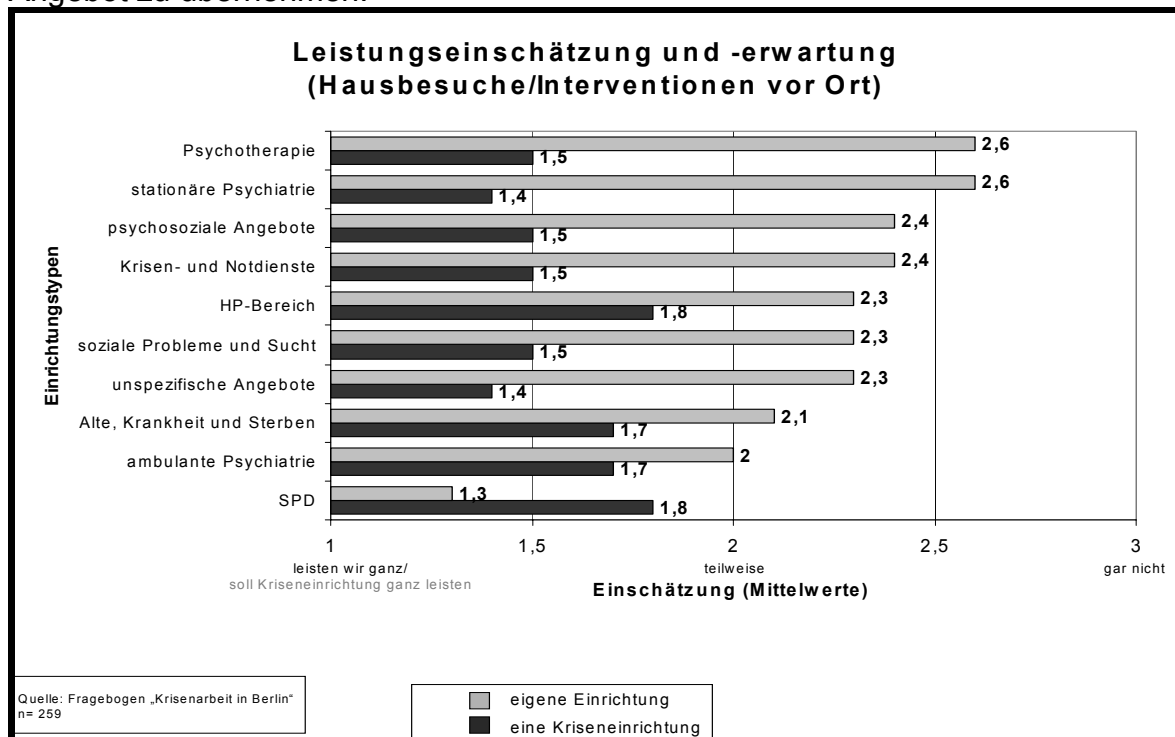


Abbildung 36: Erwartung bzgl. der Durchführung von Hausbesuchen

Eine Ausnahme bildet der Sozialpsychiatrische Dienst, der angibt, selbst fast gänzlich Hausbesuche zu übernehmen. Er erwartet allerdings, dass ein Krisendienst diese Aufgabe zumindest teilweise auch übernehmen sollte. Dies bezieht sich sicherlich auf Zeiten außerhalb der Dienstzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Übernachtungsmöglichkeit

Die Frage, ob ein Krisendienst Betten oder Übernachtungsmöglichkeiten haben sollte, wird im Feld kontrovers diskutiert. Dies spiegelt sich auch in unseren Daten wieder. Wir stellen die Ergebnisse in zwei Tabellen, einmal das eigene Angebot und zum anderen das von einem Krisendienst gewünschte Angebot vor, da in diesem Fall auch die absoluten Zahlen interessant sind.

Die folgende Tabelle zeigt das in bezug auf die eingeschätzte Eigenleistung nicht überraschende Ergebnis. Die stationäre Psychiatrie übernimmt dieses Angebot weitgehend selbst. Bei der ambulanten Psychiatrie ergibt sich eine zunächst überraschende Zweiteilung: entweder ganz (44%) oder gar nicht (54%), aber nicht teilweise. Bei näherer Überlegung wird dieses Ergebnis aber plausibel. Hier spiegelt sich die Unterteilung der ambulanten-komplementären psychiatrischen Versorgungsangebote in einerseits Tagesstrukturierung und Zuverdienstfirmen und andererseits betreutem Wohnen wieder⁴³. Ähnliches zeigt sich beim heilpädagogischen Bereich.

Kreuztabelle						
			Übernachtung/Betten			Gesamt
			ganz	teilweise	nicht	
EINRICH2	ambulante Psychiatrie	Anzahl	22	1	27	50
		% von EINRICH2	44,0%	2,0%	54,0%	100,0%
	stationäre Psychiatrie	Anzahl	28	6	4	38
		% von EINRICH2	73,7%	15,8%	10,5%	100,0%
	SPD	Anzahl			27	27
		% von EINRICH2			100,0%	100,0%
	Psychotherapie	Anzahl			16	16
		% von EINRICH2			100,0%	100,0%
	Krisen	Anzahl	6	3	3	12
		% von EINRICH2	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	psychosoziale Angebote	Anzahl	2	1	28	31
		% von EINRICH2	6,5%	3,2%	90,3%	100,0%
	soziale Probleme und Sucht	Anzahl	7	2	28	37
		% von EINRICH2	18,9%	5,4%	75,7%	100,0%
	HP	Anzahl	9	1	6	16
		% von EINRICH2	56,3%	6,3%	37,5%	100,0%
	Alte, Krankheit, Sterben	Anzahl	1	2	12	15
		% von EINRICH2	6,7%	13,3%	80,0%	100,0%
	unspezifizierte Angebote	Anzahl		1	8	9
		% von EINRICH2		11,1%	88,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	75	17	159	251	
	% von EINRICH2	29,9%	6,8%	63,3%	100,0%	

Abbildung 37: Hält die eigene Einrichtung eine Übernachtungsmöglichkeit für Menschen in Krisensituationen vor?

⁴³ In dieser Kategorie sind überwiegend standortbezogene Einrichtungen zusammengefasst, die der gemeindepsychiatrischen ambulanten Versorgung zuzurechnen sind: Übergangswohnheime Kontaktstellen, Tageszentren, Tagesstätten, Therapeutische Wohngemeinschaften, Zuverdienstbereiche, etc.

Dass eine Kriseneinrichtung Betten bzw. Übernachtungsmöglichkeiten bereithalten sollte, erwarten alle Einrichtungstypen im Ausprägungsgrad *teilweise* von einer Kriseneinrichtung. Dass in der folgenden Tabelle die Spalte *teilweise* sehr stark besetzt ist, könnte andeuten, dass die entsprechenden Einrichtungen einen Krisendienst als ergänzenden Dienstleister für dieses Angebot für sinnvoll halten.

Dies gilt vor allem für die Mitarbeiter aus den psychosozialen Beratungsangeboten, also für den *Therapiereich*, für *psychosoziale Angebote* und für *soziale Probleme* und *Sucht*, aber auch für die Bereiche *alte Menschen*, *Krankheit* und *Sterben* und für *unspezifische Angebote*. Diese Erwartungen scheinen aus der Arbeitssituation der Einrichtungen unmittelbar verständlich.

Diskussionswürdiger erscheinen die Aussagen aus dem gemeindepsychiatrischen Bereich. Es ist zunächst nachvollziehbar, dass die stationäre Psychiatrie das zusätzliche Leistungsangebot kaum zu brauchen glaubt, deshalb wird bei 50% der Befragten aus diesem Bereich *nicht* angegeben. Allerdings geben auch 56% *teilweise* und 12% sogar *ganz* an. Hier wird deutlich, dass von Teilen der stationären Psychiatrie eine kurzfristige Übernachtungsmöglichkeit als Ergänzung zum eigenen Angebot gesehen wird. Beim Sozialpsychiatrischen Dienst zeigt sich, dass es nur eine Ja-Stimme für eine vollständige Übernahme dieses Angebotes durch einen Krisendienst gibt, immerhin 50% der Befragten sehen aber ein solches Angebot *teilweise* als notwendig an. Ähnliches gilt auch für Einrichtungen der Krisen- und Notfallversorgung.

Kreuztabelle						
			Übernachtung/Betten			Gesamt
			ganz	teilweise	nicht	
EINRICH2	ambulante Psychiatrie	Anzahl	6	28	16	50
		% von EINRICH2	12,0%	56,0%	32,0%	100,0%
	stationäre Psychiatrie	Anzahl	3	14	17	34
		% von EINRICH2	8,8%	41,2%	50,0%	100,0%
	SPD	Anzahl	1	14	13	28
		% von EINRICH2	3,6%	50,0%	46,4%	100,0%
	Psychotherapie	Anzahl	6	12		18
		% von EINRICH2	33,3%	66,7%		100,0%
	Krisen	Anzahl	1	6	3	10
		% von EINRICH2	10,0%	60,0%	30,0%	100,0%
	psychosoziale Angebote	Anzahl	16	9	6	31
		% von EINRICH2	51,6%	29,0%	19,4%	100,0%
	soziale Probleme und Sucht	Anzahl	13	15	8	36
		% von EINRICH2	36,1%	41,7%	22,2%	100,0%
	HP	Anzahl	4	12	3	19
		% von EINRICH2	21,1%	63,2%	15,8%	100,0%
	Alte, Krankheit, Sterben	Anzahl	6	7	3	16
		% von EINRICH2	37,5%	43,8%	18,8%	100,0%
	unspezifizierte Angebote	Anzahl	4	6	1	11
		% von EINRICH2	36,4%	54,5%	9,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	60	123	70	253	
	% von EINRICH2	23,7%	48,6%	27,7%	100,0%	

Abbildung 38 Soll ein Krisendienst ein Übernachtungsangebot für Menschen in Krisen vorhalten?

Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass im Feld eindeutig ein Bedarf nach professionell begleiteten Übernachtungsmöglichkeiten gesehen wird, die an einen Krisendienst angeschlossen sind bzw. mit ihm eng zusammenarbeiten. Dabei wird auch deutlich, dass diese Möglichkeit kontrovers und zwar innerhalb und entlang der verschiedenen Einrichtungstypen eingeschätzt wird. Über diese Ergänzung sollte weiter ausführlicher diskutiert werden, wobei es sicherlich sehr unterschiedliche Möglichkeiten gibt, diesem Bedarf nachzukommen, der ja zunächst ganz allgemein an Krisendienste bzw. eine institutionelle Krisenintervention formuliert wird.

4.2.3.3.2 Übernahme von Einweisungen

Ein weiterer kontrovers diskutierter Bereich ist die Übernahme der Hoheitsfunktion nach PsychKG durch einen Krisendienst. Aus den Antworten des Fragebogens kann allerdings allein die Erwartung, der Krisendienst möge Klinikeinweisungen durchführen (oder nicht), abgeleitet werden. Speziell nach Einweisungen ohne oder gegen den Willen der Klienten wurde nicht gefragt.

Hinsichtlich der Frage ergibt sich ein einheitliches Bild: Die meisten Einrichtungen füllen die Funktion *Einweisungen außerhalb der Dienstzeiten* selbst eher nicht oder nur begrenzt aus. Dies gilt auch für den Sozialpsychiatrischen Dienst, der ja keine 24-Stunden-Bereitschaft anbietet.

Die Befragten aus *allen* Einrichtungen erwarten, dass ein Krisendienst Einweisungen in Kliniken veranlassen kann, dabei mögen die Gründe dafür unterschiedlich sein. Die Beratungsangebote brauchen dieses Profil in lebensgefährdenden Krisen, der Sozialpsychiatrische Dienst erwartet ein komplementäres Angebot außerhalb seiner Dienstzeit, ähnliches gilt sicher auch für die Angebote der ambulanten-komplementären Psychiatrie, wie wir aus anderen Quellen wie Interviews wissen. Interessant ist, dass Krisen- und Notdienste, aber auch die stationäre Psychiatrie ebenfalls erwarten, dass ein Krisendienst diese Funktion übernimmt.

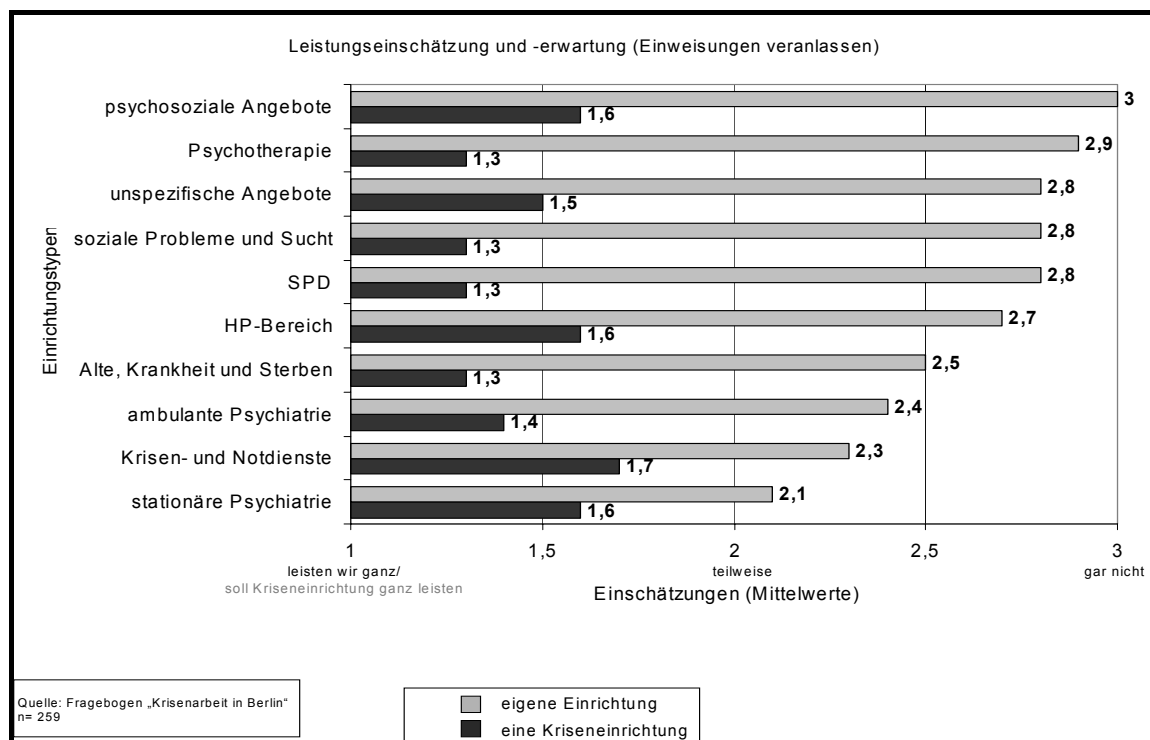


Abbildung 39: Einweisungen durch den BKD

In diesen Erwartungen scheint sich auch der Befund wiederzuspielen, dass der Krisendienst in hohem Maße im gemeindepsychiatrische System angesiedelt erlebt wird. Es wäre denkbar, dass gerade die Erwartung, Einweisungen zu veranlassen, ein zentrales Merkmal darstellt. Der Krisendienst wird als die Stelle gesehen, die auch für Menschen da ist, die im *üblichen* ambulant-komplementären Versorgungssystem nicht mehr angemessen zu begleiten sind. Ähnlich wie der Sozialpsychiatrische Dienst am Tag soll der Krisendienst hier die Verbindungen zur psychiatrischen Klinik in der Nacht herstellen.

4.2.3.3.3 Erwartete Interventionsmerkmale

Ein Bereich, in dem das Verhältnis von Ergänzung oder einfacher Addition und damit u.U. Konkurrenz besonders virulent wird, ist der Bereich der Interventionen. An dieser Stelle wird sichtbar, ob zwei unterschiedliche Einrichtungen mehr oder minder das Gleiche tun oder ob sie sich grundlegend unterscheiden. Sicherlich gibt es eine Reihe von Interventionen, die Teil jeglicher Hilfe oder Beratungen sind. Für ein differenziertes und Ressourcen schonendes Versorgungssystem ist allerdings zu fordern, dass sich die Einrichtungen in ihrem Interventionsspektrum unterscheiden und ergänzen. Im Folgenden wird anhand der einzelnen Interventionsangebote genauer diskutiert, wie die Mitarbeiter aus den verschiedenen Einrichtungstypen ihr Verhältnis zu einem Krisendienst sehen.

4.2.3.3.3.1 Interventionsangebote, die nur begrenzt als Aufgabe eines Krisendienstes angesehen werden

Die Aufgabe, eine *Informations- und Screeningfunktion* auszufüllen, wird einem Krisendienst teilweise zugeschrieben, d.h. er soll sie zusammen mit anderen Einrichtungen ausfüllen. Einrichtungen mit *psychotherapeutischem Angebot*, aus dem *heilpädagogischen Bereich*, aus den Bereichen *Senioren*, *schwere Krankheiten und Sterben* geben an, die Screeningfunktion weniger selbst zu übernehmen, als es ein Krisendienst tun sollte. Die Unterschiede sind allerdings gering.

Einrichtungen der *stationären Psychiatrie* sehen sich im selben Umfang dafür zuständig wie ein Krisendienst; die Einrichtungen der *ambulanten Psychiatrie*, jene mit *psychosozialen Angeboten*, der *Sozialpsychiatrische Dienst* und *andere Krisendienste* geben an, dass sie selbst die Screeningfunktion in etwas höherem Maße übernehmen, als sie es von einer Kriseneinrichtung erwarten.

Dieser Befund ist deshalb von Bedeutung, weil Informationsweitergabe und Screeningfunktion laut Konzept als eine wichtige Aufgabe des BKD vorgesehen wird. Auch die Befunde über die Inanspruchnahme des BKD, über die später berichtet wird, sprechen vor allem während der Tagdienste dafür, dass diese Funktion vom BKD ausgefüllt wird und auch von den Professionellen im Versorgungssystem angenommen wird. Es zeigt sich hier eine *einrichtungsübergreifende Aufgabe*, die auf viele verschiedene Orte im Versorgungssystem verteilt ist. An das Ensemble der Einrichtungen wäre die Frage zu stellen, wie diese Aufgabe koordiniert wird bzw. ob hier Spezialisierungen auch in diesem Bereich implizit mitgedacht werden. Dies lässt sich aus unseren Daten nicht beantworten.

Alle Einrichtungstypen geben an, *stützende Gespräche* ausgeprägt selbst anzubieten. Sie erwarten dieses Angebot (wohl deshalb) nur sehr begrenzt von einem Krisendienst. Hier zeigt sich ein Kriseninterventionskonzept, das einem Krisen-

dienst vor allem die Intervention in akuten Krisen zuschreibt. Stützende Gespräche werden dann als additives Angebot betrachtet, das nicht unbedingt gebraucht wird. Eine Ausnahme bilden die befragten Kriseneinrichtungen⁴⁴. Diese erwarten von (einem weiteren) Krisendienst das Angebot *stützende Gespräche* in gleichem Umfang, wie sie es selbst leisten.

Auch eine *engmaschige Betreuung* wird von allen Einrichtungstypen nur sehr begrenzt als Aufgabe eines Krisendienstes gesehen. Auch hier wird das oben angesprochene Verständnis von Krisendiensten deutlich, das eher auf Intervention in akuten Krisen abstellt.

Ein weiterer Bereich, in dem ein Krisendienst eher nicht tätig sein soll, ist die *psychotherapeutische Behandlung*. Dies sehen vor allem die *Psychotherapeuten* selbst so, aber auch die *stationäre und ambulante Gemeindepsychiatrie*. Alle anderen Einrichtungstypen beschreiben sich selbst ohne spezifisch psychotherapeutisches Angebot und erwarten auch von einem Krisendienst nur sehr begrenzt ein psychotherapeutisches Angebot.

Eine *umfassende Diagnostik und medikamentöse Behandlung* schließlich soll von einem Krisendienst nur teilweise (mit der Tendenz zu *eher nicht*) angeboten werden. Dieser Meinung sind die Befragten unabhängig davon, ob die Einrichtung selbst diese Leistungen anbietet oder nicht. Allerdings ist festzustellen, dass die Einrichtungen der *gemeindepsychiatrischen Versorgung* (in bezug auf medikamentöse Behandlung ausschließlich die stationäre Psychiatrie) diese Leistungen eher allein als ihre Domäne betrachten.

4.2.3.3.2 Interventionsangebote, die spezifisch als Aufgabe eines Krisendienstes angesehen werden

Im nächsten Schritt werden nun diejenigen Interventionsangebote aufgeführt, von denen die Mitarbeiter der Meinung sind, dass sie speziell das Angebot eines Krisendienstes darstellen.

Beim Angebot der *Beratung in akuten Krisen* kann gezeigt werden, dass diese Aufgabe an unterschiedlichen Orten im Versorgungssystem übernommen wird. Dies gilt vor allem für den *gemeindepsychiatrischen* (SpD, stationär, ambulant) und den *heilpädagogischen* Bereich, in denen sehr deutlich wird, dass diese Aufgabe nicht als Hauptaufgabe eines Krisendienstes allein gesehen wird.

Dem stehen alle anderen Einrichtungstypen gegenüber, die einen Krisendienst als Hauptträger für diese Aufgabe sehen. Die *Krisen- und Notfalldienste* sehen dies als eine gemeinsame Aufgabe an. Die Ergebnisse sind in der folgenden Grafik dargestellt.

⁴⁴ Darunter sind zusammengefasst: Kriseneinrichtungen für Frauen, Kinder- und Jugendnotdienste der Jugendhilfe, Kriseneinrichtungen in freier oder kirchlicher Trägerschaft, Stationäre Kriseninterventionsstationen psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern sowie Rettungstellen der Krankenhäuser.

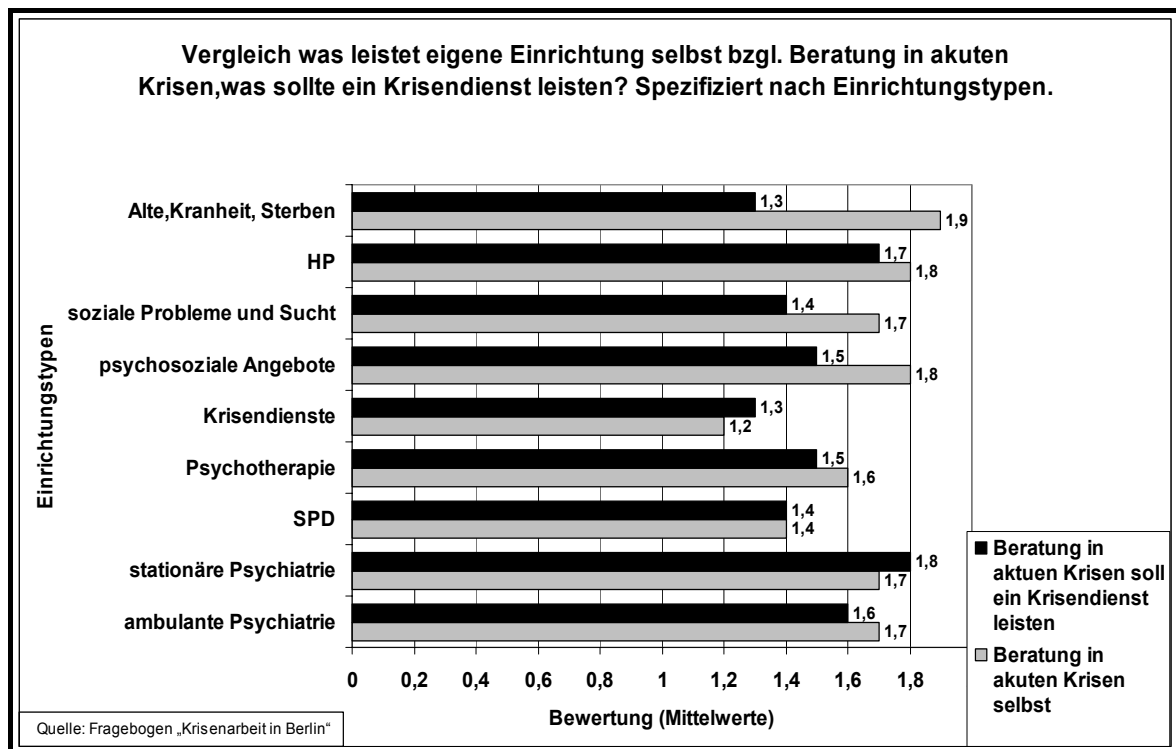


Abbildung 40: Erwartungen an einen Krisendienst, eigenes Leistungsprofil: Beratung in akuten Krisen

Die *Vermittlung an weiterführende Hilfsangebote* wird am stärksten von den befragten Krisen- und Notdiensten von einem (weiteren) Krisendienst erwartet. Fast alle Einrichtungstypen sehen diese Leistung eher als eine Aufgabe eines Krisendienstes an, wobei sie es in einem vergleichbaren Ausmaß auch als ihre Aufgabe ansehen. Mitarbeiter der stationären Psychiatrie und vor allem des Sozialpsychiatrischen Dienstes sehen ihre Einrichtungen zumindest als in gleicher Weise oder wichtiger als einen Krisendienst bei der Erfüllung dieser Aufgabe an. Ausnahme sind die *Psychotherapeuten*, die diese Aufgabe eher ganz einem Krisendienst zuschreiben.

Hier zeigt sich wiederum, dass das Aufgabenspektrum eines Krisendienstes eingebunden ist in das Ensemble der Hilfsangebote, insbesondere der gemeindepsychiatrischen Angebote und dass es nur schwer möglich ist, eine klare Abgrenzung zu den anderen Einrichtungstypen im Versorgungssystem zu ziehen (s. folgende Grafik).

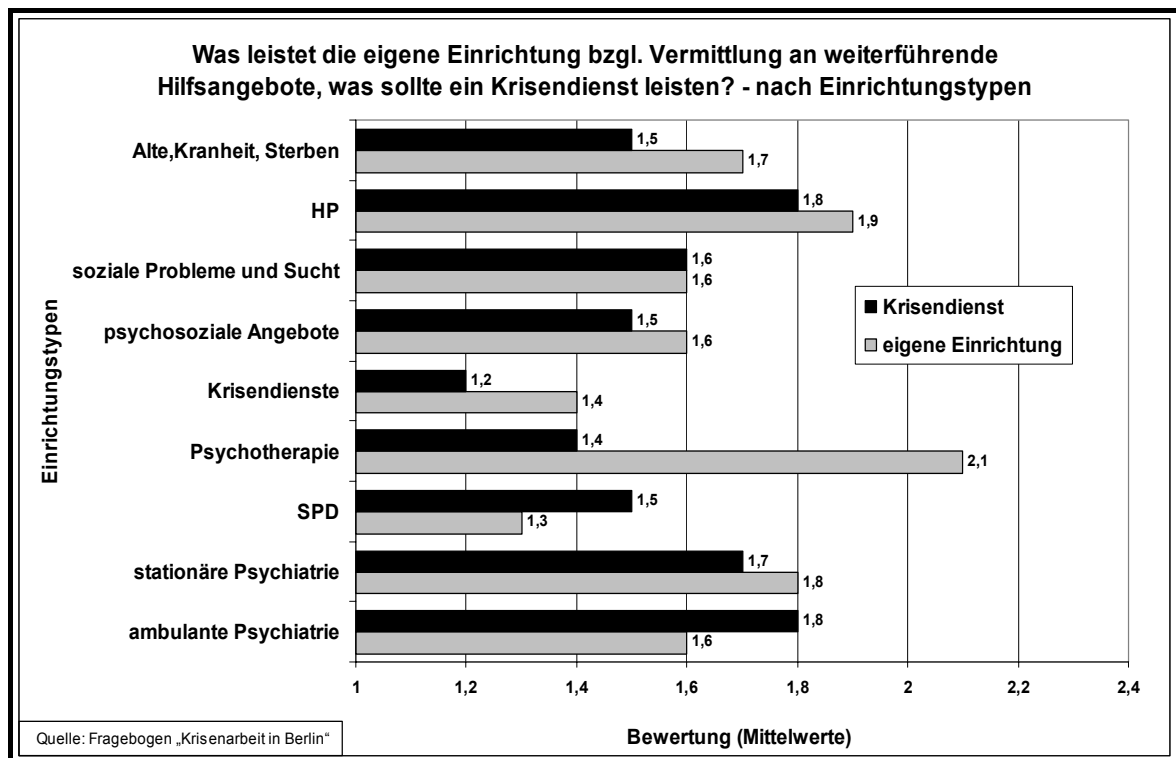


Abbildung 41: Erwartungen an einen Krisendienst, eigenes Leistungsprofil: Weitervermittlung

Hinsichtlich des Angebots der *Deeskalation* schließlich schätzen die Mitarbeiter in den Bereichen der *psychosozialen Beratungsangebote* und der *Psychotherapie* einen Krisendienst als die zuständige Einrichtung ein. Anders ist es in denjenigen Bereichen, in denen Eskalationen häufiger auftreten und innerhalb der Einrichtung bewältigt werden müssen. Dies trifft auf den *heilpädagogischen* Bereich, auf die *stationäre Psychiatrie* und den *Sozialpsychiatrischen Dienst* zu. Hier scheint ein Krisendienst wiederum als eine zusätzliche Einrichtung gesehen zu werden, welche die Aufgabe der Deeskalation übernehmen kann.

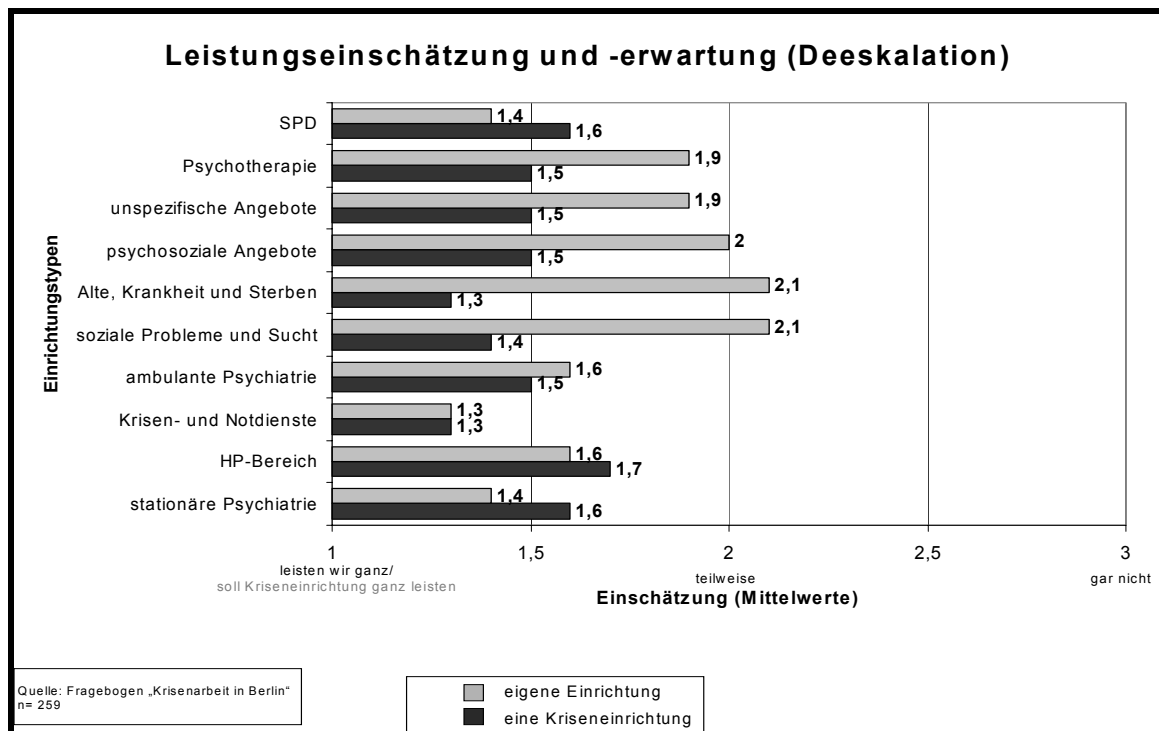


Abbildung 42: Erwartungen bzgl. Deeskalation

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die befragten Einrichtungen und ihre Mitarbeiter von einem Krisendienst vor allem Interventionen in aktuellen bzw. akuten Krisen erwarten. Bei länger andauernden Krisen, bei denen psychotherapeutische Interventionen oder stützende Gespräche und engmaschige Betreuung gefordert sind, erwarten sie ein Interventionsangebot durch einen Krisendienst weniger. Eine Abgrenzung zwischen den Angeboten ist allerdings nur begrenzt möglich, da die Einrichtungen abhängig von ihren Aufgaben auch Interventionen bereithalten müssen, die sie auch vom Krisendienst erwarten.

Es lässt sich also feststellen, dass ein Krisendienst nicht einfach anhand einzelner Leistungsangebotskomponenten von den anderen Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen und psychosozialen Versorgung abgegrenzt werden kann. Es ist vielmehr das spezifische Muster des Angebots und die Stellung im Versorgungssystem, das die Spezifität eines Krisendienstes ausmacht.

4.2.3.3.4 Position des BKD aus der Sicht regionaler Einrichtungen

Nachdem im vorherigen Kapitel die Erwartungen der Mitarbeiter aus unterschiedlichen Einrichtungen an einen Krisendienst dargestellt wurden, soll jetzt näher darauf eingegangen werden, anhand welcher Aussagen im Fragebogen sich ablesen lässt, ob und in welchem Maße der BKD mit anderen Dienstleistern der psychosozialen und medizinischen Versorgung in der untersuchten Region zusammenarbeitet und vernetzt ist. Dies kann aufgrund mehrerer Items des Fragebogens beantwortet werden.

4.2.3.3.4.1 Grad der Informiertheit⁴⁵

Voraussetzung für Kooperation ist die Bekanntheit der Einrichtung, die sich vernetzen und die kooperieren will. Im Fragebogen wurde als Grad der Informiertheit der anderen Dienstleister über den BKD dadurch erhoben, dass gefragt wurde, inwieweit es dem BKD gelungen ist, sich als Kooperationspartner bekannt zu machen.

Wie gut über BKD informiert	Häufigkeit	Prozent
Sehr gut	46	18,3
gut	107	42,6
ein wenig	78	31,1
Gar nicht	20	8,0
Gesamt	258	100,0

Tabelle 13: Grad der Informiertheit über den BKD

Ca. 60% der Befragten geben an, gut bis sehr gut über den Berliner Krisendienst informiert zu sein. Lediglich 8% der Befragten kennen den BKD nicht. Insofern kann festgestellt werden, dass der BKD in der vorliegenden Stichprobe weitgehend bekannt ist, also die Voraussetzungen für weitergehende Zusammenarbeit geschaffen wurden.

4.2.3.3.4.2 Empfehlung des BKD durch befragte Einrichtungen

Ein weiterer Indikator für den Vernetzungsgrad, der auch gleichzeitig eine Bewertung darstellt, sind Aussagen darüber, wie oft der BKD den eigenen Klienten empfohlen wird. Aus der folgenden Tabelle ist ersichtlich, dass der BKD von knapp der Hälfte der Befragten mehr als 5 mal empfohlen wurde.

Klienten an den BKD empfohlen	Häufigkeit	Prozent
nie	48	20,4
< 5	83	35,3
5 – 20 x	75	31,9
> 20 x	29	12,3
Gesamt	235	100,0

Tabelle 14: Häufigkeit der Empfehlungen des BKD durch die befragten Einrichtungen

⁴⁵ Die Ergebnisse beziehen sich auf die vergangenen 12 Monate zum Zeitpunkt der Befragung, d.h. auf den Zeitraum von ca. September/Okttober 00 bis ca. September/Okttober 01.

Diese allgemeinen Aussagen lassen sich noch genauer spezifizieren. Vor allem ist aufschlussreich, welche Einrichtungstypen eher Klienten an den BKD empfehlen. Die detailliertere Analyse (s. folgende Grafik) zeigt, dass häufigere Empfehlungen von Einrichtungen des engeren gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzes (ambulante und stationäre Psychiatrie und Sozialpsychiatrischer Dienst) ausgesprochen werden.

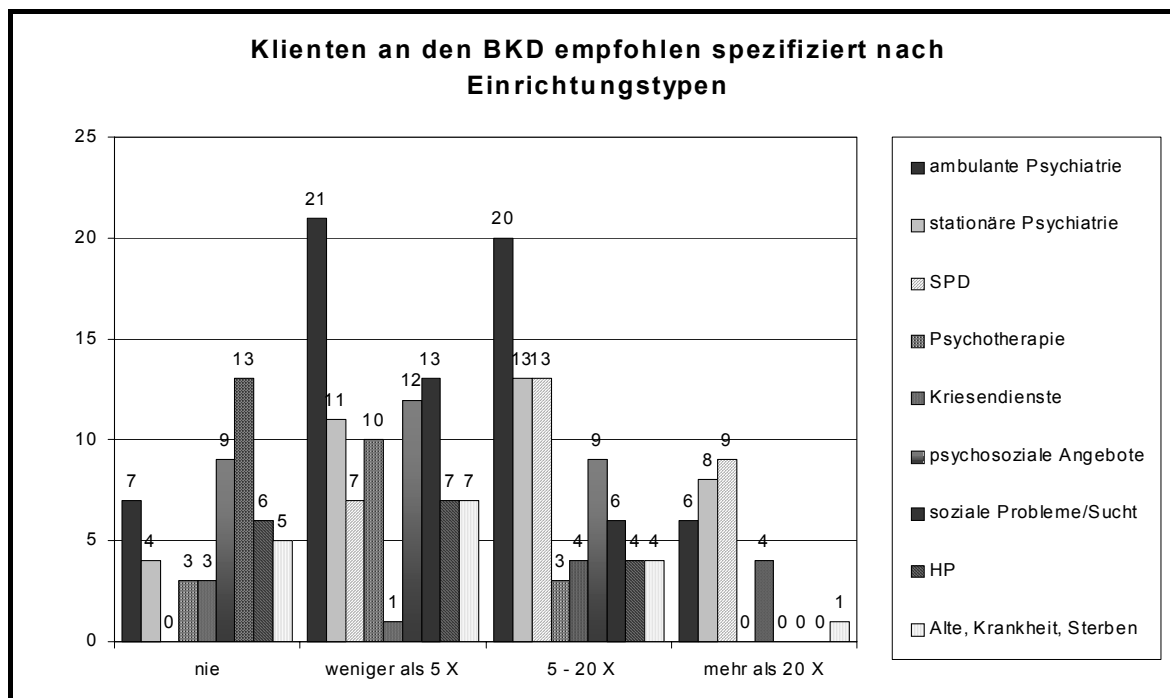


Abbildung 43: Häufigkeit der Empfehlungen getrennt nach Einrichtungstypen

Ein breiteres Spektrum von Einrichtungen zeigt sich in der Kategorie „weniger als 5“. Hier handelt es sich z.T. um kleinere Einrichtungen, bei denen auch keine häufige Empfehlungstätigkeit zu erwarten ist. Es zeigt sich aber, dass der BKD auch hier in ein Empfehlungsnetzwerk eingebunden ist.

4.2.3.3.4.3 Empfehlung der Einrichtung durch BKD

Das Empfehlungsnetzwerk wird auch stark durch die Empfehlungstätigkeit des BKD gestaltet und entwickelt. Anhand der Basisdokumentation wurde deutlich, dass hier auch entsprechende Aktivitäten des BKD festzustellen sind.

Mit einem Item wurde erfasst, wie häufig die befragten Einrichtungen darum wissen, dass Klienten vom BKD an sie verwiesen worden sind.

Klienten durch BKD an Einrichtung verwiesen	Häufigkeit	Prozent
Keiner	133	56,8
< 5	55	23,5
5 – 20 x	31	13,2
> 20 x	15	6,4
Gesamt	234	100,0

Tabelle 15: Häufigkeit der Empfehlungen des BKD

Eine Minderheit von 6% der Befragten gibt an, dass der BKD Klienten häufig (d.h. mehr als 20 Mal in einem Jahr) an die befragte Einrichtung empfohlen hat. Wiederum ist zu beachten, dass 36,7% der Einrichtungen angeben, der BKD habe zwischen einem und 20 mal Klienten ihre Einrichtung empfohlen.

Insgesamt zeigt sich, dass der BKD deutlich häufiger von einer befragten Einrichtung empfohlen wurde, als dass Klienten der Einrichtung vom BKD empfohlen worden waren (20% für „nie an BKD empfohlen“ vs. 56% für „keiner vom BKD empfohlen“).

Warum 56,8% der Einrichtungen angeben, keiner ihrer Klienten sei über den BKD zu ihnen gelangt, kann sehr verschiedene Gründe haben: Klienten können diese Tatsache verschweigen, der Mitarbeiter, der den Fragebogen ausgefüllt hat, weiß nichts davon, oder es handelt sich um eine Einrichtung mit einem festen Klientel, das im Falle von Krisen eher von der Einrichtung aus den BKD kontaktiert.

Dies lässt sich gut am Beispiel des Einrichtungstypus *ambulante Psychiatrie* deutlich machen. Betrachtet man den Unterschied zwischen den Häufigkeiten, die bei den Kategorien *Klienten an BKD empfohlen* und *Einrichtung vom BKD empfohlen*, so sieht man eine deutlich Diskrepanz. Bei der ersten Kategorie werden nach Aussage der Mitarbeiter relativ viele Klienten an den BKD empfohlen, wogegen offenbar in der umgekehrten Richtung kaum Klienten vom BKD an die Einrichtungen empfohlen wurden. Dieses Ungleichgewicht wird verständlich, wenn man die Einrichtungen betrachtet, die in diesem Typus zusammengefasst sind. Es handelt sich überwiegend um standortbezogene Einrichtungen, die der gemeindepsychiatrischen ambulanten Versorgung zuzurechnen sind: Übergangswohnheime, Kontaktstellen, Tageszentren, Tagesstätten, Therapeutische Wohngemeinschaften, Zuverdienstbereiche etc. Es scheint zumindest plausibel, dass diese Art von Einrichtungen ihre Patienten über den Krisendienst informieren, selbst aber von einem Krisendienst, der es vornehmlich mit Menschen in akuten Krisen zu tun hat, keine Klienten vermittelt bekommen.

Aus der Perspektive der Mitarbeiter in der Region erscheint der BKD eher als „empfangende“ denn als „gebende“ Einrichtung. Dieser Befund ist allerdings sicherlich nur begrenzt gültig. Bei der Analyse der Vermittlungsdaten aus der Basisdokumentation hatte sich ein genau umgekehrtes Ergebnis gezeigt. Es ist also eher zu erwarten, dass die jeweils Auskunft Gebenden besser wissen, wen sie selbst vermitteln, während diejenigen, die kommen, nicht unbedingt sagen von wem sie empfohlen wurden.

4.2.3.3.4.4 Fallbezogene Zusammenarbeit mit dem BKD

Die gemeinsame Bearbeitung eines Falles kann als intensivste Stufe der Zusammenarbeit betrachtet werden. Die Mitarbeiter wurden daher auch gefragt, ob sie mit dem BKD fallbezogen zusammenarbeiten. Dies stellt einen wichtigen Indikator für den Vernetzungsgrad dar.

Die Ergebnisse zeigen, dass der BKD mit 14% der Einrichtungen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, fallbezogen häufiger (d.h. $\geq 5x$) zusammen arbeitet. Der BKD arbeitet mit weiteren 32,5% der Einrichtungen in bis zu 5 Fällen fallbezogen zusammen. Dies zeigt, dass eine Zusammenarbeit nicht nur mit einigen Haupt-Kooperationspartnern in Gang gekommen ist, sondern auch mit einigen Einrich-

tungen mit einem spezialisierten Angebot. Immerhin 53,8% haben jedoch noch nie mit dem BKD zusammengearbeitet. Betrachtet man das breite Spektrum von Einrichtungen, das in die Stichprobe eingegangen ist, so scheint dieses Ergebnis durchaus angemessen, wenn auch, wie sich später zeigen wird, sicherlich noch Verbesserungen in der Zusammenarbeit möglich sein dürften.

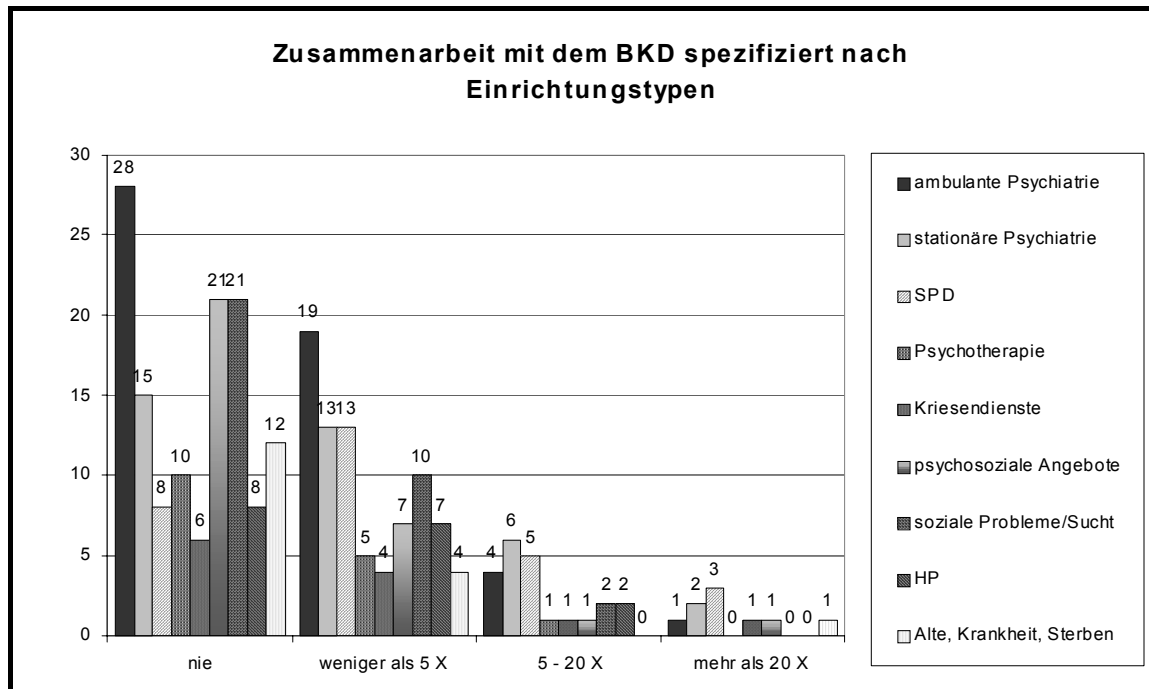


Abbildung 44: Konkrete Zusammenarbeit mit dem BKD

Bei einer genaueren Analyse der Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Einrichtungstypen zeigt sich wiederum, dass der BKD am stärksten in das gemeindepsychiatrische Netz eingebunden ist. Vor allem bei Zusammenarbeit in mehr als 5 Fällen machen diese Einrichtungen 20 von insgesamt 32 aus.

4.2.3.3.5 Die Stellung des BKD im Versorgungssystem

Im Folgenden soll der Frage nach der Stellung im psychiatrisch psychosozialen Versorgungssystem anhand von zwei weiteren Analyseansätzen der Daten aus dem Fragebogen weiter nachgegangen werden.

4.2.3.3.5.1 Zusammenfassende Faktorenanalyse

Als weiteres Analyseverfahren zur Klärung der Kooperationsmuster wurde eine Faktorenanalyse gerechnet, in welche die Items über die konkrete Zusammenarbeit mit dem BKD eingingen⁴⁶:

- Informationsstand über den BKD
- Klienten an BKD empfohlen
- Zusammenarbeit mit dem BKD
- Konkrete Erfahrungen mit dem BKD

Die Faktorenanalyse diente dabei dazu, die Komplexität zu reduzieren, d.h. Variablen zu gruppieren und zusammen zu fassen.

Die Hauptkomponentenanalyse ergab einen Faktor, durch den 64 % der Varianz erklärt wurden. Dies rechtfertigt es, die vier Variablen durch einen einzelnen Faktor zu substituieren. Aus den vier Variablen wurde eine neue Variable gebildet mit dem Namen *Konkrete Aspekte der Kooperation mit dem BKD*.⁴⁷

Die folgende Abbildung zeigt die Variable Kooperation, differenziert nach Einrichtungen.

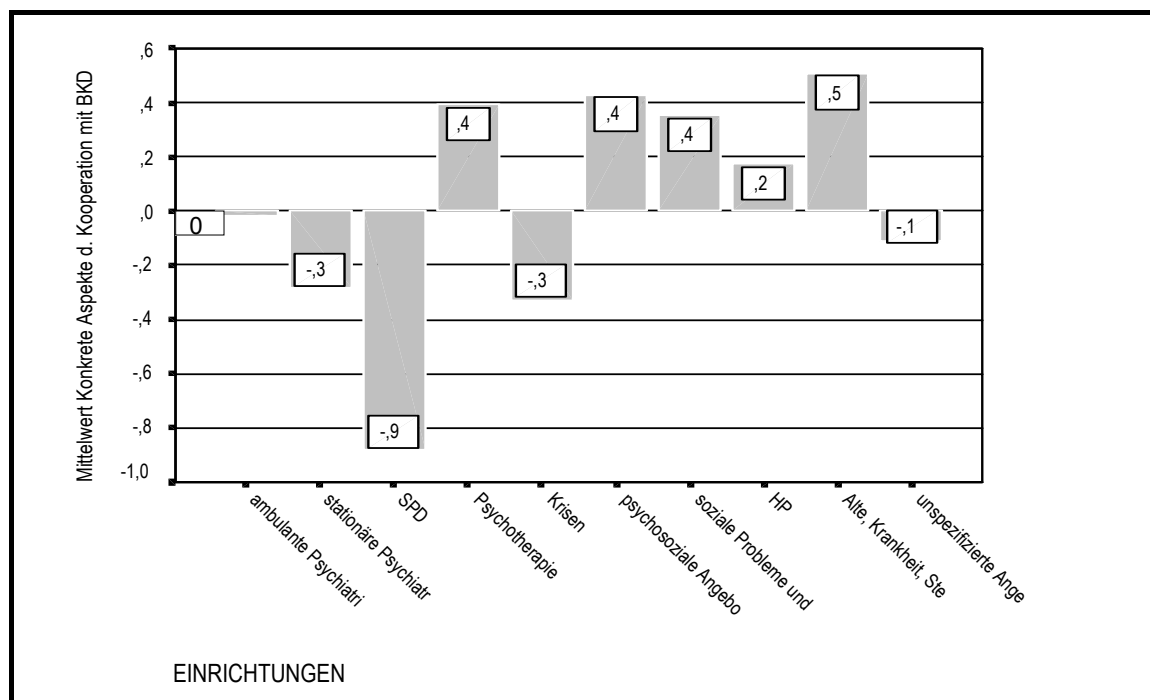


Abbildung 45: Nach einer Variable aufgelistete Einschätzung der Kooperation mit dem BKD⁴⁸

⁴⁶ Korrelationskoeffizienten beruhen auf 240 vollständig ausgefüllten Fragebögen.

⁴⁷ Als Extraktionsmethode wurde die Hauptkomponentenanalyse (PCA) verwendet. Um zusätzlich die Interpretation zu erleichtern, wurden die gefundenen Faktoren rotiert. (Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung).

⁴⁸ Beim Lesen der Grafik ist zu beachten, dass negative Werte für eine überdurchschnittliche starke Kooperation, positive Werte für eine vergleichsweise schwächere Kooperation sprechen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst mit einem Wert von -0,9, die Stationäre Psychiatrie mit -0,3, und andere Kriseneinrichtungen mit ebenfalls -0,3 kooperieren überdurchschnittlich stark mit dem BKD. Hierzu gehören auch die Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie, die angezeigt durch den Wert „0“ durchschnittlich kooperieren. Psychotherapeuten, psychosoziale Angebote sowie Einrichtungen im Bereich Sucht, alte Menschen etc. dagegen kooperieren vergleichsweise unterdurchschnittlich mit dem BKD.

Der Faktor Kooperation wurde auch noch zu den Theorie- und Praxisfaktoren der befragten Einrichtungen in Beziehung gesetzt, um Zusammenhangsmuster identifizieren zu können. Bei diesen waren vorher ebenfalls Faktorenanalysen zur Komplexitätsreduktion berechnet worden⁴⁹. Die Ergebnisse erlauben es, aus der Sicht der Mitarbeiter der verschiedenen Einrichtungen die Position des BKD in unterschiedlichen Versorgungsnetzen genauer zu bestimmen. Die folgenden Befunde sind hierfür von besonderer Bedeutung:

- Die psychiatrischen Variablen spielen eine herausragende Rolle bei der Frage, ob mit dem BKD kooperiert wird oder nicht. Ob eine Einrichtung „psychiatrienah“ oder eher „psychiatriefern“ eingestellt ist, hat einen Einfluss auf die Kooperation mit dem BKD. Je psychiatrienäher die Behandlungsvorstellungen und -angebote einer Einrichtung sind, desto stärker kooperiert sie mit dem BKD.
- Je mehr eine Einrichtung psychotherapeutische und -diagnostische Leistungen erbringt und dies auch vom BKD erwartet, desto stärker kooperiert sie mit dem BKD.
- Einrichtungen, die selbst auf Krisenintervention spezialisiert sind und die Wert auf Vernetzungsarbeit in der Region legen, kooperieren stärker mit dem BKD.
- Je mehr in Einrichtungen, die Pflege und das Kranksein von Angehörigen eine Rolle spielen, desto stärker kooperieren sie mit dem BKD.

Um die Zusammenhänge noch weiter aufzuklären, wurden auf der Basis der Faktorenwerte nach der Regressionsmethode neue Variablen berechnet, die gegenüber den ursprünglichen Items ein größeres Maß an gemeinsamer (wahrer) Varianz beinhalten. Diese neuen Variablen wurden dann mit der Zielvariablen korreliert⁵⁰. Hierbei zeigt sich für Kooperation als abhängige Variable, dass Einrichtungen, die Klienten im allgemeinen im psychiatrischen Netz weitervermitteln, für ihre Klienten eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung anstreben und von einem Theorieverständnis ausgehen, das die Entstehung von Krisen vor allem im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen und biographischen Veränderungen sieht, stärker mit dem BKD kooperieren. Dieses Ergebnis kann allerdings nur im Zusammenhang mit anderen interpretiert werden, da die Zusammenhänge durchweg schwach ausgeprägt sind.

⁴⁹ Über folgende Fragebatterien aus dem Fragebogen wurden Faktorenanalysen berechnet:: Grundsätze, die das Handeln in der Einrichtung bestimmen; Problembereiche der ; Diagnosen der Nutzer; Krisentheorien der Mitarbeiter; Grundsätze der eigenen Krisenarbeit ; Erwartungen an eine Kriseneinrichtung; Vermittlung an wen?

⁵⁰ Hier sind die Partialkorrelationen deutlich niedriger, aber wegen der höheren Fallzahl dennoch signifikant.

4.2.3.3.5.2 Rangreihe der wichtigsten Kooperationspartner

Im Fragebogenbereich „E: Kooperation und Vernetzung“ wurden die Mitarbeiter der Einrichtungen gebeten, drei andere Einrichtungen anzugeben, mit denen ihre Einrichtung am meisten zu tun habe. Sie sollen diese Einrichtungen in eine Rangreihe bringen und mit der Einrichtung anfangen, mit der Sie am meisten kooperieren. Jeder Einrichtungstyp kann auf dem ersten, zweiten oder dritten Rang genannt werden. Durch den oder die Rangplätze wird die Bedeutung des Einrichtungstyps für das Kooperationsgefüge in dieser Stichprobe deutlich. In der folgenden Grafik sind die 10 wichtigsten Einrichtungstypen mit ihren jeweils drei Rangplätzen und der dazugehörigen Anzahl von Nennungen eingetragen.

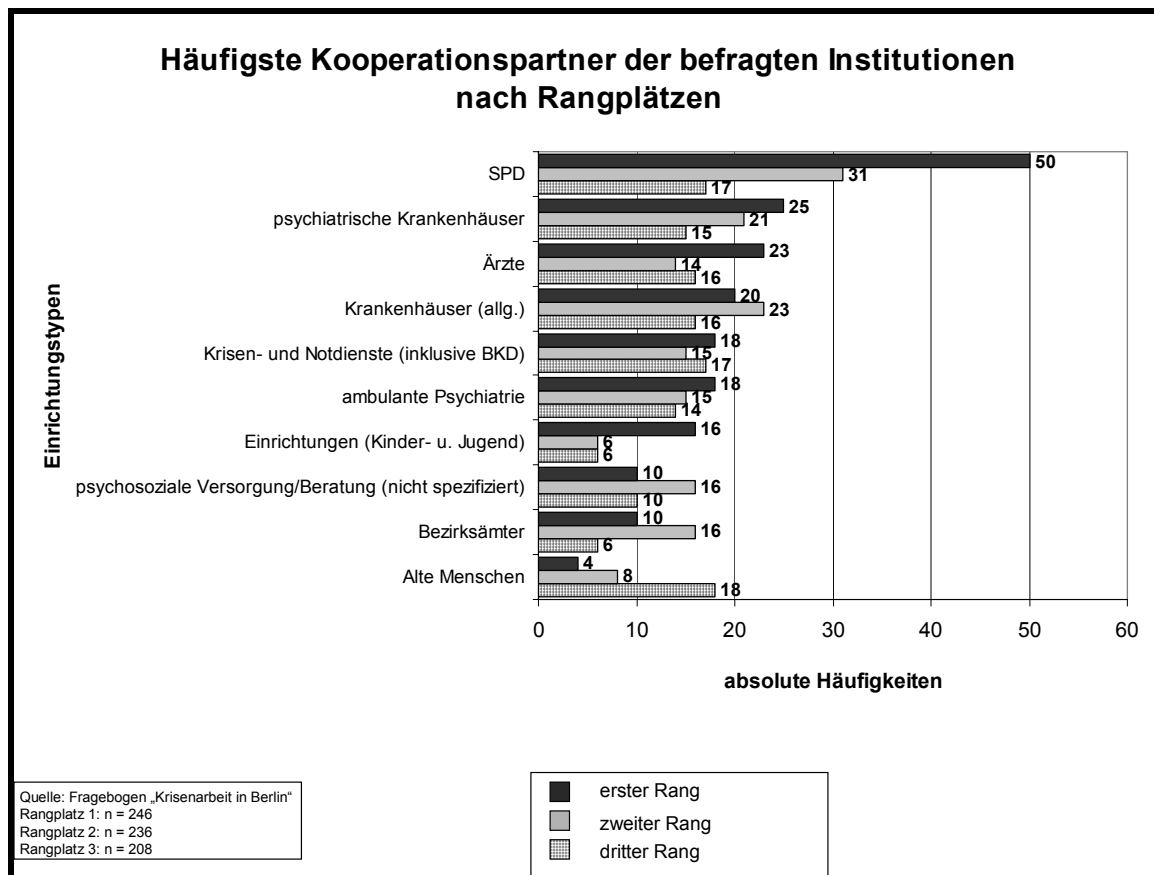


Abbildung 46: Rangliste der Kooperationspartner

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist für die antwortenden Mitarbeiter im 1. Rang mit 50 Nennungen und im 2. Rang mit 31 Nennungen der wichtigste Kooperationspartner. Auf dem 3. Rang nimmt die Kooperation mit Versorgungsinstitutionen für alte Menschen mit 18 Nennungen die wichtigste Position ein, der Sozialpsychiatrische Dienst bleibt aber mit 17 Nennungen weiterhin wichtig.

In der Aufstellung wird auch die vorrangige Kooperationsbedeutung einerseits der gemeindepsychiatrischen Einrichtungstypen (Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatrische Krankenhäuser und ambulante Psychiatrie) und des Notfallsystems (Krankenhäuser und Krisen- und Notdienste) deutlich.

Innerhalb dieses Kooperationsgefüges kann auch die Kooperationsbedeutung des BKD im System beschrieben werden.

Im 1. Rang als häufigster Kooperationspartner wird er von folgenden Einrichtungstypen genannt:

- Psychotherapeuten (2 von 17)
- Krisen-/Notdienste (1 von 11)
- Schwere Krankheiten (1 von 2)
- Heilpädagogischer Bereich (1 von 14)
- Psychiatrische Krankenhäuser (3 von 33)

Auch im 2. Rang wird der BKD von drei Einrichtungstypen genannt:

- Krisen-/Notdienste (1 von 11)
- Ambulante Psychiatrie (2 von 41)
- Psychiatrische Krankenhäuser (1 von 29)

Es ist bemerkenswert, dass der BKD überhaupt als Institution auf dem ersten und zweiten Rangplatz genannt wird, vor allem wenn dies von psychiatrischen Krankenhäusern oder Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie geschieht. Dies scheint ein weiterer Indikator dafür zu sein, dass es dem BKD gelungen ist, sich mit dem Versorgungssystem zu vernetzen und eine wichtige Position zu gewinnen, andererseits aber sicher auch die Einschätzung von der Aufgabe des Mitarbeiters der Einrichtung zu tun hat, der den Bogen ausfüllte.

4.2.3.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich anhand der Antworten in dieser Stichprobe feststellen lässt, dass der BKD durch Verweisungen und fallbezogene Zusammenarbeit in das Netz der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung eingebunden ist. Dabei ist zu bedenken, dass aufgrund des differenzierten Versorgungsangebotes der Stadt bestimmte Einrichtungen nur selten als kooperierende Einrichtungen in Frage kommen, während andere für einen größeren Teil des Krisenklientel relevant sein können.

Vor allem finden sich hier weitere Hinweise darauf, dass der BKD vornehmlich in das gemeindepsychiatrische Netz eingebunden ist, dass er aber auch mit anderen Subsystemen der psychosozialen Versorgung kooperiert, dies allerdings weniger intensiv. Ein enger Austausch besteht mit einer begrenzten Anzahl von psychiatrischen Einrichtungen. Dies entspricht einem Befund, der auch bei einer früheren Untersuchung über die Eingebundenheit der Krisenambulanz Wedding in das bezirkliche Versorgungssystem durch die Forschungsgruppe gefunden wurde (siehe BERGOLD 1993, BERGOLD & FILSINGER 1993 a). Dies spricht zusätzlich für seine Gültigkeit.

4.2.3.5 Haus- und Fachärzte als Kooperations- und Überweisungspartner

4.2.3.5.1 Vorbemerkung, Datenquelle

Der Hausarzt ist die wichtigste Erstanlaufstelle und hat damit eine zentrale Bedeutung im medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem. Trianguliert mit unserer Bevölkerungsbefragung (s. Kapitel 3.3.2) wird dies nochmals sehr deutlich. Die Befragten sehen im Hausarzt *die* Anlaufstelle bei Krisen. Die Bedeutung der Ärzte wird auch noch durch zwei weitere Befunde deutlich:

1. Es gibt Hinweise darauf, dass „50 Prozent aller Selbstmörder in den vier Wochen vor ihrem Tod noch Kontakt zum Hausarzt hatten“ (ALTHAUS,2000).
2. Die Rolle des Hausarztes als wichtigste Vermittlungsinstanz ist in der medizinsoziologischen Literatur bekannt. Dies zeigt sich auch in der Selbsteinschätzung der Ärzte in unserer Untersuchung.

Im Rahmen einer Diplomarbeit wurden am Telefon 20 Ärzte (16 Allgemeinmediziner und 4 Internisten) interviewt und zwei weitere mit einem Fragebogen noch zusätzlich befragt. Insgesamt erwies es sich als schwierig, auskunftsbereite Ärzte zu finden.⁵¹ Das Verhältnis von Anfragen und durchgeführten Interviews betrug etwa 20 zu 1-2. Die Interviews wurden qualitativ mit einer gegenstandsangemessenen Adaptation von grounded theory und heuristischer Methode ausgewertet. Hier werden die wichtigsten Ergebnisse diskutiert, die die Krisenversorgung betreffen.

4.2.3.5.2 Das Dilemma der Überweisung

Wenn man fragt, ob die Ärzte die Rolle der grundlegenden Überweisungsinstanz im Versorgungssystem auch für den Krisendienst annehmen, die auch durch die Zuschreibungen im Alltag durch den *Mann oder die Frau auf der Straße* vorausgesetzt wird, so lautet die klare Antwort, dass dies in der Regel nicht der Fall ist. Aufgrund unserer Befunde sind wir der Meinung, dass dies einerseits mit dem Verständnis der Ärzte von Aufgabe und Funktion eines Krisendienstes und andererseits mit ihrer eigenen Kompetenzdefinition zu tun hat. Von einem Teil der Ärzte wird der Krisendienst mit Recht als eine Anlaufstelle für Kurzinterventionen gesehen. Hieraus ergibt sich häufig, dass sie den BKD als Hilfseinrichtung nicht für notwendig halten. Sie gehen nämlich davon aus, dass der BKD nur in Akutfällen helfen kann oder die Patienten selbst auch nur weitervermittelt. Diese Aufgaben jedoch übernehmen die Ärzte aus ihrer Sicht *selbst*. Eine Überweisung an den BKD würde hier verlangen, die eigene Kompetenz zur Krisenintervention in Frage zu stellen. Dies ist bei vielen Ärzten der Stichprobe nicht der Fall. Dort wo eine Überweisung als notwendig erachtet wird, handelt es sich aus Sicht der Ärzte um längerfristige Behandlungen, die eben gerade nicht durch den BKD durchgeführt werden könnten:

„ich hab von denen Unterlagen zugeschickt bekommen (58) ich hab selten Patienten, wo es nur um eine momentane Krise geht (49/50)**oft sind das Situationen äh wo ich die auf `nen langen Weg schicken möchte“ (52/53) (Arzt 16)

Es ließ sich feststellen, dass die Großzahl der befragten Ärzte eher dazu neigt, an die Institutionen bzw. Fachärzte zu vermitteln, an die schon immer vermittelt wurde und mit denen auch gute Erfahrungen bestehen.

⁵¹ KOLMER, S. (2002)

An welche Institutionen die Ärzte letztendlich überweisen, scheint u.a. damit zusammenzuhängen, wie die Person in der Institution eingeschätzt wird, auf die der Arzt trifft.

„Manche Institutionen probier ich, stell dann fest: nie wieder (32), manchmal hängt es sich auch auf an einer einzigen Person, mit der man dann gut kann" (32/33)(Arzt 9)

In den Anfangsjahren der Niederlassung bilden sich Erfahrungen, die dann häufig zu einem festen Kreis von Einrichtungen und vor allem Kollegen führen, an die überwiesen wird. Man kann annehmen, dass es schwierig ist, in diesen festen Kreis eine neue Überweisungsinstitution einzuführen. Hierfür müssten sich spezifische Notwendigkeiten ergeben, das ist aber aus den oben genannten Gründen beim BKD nicht unbedingt der Fall.

Ein weiterer Faktor, der eher zur Zurückhaltung bei der Überweisung beiträgt, ist die fehlende Rückmeldung über das, was mit den Patienten weiter geschehen ist. Darüber klagen die Ärzte allgemein aber auch in Bezug auf eine Einrichtung wie den BKD, bei der die Rückmeldung zusätzlich durch die Anonymitätszusage an die Nutzer behindert wird. Der einzige Arzt, der an den BKD weitergeleitet hat, sagt von einer Patientin:

„diese Frau, die jetzt mit den drei Kinder und so belastet war, hab ich sie hingeschickt leider hat sie mir nicht darüber berichtet, der Krisendienst hat auch nicht * da nicht gemeldet und so (72-75)." (Arzt 1)

Als wichtigen Punkt nennen die Ärzte auch die finanzielle Situation, die übrigens auch deutlich in den Interviewsituationen erkennbar war, wenn Fragen nach einer Bezahlung der Interviewzeit auftauchten und die Zeit des Interviews immer wieder eingengt wurde (maximal 10 Minuten). Unter dem finanziellen und zeitlichen Druck wird der Patient möglichst vom Arzt selbst behandelt – vor allem dann, wenn dieser sich wie oben festgestellt, für Krisenprobleme zuständig definiert oder an bekannte Einrichtungen weiter verwiesen.

4.2.3.5.3 Beurteilungskriterien für die Arbeit des BKD

In der Untersuchung wurden von den Ärzten Forderungen zur Verbesserung der Versorgung von Krisenpatienten aufgestellt. Diese können gleichzeitig als Beurteilungskriterien aufgefasst werden, obwohl nicht so ganz klar wird, ob diese Forderungen an ärztliche Krisenversorgung oder auch an den BKD gestellt werden.

Als wichtig werden von einem Arzt gleich mehrere Punkte genannt:

„Offenes Ohr (62); man muss sie auch so lassen (64); die meisten möchten sich eigentlich offenbaren und zwar relativ anonym (66/67); Gespräch ist wirklich ganz gut* ganz wichtig (69/70); Ja so `ne Weitervermittlung sehr schwerwiegende Probleme, nicht mit einem oder zwei Gesprächen aus der Welt geschafft werden können" (84-86) (Arzt 6)

Aus anderen Interviews ergeben sich noch weitere Punkte. So soll die Hilfe in Krisen möglichst unkompliziert erfolgen und jederzeit erreichbar sein. Des weiteren wird angemerkt, dass eine Aufklärung der Bevölkerung über die Hilfemöglichkeiten dringend notwendig sei.

4.2.3.5.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass nur ein geringer Teil der befragten Ärzte bereit ist, mit einem Dienst wie dem Krisendienst zu kooperieren. Dies scheint mit der Definition der eigenen Kompetenz, der Definition des Krisendienstes und mit Überweisungsgewohnheiten zusammenzuhängen. Einerseits wäre eine ausführliche, eventuell speziell auf die hausärztlichen Belange ausgerichtete Information über den BKD hilfreich, andererseits wird deutlich, dass offenbar gerade Hausärzte sich bei ihrem Überweisungsverhalten auf positive Erfahrungen stützen, wenn möglich also eine entsprechende Rückmeldung seitens des BKD hilfreich sein könnte. Letzteres ist allerdings bei Zusicherung von Anonymität schwierig.

4.2.3.6 Institutionen komplementärer psychosozialer Versorgung

Schon in der Frühphase der Begleitforschung wurden im Rahmen einer Diplomarbeit Kooperationserwartungen von und an Wohnprojekte in der psychosozialen Versorgungslandschaft am Beispiel aller Wohnprojekte im Versorgungsbereich der Region Nord untersucht.⁵² Für die Arbeit wurden sowohl Interviews mit Professionellen aus psychosozialen Wohnprojekten als auch mit Mitarbeitern des BKD geführt und analysiert.

Als zentrale Funktionen, die der Krisendienst für die ihn nutzenden Wohneinrichtungen hat, werden genannt:

Unterstützung der Nachtwachen

Diese sind häufig kein oder noch kein Fachpersonal (z.B. Studierende). Durch Beratung in Krisensituationen kann sich die Einrichtung dennoch fachlich angemessen verhalten. Außerdem können Klinikeinweisungen begleitet werden, was allein arbeitende Nachtwachen nicht leisten könnten, da sie vor Ort bleiben müssen.

Absicherung

Der Krisendienst bietet eine Art Vorsichtsmaßnahme bei sich ankündigenden Krisen. Hier werden mit ihm z.B. Vorabsprachen getroffen.

„Supervision“

Für die Klienten bietet der Krisendienst auch eine Art Außenperspektive zur Einschätzung ihrer Betreuungssituation. Auch von Seiten einiger Einrichtungsmitarbeiter wurde eine supervisorische Aufgabe des BKD angedacht, z.B. in einem Wohnprojekt mit einem Klienten in einer „Dauerkrise.“

In der Art der Nutzung unterscheiden sich die verschiedenen Einrichtungen sehr, von den einen wird er als Arbeitsunterstützung relativ niedrigschwellig und häufig gerufen, von anderen nur in absoluten Notfällen, wenn es um einen Einsatz vor Ort geht, von manchen gar nicht. Ein Nutzungskriterium ist die Frage nach der Zeitlichkeit: in dringenden Fällen kann man den Krisendienst nur dann holen, wenn es kein wirklich eiliger Fall ist. Denn „schnell ist er nicht“, sagen die Mitarbeiter der Wohnprojekte, „er verfügt aber über Fachkräfte, notfalls einen Arzt“. Auch die Erwartungen an den BKD gehen sehr weit auseinander: Für die einen geht es hauptsächlich um telefonischen Rat, einen Meinungsaustausch oder eine

⁵² FISCHER (2001)

absichernde Rücksprache. Bei den anderen steht die unbedingte Anwesenheit vor Ort zur Situationseinschätzung besonders auch im Zusammenhang mit ärztlicher Kompetenz und als Unterstützung bei Klinikeinweisung im Mittelpunkt. Verbindendes Glied dieser Erwartungen ist jedoch die hohe Fachkompetenz, deren Bereitstellung in jedem Fall vom Krisendienst erwartet wird.

Das Wissen in den komplementären Einrichtungen ist ebenfalls sehr unterschiedlich. Manche kennen den Krisendienst kaum, andere sehr gut. Das Wissen beruht mal auf langjährige Arbeitserfahrung mit dem (Vorgänger-) Krisendienst, mal auf anderen Aktivitäten des Krisendienstträgers (z.B. Gremienmitarbeit) und auf Vorstellungen in den einzelnen Einrichtungen oder sonstige Öffentlichkeitsarbeit.

Ferner existiert ein besonderes Wissen von Einrichtungsbewohnern, wann wer im Krisendienst tätig ist und was sie von wem dort bekommen können. Wenn Mitarbeiter der eigenen Einrichtung als Honorarmitarbeiter im BKD arbeiten, können diese so z.B. auch Absprachen und Absicherungen von Klienten über die übliche Dienstzeit hinaus treffen.

Von Seiten der BKD-Mitarbeiter wurden einige Erwartungen an die Wohnprojekte formuliert, so die Forderung, früh genug gerufen zu werden, und nicht erst dann, „wenn schon alles zu spät ist“. Während bei frühzeitiger Information eine Deeskalation häufig noch leicht möglich sei, dienten im anderen Fall die Krisendienstmitarbeiter eher als Vollzugshilfe von Klinikeinweisungen. Hier wird der (sekundär- bzw. tertiär-) präventive Ansatz der BKD-Mitarbeiter deutlich.

Zusammenfassend lassen sich die Funktionen des BKD auch als ein Beitrag der Professionalisierung der Träger verstehen, deren oft anstrengende und arbeitsintensive Tätigkeit z.B. in Form einer Dauerbereitschaft, in geordnetere Bahnen gelenkt werden kann. Überspitzt gesagt wird der Krisendienstmitarbeiter gelegentlich quasi zu einem Ersatz-Mitarbeiter für den Einrichtungsträger, es findet eine Art Team-Erweiterung statt. Als eine Folge der Einführung eines berlinweiten Krisendienstes wurde daher in einigen Einrichtungen die intern vorhandene Nachtrufbereitschaft abgeschafft. Außerdem bringt der BKD Fachwissen in die sonst mitunter nicht optimal ausgebildet besetzen Nachtdienste.

Des weiteren wird das bisher teilweise herrschende Vorgehen des *Ganz-oder-gar-nicht* aufgehoben: entweder wird ein Klient im Wohnprojekt versorgt oder (z.B. im Fall einer Krise) in der Klinik. Die Übergänge können jetzt fließender und fachlich verantwortlicher gestaltet werden. Es wird nun auch eine professionelle Einweisungsbegleitung vorgehalten.

Kritisch würde die Beziehung zwischen BKD und den unterschiedlichen Einrichtungsträgern dann, wenn der BKD längerfristig institutionelle Versorgungslücken kompensieren soll wie fehlende bzw. hilflose Nachtwachen oder überlastete Teams oder wenn er kritische Klienten in für sie nicht adäquaten institutionelle Bedingungen dauerhaft stützen sollte.

4.2.3.7 Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung

Die meisten der vorgenannten Ergebnisse gelten auch bei Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Hier kann allerdings auf weitere Studien zurückgegriffen werden, die helfen, ein noch differenzierteres Licht auf solche Wohneinrichtungen als potentielle Kooperationspartner des BKD zu werfen.

In der Fragebogenaktion zu Kooperation und Vernetzung wurden in der psychosozialen Versorgung tätige Fachleute aus der Region über die Arbeit des BKD befragt, darunter auch 17 aus Einrichtungen mit heilpädagogischer Ausrichtung. Einige Erwartungen hinsichtlich der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung erweisen sich dabei als interessant. Eine klare Leistungserwartung seitens der Einrichtungen aus diesem Bereich an einen Krisendienst ist, dass er *Hausbesuche* tätigt bzw. *Interventionen vor Ort* vornimmt. Einen weiteren Schwerpunkt legen diese Einrichtungen darauf, dass ein Krisendienst *ständig erreichbar* sein soll. Der dritte Erwartungsschwerpunkt liegt dann auf der Leistung *Einweisung* veranlassen. Hier ist die Erwartungshaltung besonders in Beziehung zur Erwartung an die eigene Einrichtung besonders hoch. Eine engmaschige Betreuung hingegen wird von den Einrichtungen als ihr eigenes Aufgabenfeld, explizit aber nicht als eines des Krisendienstes gesehen.

Direkt hieran anschließen lassen sich einige Einschätzungen zur Kooperation mit dem BKD, die im Rahmen einer allgemeinen Untersuchung zum „Umgang mit Krisen in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung“⁵³ per Interview von Mitarbeitern unterschiedlicher Einrichtungen in Berlin erhoben und analysiert wurden.

Die Tatsache, ob und in welchem Maße eine Einrichtung auf den BKD zurückgreift, hängt nach dieser Untersuchung zunächst einmal davon ab, ob ein Kontakt seitens der Leitung gefördert oder eher behindert wird. Erst in zweiter Linie sind Erfahrungen ausschlaggebend, die mit dem BKD gemacht wurden. Nach mehreren negativen Erfahrungen wird der Kontakt dann tendenziell eingefroren.

In diesem Zusammenhang interessant ist die Frage der *Schwelle*, die überschritten werden muss, bevor der BKD gerufen wird. Selbst in Einrichtungen, in denen die Inanspruchnahme von *fremden* Diensten nicht vorgesehen ist, wurde der BKD an dem Punkt von Mitarbeitern gerufen, an dem sie die Situation als eigene Krise erlebten. Dies findet häufig zu einem Zeitpunkt am späten Abend oder in der Nacht statt, an dem die handlungsdefinierenden Leitungspersonen im allgemeinen nicht mehr zur Verfügung stehen – weder zur Unterstützung der Mitarbeiter noch zur Durchsetzung der evtl. von ihnen postulierten Kooperationsbeschränkungen.

Folgende Erwartungen verbinden die Mitarbeiter mit einer Einbeziehung des BKD in ihre Arbeit:

- Erreichbarkeit, wenn sonst keiner mehr zu erreichen ist
- psychiatrisches Fachwissen, besonders Wissen und Befugnis des Hintergrundarztes in Zusammenhang mit Klinikeinweisungen
- Außenstellung des BKD, der nicht zur eigenen Institution gehört

⁵³ Vgl. KIRCHNER (2002)

Diese Erwartungen aus den Interviews entsprechen denen in der o.g. Fragebogenaktion, auch hier geht es um Erreichbarkeit sowie um Wissen und Befugnis zur Einweisung. Beides zusammen impliziert auch hier die Erwartung an einen Krisendienst zu mobilen Einsätzen.

Vor diesen Erwartungen werden folgende Arten von Nutzung des BKD assoziiert:

- mit ihm kann man die eigene Distanz zur Situation wiederherstellen
- er hilft dabei, eine Perspektive zu entwickeln
- er stellt eine Entscheidungshilfe dar
- er dient zur Beruhigung hinsichtlich der Mitarbeitersorge vor potentiell problematischen Situationen
- bei längerer Zusammenarbeit berät er bei der Suche längerfristiger Lösungen
- er bietet die Chance zu einer Art Supervision
- er übernimmt vermittelnde Funktionen zwischen Mitarbeitern und Bewohnern
- er hilft, die Leitung unter Druck zu setzen in Richtung Veränderung unhaltbarer Zustände
- an ihn kann Verantwortung – besonders im Zusammenhang mit Klinikeinweisungen – delegiert werden

Sicher bedeutsam ist auch ein langfristiger Effekt, den der BKD aus Sicht der Mitarbeiter erzeugt. Mit ihm wird das Phänomen *Krise*, für manche Einrichtung erstmalig, thematisierbar und thematisiert. Ist etwas erst einmal als Krise benannt, kann man auch ganz anders damit umgehen, geraten festgefahrene institutionelle Situationen in Bewegung, wird Leitung zu Handlungskonsequenzen bewegt usw. Und ist Krisenarbeit selbst einmal als Bedarf erkannt, so wird sie sogar bei den Einrichtungen zum Thema, die den Krisendienst entweder aufgrund konzeptioneller Bedenken oder auch schlechter Erfahrungen entweder nicht mehr oder noch nie genutzt haben. So berichten Mitarbeiter von der Entwicklung einer einrichtungsinternen Krisenkonzeption, nachdem man mit dem BKD verschiedene negative Erfahrungen gesammelt hatte.

Negative Erfahrungen mit dem Krisendienst sollten nicht verwundern. Die aufgeführten Erwartungen und Nutzungsideen bergen eine Fülle möglicher Probleme und Enttäuschungen in sich. Es sind häufig von den Mitarbeitern der Einrichtungen erwünschte Klinikeinweisungen, die vom BKD nicht umgesetzt werden. Ebenfalls wird in beiden Studien das Problem der oft mangelnden Schnelligkeit des BKD angesprochen, das gerade in einer als krisenhaft erlebten Situation besonders deutlich wahrgenommen wird.

Der Mitarbeiter in Not erwartet vom herbeigerufenen BKD Hilfe, und zwar häufig für sich in Form einer parteiischen Unterstützung. Wird dann vom BKD eine Situation anders eingeschätzt und ein anderes, als das erwünschte Vorgehen vorgeschlagen, fühlt sich der Mitarbeiter ggf. im Stich gelassen.

Die situativ häufig rasch wechselnden Bedingungen in krisenhaften Zuständen bringen auch mit sich, dass die vom BKD bei einem Einsatz vorgefundene Situation nicht unbedingt mehr die Züge aufweist, die den Mitarbeiter der Einrichtung zum Hilferuf veranlasst hatten. Ist die Krise aus Sicht des BKD nicht mehr oder noch nicht so zugespitzt wie der Mitarbeiter es einschätzt, kann es zu einem Kompetenzproblem über die unterschiedlichen Situationsdefinitionen vor Ort kommen.

Es ist aus den Daten eindeutig das Dilemma herauszukristallisieren, dass der BKD einerseits als *Instanz* der Klärung und Handlung (z.B. Einweisung) angesehen wird, andererseits die von der eigenen Einschätzung unterschiedliche Interpretation der BKD-Mitarbeiter zu Konflikten führen kann.

Die Erfahrungen der Einrichtung vor dem Hintergrund von Erwartungen und antizipierbaren Problemen sind entsprechend vielfältig. Bei einigen Einrichtungen wurde der Kontakt mit Informationstreffen und Absprachen weit vor einer aktuellen Krise sorgfältig angebahnt. Andere sind erst mitten in einer Krisenphase erstmals an den BKD herantreten. Manche Einrichtungen haben sporadische Kontakte mit wechselnden Zufriedenheiten. Andere haben nach einigen negativen Erfahrungen den Kontakt mit dem BKD eingefroren. Wieder andere kontaktieren den BKD recht häufig.

Bezüglich einer Nachbetreuung werden die Erfahrungen sehr heterogen geschildert. So wurden Auswertungsgespräche nach einem Kriseneinsatz versprochen, aber nicht realisiert. In einem anderen Fall wurde der BKD im Rahmen eines längerfristigen Prozesses in die Entwicklung eines institutionseigenen Krisenkonzeptes einbezogen. Die Mitarbeiter in den Interviews vermuten hier regional und personell bedingte Unterschiede.

Keine der häufig nutzenden Einrichtungen ist von Enttäuschungen verschont geblieben, was angesichts der hohen Erwartungen und der unterschiedlichen Interessenslagen nahe liegt. Längerfristige Beziehungen ermöglichen es allerdings, dass die Arbeitsbasis zunehmend wirklichkeitsangemessener und damit auch tragfähiger wird.

4.2.4 Vernetzung durch das Honorarmitarbeitermodell

4.2.4.1 Vorbedingungen

Ein wichtiges Merkmal des BKD ist das Konzept der Vernetzung innerhalb der Versorgungsregion durch *vernetzte Mitarbeiter*. Dazu heißt es im Konzept:

„Als Ergebnis umfassender Diskussionen hat sich innerhalb der Arbeitsgemeinschaft Berliner Krisendienste die Untergruppe „Landeskrisenkonzeption“ darauf geeinigt, ein Kernteam-Vernetzungs-Modell als Prototyp der Krisenversorgung Berlins vorzustellen. Dies bedeutet, daß es je Versorgungsregion ein aus fest angestellten Mitarbeitern bestehendes Kernteam gibt, ergänzt durch einen Pool von Honorarkräften, die ihren Arbeitsplatz in anderen psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen dieser Versorgungsregion haben. Mit diesem Modell läßt sich die unterschiedliche Klientel unter Einhaltung der qualitativen Standards an die Krisenarbeit (vgl. Qualitätsstandards für ambulante regionale Krisendienste und den DGS - Leitfaden...) am besten versorgen.“

Die Ziele, die durch dieses Modell eingelöst werden sollen, werden ebenfalls im Konzept dargelegt. Dort heißt es weiter:

„Durch die Kombination von Festangestellten und Honorarkräften werden folgende Qualitätsmerkmale gewährleistet:

ein ständiger Informationsfluss zwischen den Honorarkräften und den Festangestellten. So können beispielsweise Veränderungen und Informationen aus Heimateinrichtungen der Honorarkräfte kurzfristig über das Team weitergeleitet werden. Klienten, die mehrmals anrufen, werden schnell erkannt und können bei Bedarf einem festen Mitarbeiter zugewiesen werden, so dass ein erneutes "beim Punkt 0- Anfangen" verhindert wird. Die wöchentlichen Team- Besprechungen stellen für diesen Informationsfluss ein effizientes Instrumentarium dar
die Kontinuität in Bezug auf das Gemeindewissen als auch das überregionale Wissen aller Mitarbeiter das gegenseitige Kennenlernen der Arbeitsfelder, der institutionelle Austausch auf der persönlichen Ebene, die Einarbeitung von Kollegen, die Entwicklung einer gemeinsamen Arbeitshaltung und einer "Corporate-Identity", die Möglichkeit, Folgegespräche vorhalten zu können. Im Regelfall sollten Folgegespräche durch die jeweils zuständigen Einrichtungen der Region erfolgen. Wo dies nicht möglich ist, wird diese Leistung von Festangestellten sichergestellt.“

Weiter wurden relativ anspruchsvolle Auswahlkriterien für die vernetzten Mitarbeiter entwickelt:

„Folgende Zugangsvoraussetzungen müssen von den Honorarkräften erfüllt sein:

Grundberuf im psychiatrisch/ psychosozialen Bereich

Tätigkeit im psychiatrisch/ psychosozialen Bereich, insbesondere Erfahrung in der Arbeit mit Menschen in Krisensituationen, mit psychisch Belasteten und psychisch Kranken

Fundierte psychopathologische Kenntnisse (Diagnostik, Psychodynamik)

Kenntnis der psychiatrisch/ psychosozialen Versorgungsstruktur im ambulanten und stationären Bereich der Versorgungsregion

Bereitschaft zur regelmäßigen Teilnahme an Supervision, Projektbesprechungen und Fortbildungen, Bereitschaft, wenigstens ein bis zwei Dienste pro Monat zu leisten. Über die formalen Kriterien hinaus sollte ein Krisendienstmitarbeiter noch über spezifische „personale Kompetenzen“ verfügen. Dazu gehören einerseits Flexibilität, Entscheidungsfreude, Risiko- und Verantwortungsbewusstsein; andererseits sind, in Anlehnung an Nouvertné, (K. Nouvertné, Die Helfer, S. 80ff; in Wienberg, a.a.O.) auch noch andere Eigenschaften wünschenswert: die Fähigkeit zur Authentizität und zur Konfrontation, die Fähigkeit zu menschlicher Anteilnahme und eigene Krisenkompetenzen. Unter letzteren ist die Erfahrung des Helfers

mit eigenen bewältigten Krisen zu verstehen. Dies wird als eine Grundvoraussetzung angesehen, um bei Krisen anderer Menschen adäquat reagieren und helfen zu können.“ (aus: Konzeption einer ambulanten Krisenversorgung für Berlin, 1999)

Diese Festlegungen zeigen, dass das Konzept der vernetzten Mitarbeiter ein sehr anspruchsvolles ist. Die Forschungsgruppe konnte nur begrenzt überprüfen, inwieweit diese differenzierten Vorgaben in der vorgeschlagenen Form realisiert werden konnte. Es gibt allerdings einige Daten, die es erlauben eine grobe Einschätzung der Ergebnisse abzugeben.

4.2.4.2 Vernetzung der Einrichtungen der vernetzten Mitarbeiter

In der bereits vorgestellten Fragebogenuntersuchung zur Vernetzung und Kooperation wurden alle Einrichtungen befragt, aus denen Honorarkräfte des BKD stammen. Da andererseits als zweite Stichprobe die Einrichtungen in der Region Mitte befragt wurden, ist es möglich, diejenigen Einrichtungen, die keine Honorarmitarbeiter in den BKD entsenden mit denjenigen zu vergleichen, die Honorarmitarbeiter stellen. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit die Entsendung von Honorarmitarbeitern einen Einfluss auf den Grad der Informiertheit über den BKD, auf Kooperation und Vernetzung sowie auf die Bewertung des BKD hat. Dabei ist es methodisch wichtig einzubeziehen, dass nicht die vernetzten Mitarbeiter selbst befragt wurden, sondern deren Einrichtungen angeschrieben und gebeten wurden, den Fragebogen zu beantworten.

Im Folgenden sollen die einzelnen Ergebnisse aus diesem Vergleich vorgestellt werden. Dabei werden als Erstes die Befunde vorgestellt, in denen sich die Aussagen der Einrichtungen mit vernetzten Mitarbeitern von der Gesamtstichprobe signifikant unterscheiden.

Es zeigt sich, dass **vernetzte Einrichtungen**

- besser über den BKD informiert sind und häufiger angeben, den BKD zu empfehlen oder an ihn zu vermitteln, wenn die Einrichtung nicht vollständig Kriseninterventionsaufgaben für Ihre Klientel selbst übernimmt,
- häufiger angeben, in den letzten zwölf Monaten Klienten empfohlen zu haben, den Berliner Krisendienst in Anspruch zu nehmen,
- häufiger wissen, dass ihre Einrichtung in den letzten zwölf Monaten den Klienten des BKD empfohlen wurde.

Keine Unterschiede wurden dagegen bei folgenden Punkten gefunden. Es zeigt sich, dass vernetzte Einrichtungen

- in gleichem Ausmaß wie die Gesamtstichprobe in den letzten zwölf Monaten bezüglich bestimmter Klienten eng mit dem Berliner Krisendienst zusammengearbeitet haben,
- das Angebot des BKD in Bezug auf Screeningfunktion, ärztliche Hintergrundbereitschaft, Unterstützung bei Klinikeinweisungen, aufsuchender Dienst, fachliche Beratung in Krisenfragen, Vermittlungen von Klienten, gemeinsame Betreuung von Klienten, Überbrückung bei Kapazitätsengpässen und bei Krisenfortbildung in ähnlicher Weise nutzen wie die Gesamtstichprobe,
- die Leistung des BKD ebenfalls in ähnlicher Weise bewerten wie die Gesamtstichprobe.

Es kann also zunächst festgehalten werden, dass sich die Zielsetzungen aus dem Konzept hinsichtlich der Arbeit mit Klienten teilweise in den Aussagen der Einrichtungen, aus denen vernetzte Mitarbeiter stammen, wiederfinden lassen. Die Einrichtungen sind besser über den BKD informiert und verweisen auch auf gegenseitige Empfehlung von Klienten, d.h. es besteht eine höhere Aufmerksamkeit in der Wahrnehmung von Klientenvernetzungen zum BKD. Hinsichtlich der Enge der Kooperation, der Nutzung des speziellen Angebotes und der Bewertung der Leistung des BKD unterscheiden sie sich jedoch nicht von den anderen befragten Einrichtungen.

Die Interpretation dieser Daten muss vielschichtig sein: einerseits zeigt sich ein Effekt durch die vernetzten Mitarbeiter, andererseits sicher auch ein Effekt der aktiven Bekanntmachung der Aufgaben und Kompetenzen des BKD in psychosozialen Einrichtungen. Naturgemäß unterscheidet sich die Wirkung eines vernetzten Mitarbeiters in seiner Einrichtung nach dem Typ der Einrichtung (so wird der Effekt eines solchen Mitarbeiters in einer Klinik weniger Effekt haben als in einer Beratungsstelle).

4.2.4.3 Die Sicht der vernetzten Mitarbeiter

Diese Ergebnisse, die zunächst nur teilweise dafür sprechen, dass durch das Modell der vernetzten Mitarbeiter entscheidende Fortschritte in der regionalen Kooperation gemacht werden können, sollen nun durch Befunde aus den Befragungen dieser Mitarbeitergruppe ergänzt und vertieft werden. Gerade die vernetzten Mitarbeiter stellen das *lebendige Bindeglied* zwischen den Standorten des BKD und den übrigen regionalen Einrichtungen dar. Um auch aus dieser Perspektive etwas über dieses Vernetzungskonzept zu erfahren, wurden 16 vernetzte Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen und unterschiedlichen Regionen intensiv u.a. über ihre Erfahrungen mit der Zusammenarbeit befragt. Um die Potenz eines solchen Konzepts zu untersuchen, ist es wichtig, Informationen von den unmittelbar Beteiligten über die Chancen und Probleme eines solchen Konzepts zu erhalten. Die Interviews wurden im Rahmen von vier Diplomarbeiten geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die Ergebnisse lassen sich eindeutig dahingehend deuten, dass über die vernetzten Mitarbeiter tatsächlich eine Intensivierung der regionalen Kooperation erreicht werden kann. Dies beginnt schon bei der Frage, welche Mitarbeiter der regionalen Einrichtungen sich für die Arbeit beim Krisendienst interessieren. Hier haben sich zwei unterschiedliche Beweggründe gezeigt: Zum einen der Wunsch nach *persönlichem Kontakt und Austausch* und zum anderen der Wunsch nach *Ergänzung*.

Über den Aufbau von persönlichen Kontakten vor allem während der gemeinsamen Dienste stellen die Honorarmitarbeiter Verbindungen zwischen den Einrichtungen ihrer hauptberuflichen Tätigkeit her. Sie verschaffen sich einerseits die notwendigen Informationen, um die Arbeitsschwerpunkte anderer Träger und Projekte der Region kennen zu lernen und können dann in ihrer täglichen Arbeit auf dieses Wissen zurückgreifen und es für die Zusammenarbeit nutzen. Die Aspekte der Konkurrenz treten in den Hintergrund und es wird von einem *anderen Verständnis* füreinander ausgegangen, was Einfluss auf die Kommunikation hat (z.B.

Fragen können anders gestellt werden und man bekommt Informationen, die man sonst nicht bekommen würde).

Das hat wiederum Einfluss auf die Qualität ihrer Arbeit, indem z.B. Klienten schnell und unkompliziert vermittelt werden können. Die Vermittlung hat dann oftmals den Vorteil, dass sie nicht an eine anonyme Person erfolgt, sondern im günstigsten Fall an einen Kollegen, der aus dem Krisendienst bekannt ist und an den der Klient namentlich vermitteln werden kann. Die Vermittlung findet dadurch „auf ner anderen Ebene“ statt. Für den vernetzten Mitarbeiter selbst ist das dann ein Angebot, das er „mit ruhigem Gewissen auch empfehlen kann“. Erleichtert wird die Vermittlung durch die Vertrautheit, die aus den Diensten gegeben ist und wodurch sich z.B. am Telefon leichter „ein Draht“ zueinander ergibt, bzw. „der Andere schneller weiß, was man will“ oder sucht“. (Zitate aus: Interview 4, König)

Auch der Wunsch nach *Ergänzung* wird differenziert dargestellt. Die Arbeit im Krisendienst stellt für einige Honorarkräfte eine Ergänzung im Sinne einer Abwechslung dar, die aus der Andersartigkeit dieser Arbeit – im Unterschied zur Arbeit in der Herkunftseinrichtung – verständlich wird. Neben der Andersartigkeit spielen auch die Vielschichtigkeit und finanzielle Gründe eine Rolle. Den Wunsch nach Ergänzung beziehen einige Honorarkräfte aber auch auf die Beziehung zwischen ihrer Herkunftseinrichtung und dem BKD.

Ein weiterer Faktor, der die Bereitschaft zum Austausch und zur Zusammenarbeit fördert, ist ein gemeinsames ideelles Milieu⁵⁴. Dabei ist zu beachten, dass ein gemeinsames ideelles Milieu nicht nur die Voraussetzung dafür ist, dass Austauschprozesse in Gang kommen, sondern dass auch umgekehrt der Austausch der Mitarbeiter erst den Aufbau eines solchen Milieus fördert oder ermöglicht. Orte, an denen der gewünschte Austausch stattfindet, sind für die vernetzten Mitarbeiter neben ihren Diensten im BKD die zwei obligatorischen Veranstaltungen *Supervision* und *Plenum*.

In dieser Beschreibung wird deutlich, welche Möglichkeiten für Vernetzung und damit auch für synergetische Effekte in dem Modell der vernetzten Mitarbeiter enthalten sind. Bei unseren Recherchen sind wir aber auch auf eine Reihe von Schwierigkeiten gestoßen, die möglicherweise dazu beitragen, dass die hier beschriebenen Effekte sich nicht oder noch nicht so klar bei einer breiteren Befragung wie der oben aufgezeigten nachweisen lassen.

Die Probleme liegen auf unterschiedlichen Ebenen, von denen hier nur einige aufgezeigt werden können.

Auswahl und Qualifikation der vernetzten Mitarbeiter

Die im Konzept des BKD festgeschriebenen hohen professionellen und personalen Kompetenzen, die vernetzte Mitarbeiter aufweisen sollen, wurden am Anfang des Kapitels zitiert. Es hat sich herausgestellt, dass diese Kriterien aus sicherlich sehr unterschiedlichen Gründen verschiedentlich nicht eingehalten werden konnten. Außerdem gibt es kaum Möglichkeiten, die oben geforderten persönlichen

⁵⁴ Als ideelles Milieu werden die fachlichen Konzepte und Vorstellungen verstanden, die in einem Diskurs zwischen den beteiligten Professionellen auf der Grundlage wissenschaftlicher Theorien und ihrer eigenen Praxis entwickelt werden und eine gemeinsame Basis für die fachliche Verständigung darstellen. (BERGOLD & FILSINGER 1993, LEFERINK & BERGOLD 1996)

Qualifikationen der Bewerber operationalisiert zu prüfen. Gerade für die Arbeit im Krisendienst wären aber klar definierte Qualifikationsanforderungen zu stellen.

Selbstverständlich ist es schwierig, die Qualifikation eines Bewerbers über formelle Kriterien hinaus zu überprüfen. In dieser Situation hat eine der Regionen ein hinsichtlich Vernetzung vielversprechendes Modell entwickelt, das im Augenblick allerdings noch außerhalb des BKD organisiert wird. Fortbildungsangebote an die Mitarbeiter regionaler Einrichtungen geben die Chance, dass sich interessierte Mitarbeiter dort zunächst unverbindlich fortbilden können, dass aber gleichzeitig ein gegenseitiges Kennenlernen stattfindet. Auf diese Weise kann eine Passung zwischen den Interessen der regionalen Mitarbeiter und den Bedürfnissen des Krisendienstes hergestellt bzw. überprüft werden. Auf diese Weise kann eher gewährleistet werden, dass der vernetzte Mitarbeiter ausreichend für die Arbeit qualifiziert ist. Als ein Ergebnis der Begleitforschung lässt sich ableiten, dass es wünschenswert wäre, dieses oder ein ähnliches Modell für den gesamten BKD zu übernehmen.

Zeitbudget

Nach dem Konzept sollen pro Standort 30-40 Honorarmitarbeiter eingesetzt werden. Diese große Zahl scheint zunächst auf dem Hintergrund angemessen, dass auf diese Weise mit möglichst vielen regionalen Einrichtungen eine Vernetzung hergestellt werden kann und dass die Belastung des einzelnen Mitarbeiters nicht so groß ist.

Aufgrund unserer Informationen ist allerdings zu fragen, ob das angestrebte Konzept unter dieser Bedingung ausreichend verwirklicht werden kann. Bei ein bis zwei Diensten pro Mitarbeiter und Monat sind die Chancen nicht besonders groß, dass sich die Honorarmitarbeiter untereinander kennen lernen können, wie das in den oben dargestellten Aussagen der Mitarbeiter deutlich wurde. Die Vernetzung und die Bildung eines ideellen Milieus hängen davon ab, wie die Dienste organisiert werden können, ob sich Festmitarbeiter und Honorarmitarbeiter während der Dienste treffen können (Treffen sind z.B. seltener, wenn eine Region zwei Standorte hat oder wenn es viele Honorarkräfte gibt). Es wurde darüber geklagt, dass zumindest teilweise ein Zweiklassensystem von Mitarbeitern entstanden sei. Die Festmitarbeiter übernehmen, weil sie häufig anwesend seien, die Folgegespräche und damit den intensiveren Kontakt mit den Nutzern. Die Honorarmitarbeiter seien dann nur bei Telefon- und Erstgesprächen tätig, sie wären sich teilweise vorgekommen, wie Sekretärinnen. Möglicherweise muss daran gedacht werden, mit weniger Honorarkräften zusammenzuarbeiten, die dafür mehr Dienste übernehmen, damit der Kontakt auch wirklich gesichert ist und damit eine gewisse Kontinuität in der Arbeit hergestellt werden kann. Versuche in diese Richtung wurden bereits von zwei Regionen mit zum Teil gutem Erfolg unternommen. Andere Regionen haben ebenfalls Interesse dafür gezeigt. Für die Begleitforschung stellt dies auch ein Beispiel für die Chancen einer gewissen regionalen Unabhängigkeit dar, bei der Konzepte regional ausprobiert werden können, ohne dass es zunächst zu aufwendigen Veränderungen im Gesamtsystem kommen muss.

Außerdem wird die mit Recht geforderte „Bereitschaft zur regelmäßigen Teilnahme an Supervision, Projektbesprechungen und Fortbildungen“ dann problematisch, wenn dafür nicht noch zusätzliche Honorarmittel bezahlt werden können. In

einer Anfangsphase ist ein solches Engagement eventuell noch zu erwarten, aber auf Dauer wird über die Honorare für die Dienstzeiten hinaus noch Bezahlung für diese zusätzliche Zeit notwendig sein. Die Konflikte z.B. im Bereich der Supervision (siehe Kapitel 3.4.3) verweisen deutlich auf die Schwierigkeiten.

Insgesamt ist festzustellen, dass das Modell der vernetzten Mitarbeiter ein interessantes Modell darstellt, das nachweisbar auch die Chance der Förderung der Vernetzung und damit von synergetischen Effekten beinhaltet. Es ist allerdings auch mit einer Reihe von Konflikten und Schwierigkeiten verbunden, die teilweise noch nicht gelöst sind. Die Ergebnisse zeigen, dass die große Anzahl an Honorarkräften dazu geführt hat, dass der einzelne vernetzte Mitarbeiter relativ wenig Dienste leisten kann. Dies ist sowohl für die interinstitutionelle Kommunikation wie für die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung – auch im Sinne einer corporate identity – nicht förderlich. Einige Vorschläge aus der Sicht der Forschungsgruppe wurden oben vorgelegt. Eine Vorstellung soll aber zum Abschluss noch gesondert angesprochen werden.

In der Vergangenheit war in zwei Krisendiensten (Krisenambulanz Wedding und Krisendienst Charlottenburg) der Versuch unternommen worden, Mitarbeiter aus regionalen Einrichtungen im Rahmen eines vergüteten Dienstes an anderem Ort oder eines Gestellungsvertrages für die Mitarbeit am Krisendienst zu gewinnen. Ein solches Modell hätte den großen Vorteil, dass diese Mitarbeiter nicht als quasi Selbstständige tätig wären, sondern dass es zu einer echten Verbindung zwischen den Einrichtungen käme und Folgegespräche mit den gleichen Klienten und andere Kooperationsformen leichter möglich wären. Bei der Umsetzung haben sich allerdings eine Reihe von Hindernissen ergeben, die aber noch einmal überprüft werden sollten (s. auch Kapitel 6).

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

ABBILDUNG 1: SCREENSHOT DER BAdO, ÜBERSICHT ÜBER DIE KARTEIKARTEN	19
ABBILDUNG 2: SCREENSHOT DER BAdO: ZUSTANDSBILDER TEIL II	20
ABBILDUNG 3: HEURISTISCHES MODELL ZUR UNTERSUCHUNG VON KOOPERATION UND VERNETZUNG	25
ABBILDUNG 4: ALLGEMEINE ZIELSETZUNG DES BKD (KONZEPTANALYSE)	28
ABBILDUNG 5: ZIELSETZUNG: NUTZER ERREICHEN	29
ABBILDUNG 6 INTERVENTIONSKONZEPT DES BKD	30
ABBILDUNG 7 MITARBEITERCHARAKTERISTIKA UND -KOMPETENZEN	32
ABBILDUNG 8 ORGANISATIONS- UND VERANTWORTUNGSSTRUKTUR DES KBD	33
ABBILDUNG 9: ANALYSE DES KONZEPTS ZUR KRISENBERATUNG VON GB-KLIENTEN	34
ABBILDUNG 10: HÄUFIGKEIT DER NENNUNG VON WERBETRÄGERN IM VERLAUF DER BERICHTSJAHRE	45
ABBILDUNG 11: MITARBEITERCHARAKTERISTIKA LAUT KONZEPT	48
ABBILDUNG 12: SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DES INTERVENTIONSKONZEPTES DER MITARBEITER	50
ABBILDUNG 13: ERWARTUNGEN UND MÖGLICHKEITEN (AUS BOCK & LANGE, A.A.O.: 146)	52
ABBILDUNG 14: SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DES <i>LERNDREIECKS</i>	66
ABBILDUNG 15: RELATIVER ANTEIL DER EINZELNEN INTERVENTIONEN	92
ABBILDUNG 16 UNTERSCHIEDLICHE INTERVENTIONSMETHODEN BEI PSYCHISCHEN UND PSYCHOSOZIALEN KRISEN	100
ABBILDUNG 17: SUMME DER DAUER DER KONTAKTE	104
ABBILDUNG 18: DURCHSCHNITTliche AUSLASTUNG PRO MITARBEITER UND SCHICHT	105
ABBILDUNG 19: VERGLEICH DER VERSCHIEDENEN EINSATZARTEN DER HINTERGRUNDÄRZTE	108
ABBILDUNG 20: ZEITLICHE VERTEILUNG DER ARZTEINSÄTZE	109
ABBILDUNG 21: DURCH DIE ÄRZTE TELEFONISCH BERATENE PERSONEN	110
ABBILDUNG 22: EINSATZORTE DER ÄRZTE	111
ABBILDUNG 23: DAUER DER MOBILEN EINSÄTZE	112
ABBILDUNG 24: RELATIVE HÄUFIGKEIT VON KLINKEINWEISUNGEN UND EINWEISUNGSEMPFEHLUNGEN DURCH DEN BKD	114
ABBILDUNG 25: VERGLEICH DER BEDARFE VON VERSCHIEDENEN KLIENTENGRUPPEN	115
ABBILDUNG 26: RELATIVER ANTEIL VON KRANKENHAUSEINWEISUNGEN DURCH DEN HINTERGRUNDDIENST	116
ABBILDUNG 27: KRANKENHAUSEINWEISUNGEN GETRENNT NACH REGIONEN	117
ABBILDUNG 28: RELATIVE VERTEILUNG DER EINWEISUNGEN GETRENNT NACH DIAGNOSEGRUPPEN	118
ABBILDUNG 29: ÄRZTLICHER HINTERGRUNDDIENST: EINWEISUNGSKRANKENHÄUSER	119
ABBILDUNG 30: DIE HÄUFIGSTEN KOOPERATIONSPARTNER IM ZUSAMMENHANG MIT VERMITTLUNGEN	129
ABBILDUNG 31: EXTERNE KONTAKTE DES TAGDIENSTES NACH AUSGEWÄHLTEN EINRICHTUNGSGRUPPEN	130
ABBILDUNG 32: EXTERNE KONTAKTE DES STANDORT MITTE (SPÄTDIENST)	131
ABBILDUNG 33: ZWEI KONZEPTIONELLE FORMEN DER VERNETZUNG DES BKD	139
ABBILDUNG 34: VERGLEICH DER ERWARTUNGEN AN DEN BKD UND EIGENEM LEISTUNGSSPEKTRUM	141
ABBILDUNG 35: ERWARTUNGEN BZGL. DER ERREICHBARKEIT	142

ABBILDUNG 36: ERWARTUNG BZGL. DER DURCHFÜHRUNG VON HAUSBESUCHEN	142
ABBILDUNG 37: HÄLT DIE EIGENE EINRICHTUNG EINE ÜBERNACHTUNGSMÖGLICHKEIT FÜR MENSCHEN IN KRISENSITUATIONEN VOR?	143
ABBILDUNG 38 SOLL EIN KRISENDIENST EIN ÜBERNACHTUNGSANGEBOT FÜR MENSCHEN IN KRISEN VORHALTEN?	144
ABBILDUNG 39: EINWEISUNGEN DURCH DEN BKD	145
ABBILDUNG 40: ERWARTUNGEN AN EINEN KRISENDIENST, EIGENES LEISTUNGSPROFIL: BERATUNG IN AKUTEN KRISEN	148
ABBILDUNG 41: ERWARTUNGEN AN EINEN KRISENDIENST, EIGENES LEISTUNGSPROFIL: WEITERVERMITTLUNG	149
ABBILDUNG 42: ERWARTUNGEN BZGL. DEESKALATION	150
ABBILDUNG 43: HÄUFIGKEIT DER EMPFEHLUNGEN GETRENNT NACH EINRICHTUNGSTYPEN	152
ABBILDUNG 44: KONKRETE ZUSAMMENARBEIT MIT DEM BKD	154
ABBILDUNG 45: NACH EINER VARIABLE AUFGELISTETE EINSCHÄTZUNG DER KOOPERATION MIT DEM BKD	155
ABBILDUNG 46: RANGLISTE DER KOOPERATIONSPARTNER	157

Tabellen

TABELLE 1: AUSWERTUNGSEINHEITEN UND -ZEITRÄUME BEI DER BaDO	23
TABELLE 2: STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DES BKD IM UMGANG MIT KLIENTEN MIT BORDERLINE-PST	53
TABELLE 3: FAKTORENANALYSE ÜBER INTERVENTIONEN	93
TABELLE 4: FAKTORENANALYSE ÜBER GESPRÄCHSFÜHRUNG	94
TABELLE 5: FAKTORENANALYSE ÜBER ZUSTANDSBILDER UND INTERVENTIONEN	96
TABELLE 6: DAUER DER INTERVENTIONEN NACH ART DES KONTAKTES	103
TABELLE 7: DAUER DER INTERVENTIONEN NACH ART DER KONTAKTPERSON	103
TABELLE 8: BEISPIELRECHNUNG FÜR EINEN MONAT MIT NIEDRIGER AUSLASTUNG	106
TABELLE 9: BEISPIELRECHNUNG FÜR EINEN MONAT MIT HOHER AUSLASTUNG	106
TABELLE 10: ÜBERSICHT ÜBER DIE EXTERNEN KONTAKTE DES BKD	127
TABELLE 11: EXTERNE KOOPERATIONSPARTNER (VERMITTLUNGEN)	128
TABELLE 12: RANGFOLGE DER KONTAKTE MIT PROFESSIONELLEN, GETRENNT NACH STANDORTEN	132
TABELLE 13: GRAD DER INFORMIERTHEIT ÜBER DEN BKD	151
TABELLE 14: HÄUFIGKEIT DER EMPFEHLUNGEN DES BKD DURCH DIE BEFRAGTEN EINRICHTUNGEN	151
TABELLE 15: HÄUFIGKEIT DER EMPFEHLUNGEN DES BKD	152