Berliner Zentrum Public Health

2003-04

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITFORSCHUNG DES BERLINER KRISENDIENSTES BAND 2

Eine Kooperation zwischen
Freier Universität Berlin und
Katholischer Fachhochschule Berlin

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

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 2

Eine Kooperation zwischen Freier Universität Berlin und Katholischer Fachhochschule Berlin

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

Unter wissenschaftlicher Mitarbeit von

Dr. Thomas Floeth, Jens Gockel, Anja Herrmann
Caroline Huß, Dr. Klaus Leferink, Simone Möhrle
Heinke Möller, Agnes Mühlmeyer-Mentzel, 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

Inhalt

BAND 2

5. ERGEBNISSE ZUR ERGEBNISQUALITÄT (-DIMENSIONEN) 5
5.1 INANSPRUCHNAHME UND NUTZERBESCHREIBUNG 5
5.1.1 ALLGEMEINE INANSPRUCHNAHME 5
5.1.2 INANSPRUCHNAHME NACH REGIONEN 10
5.1.3 INANSPRUCHNAHME BEREICH MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG 17
5.1.4 ZUSAMMENFASSUNG ZUR DIMENSION INANSPRUCHNAHME 20
5.1.2 BESCHREIBUNG DER NUTZER 21
5.1.2.1 SOZIOÖKONOMISCHE CHARAKTERISIERUNG DER NUTZER DES BKD 21
5.1.2.1.1 PERSONEN NACH GESCHLECHT UND ALTER 21
5.1.2.1.2 PERSONEN NACH NATIONALITÄT 23
5.1.2.1.3 SOZIALE LAGE DER PERSONEN 25
5.1.2.1.4 ZUSAMMENFASSUNG 27
5.1.2.2 ZUSTANDSBILDER UND DIAGNOSEN 28
5.1.2.2.1 ANMERKUNGEN ZUM DATENMATERIAL 28
5.1.2.2.2 ZUSTANDSBILDER 28
5.1.2.2.3 PSYCHIATRISCHE STÖRUNGEN NACH ICD-10 29
5.1.2.3 BESCHREIBUNG DER NUTZER DURCH DEN ÄRZTLICHEN HINTERGRUNDDIENST ...31
5.1.2.3.1 AKUTE SUIZIDALITÄT 31
5.1.2.3.2 DIAGNOSEN 32
5.1.2.3.3 BEDROHUNG VON PERSONEN UND GÜTERN 36
5.1.2.3.4 ZUSAMMENFASSUNG 38
5.1.2.4 PROBLEME UND BEDARF DER NUTZER 38
5.1.2.4.1 VORBEMERKUNG UND DATENQUELLEN 38
5.1.2.4.2 PROBLEME DER NUTZER 38
5.1.2.4.3 BEDARF DER KLIENTEN 39
5.1.2.4.3.1 FAKTORENANALYSE ÜBER DEN BEDARF DER KLIENTEN 40
5.1.2.4.3.2 BEDARF DER KLIENTEN ANHAND ANALYSIERTER TEXTE DER BADO 42
5.1.2.4.4 BEDARF DER ANGEHÖRIGEN 42
5.1.2.4.5 BEDARF DER PROFESSIONELLEN 44
5.1.2.4.6 ZUSAMMENFASSUNG 45
5.1.2.5 AUSGEWÄHLTE KLIENTENGRUPPEN 46
5.1.2.5.1 VORBEMERKUNG UND DATENQUELLEN 46
5.1.2.5.2 MENSCHEN MIT CHRONISCHEN PSYCHISCHEN STÖRUNGEN 46
5.1.2.5.3 MENSCHEN IN SUIZIDALEN KRISEN 46
5.1.2.5.4 MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG 47
5.1.2.5.5 MENSCHEN MIT STÖRUNGEN AUS DEM SCHIZOPHRENEN FORMENKREIS 47
5.1.2.5.6 KONTAKTART UND INTERVENTIONEN BEI VERSCHIEDENEN KLIENTENGRUPPEN...47
5.1.2.5.7 ZUSAMMENFASSUNG 48
5.1.2.6 KLASSIFIZIERUNG DER KLIENTEN DES BKD HINSICHTLICH DURCHLEBTER KRISE, ERFOLGTER KRISENINTERVENTION UND SOZIODEMOGRAFISCHEN MERKMALEN..49
5.1.5.6.1 VORBEMERKUNG, METHODE 49
5.1.5.6.2 ERGEBNIS 49
5.1.2.7 BESCHREIBUNG DER NUTZER AUS DEM GB-BEREICH 54
5.1.2.7.1 VORBEMERKUNG, DATENQUELLEN 54
5.1.2.7.2 DAUER DER KONTAKTE 54
5.1.2.7.3 ART DES KONTAKTES 56
5.1.2.7.4 SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE DER GB-KLIENTEN 56
5.1.2.7.5 WOHNSITUATION DER GB-KLIENTEN 57

5.1.2.7.6 Probleme der gB-Klienten 58
5.1.2.7.6.1 Ergebnisse aus den Items der BaDo 58
5.1.2.7.6.2 Ergebnisse aus der Textanalyse 59
5.1.2.7.7 Diagnosen und Zustandsbilder der gB-Klienten 60
5.1.2.7.7.1 Bedarf der gB-Klienten und angewandte Interventionen (BaDo-Items) 61
5.1.2.7.7.2 Bedarf der gB-Klienten und angewandte Interventionen (Textanalysen) 62
5.1.2.7.8 Von der Krise mitbelastet... 63
5.1.2.7.9 Angehörige von Menschen mit geistiger Behinderung als Nutzer 64
5.1.2.7.10 Professionelle aus dem gB-Bereich als Nutzer 65
5.1.2.7.11 Zusammenfassung 66
5.1.2.8 Personen nach ihrer regionalen Herkunft, Gemeindenähe 67
5.1.2.8.1 Vorbemerkung und Datenquellen 67
5.1.2.8.2 Personen nach ihrer Herkunft getrennt nach Berichtsjahren 67
5.1.2.8.3 Regionale Herkunft der Nutzer nach Regionen des BKD 68
5.1.2.8.4 Zusammenfassung 69
5.1.2.9 Klientennetzwerke und Doppelbetreuung 70
5.1.2.9.1 Vorbemerkung, Datenquellen 70
5.1.2.9.2 Spezielle Klientennetzwerke 70
5.2 Behandlungserfolg 75
5.2.1 Vorbemerkung, Datenquellen 75
5.2.2 Bewertung der Leistung des BKD durch sein Nutzer 75
5.2.2.1 Vorbemerkung und Methoden(diskussion) 75
5.2.2.2 Erfahrungen der Klienten mit dem BKD I: Offene Befragung von Nutzern 77
5.2.2.3 Erfahrungen der Klienten mit dem BKD II: Fragebogen zur Einschätzung des Erlebens beim Kontakt (FEEK) 83
5.2.2.3.1 Methoden 83
5.2.2.3.2 Ergebnisse 84
5.2.2.3.3 Zusammenfassung 89
5.2.2.4 Bewertung des Erfolgs durch die Mitarbeiter 91
5.2.2.5 Vorbemerkung, Datenquelle 91
5.2.2.6 Zusammenfassende Einschätzung des Nutzens der Hilfe 91
5.2.2.7 Abschätzung der eigenen Zielerreichung (goal attainment scaling) 92
5.2.2.8 Suizidalität nach der Beratung 93
5.2.2.9 Zusammenfassung 94
5.2.3 Bewertung der Leistungen des BKD durch Fachleute aus der Region 95
5.2.3.1 Vorbemerkung und Datenquelle 95
5.2.3.2 Leistet der BKD das, was ein Krisendienst leisten sollte? 95
5.2.3.3 Bewertung differenziert nach Einrichtungen 97
5.2.3.4 Zusammenfassung 99
5.2.4 Gesundheitsökonomische Analyse: Ein Modell 100
5.2.4.1 Vorbemerkungen 100
5.2.4.2 Datengrundlage 101
5.2.4.2.1 Kosten des Berliner Krisendienstes für einen Standort 101
5.2.4.2.2 Behandlungskosten des Krankenhauses Neukölln 102
5.2.4.3 gesundheitsökonomische Betrachtung 103
5.2.4.3.1 Ermittlung der direkten Kosten, Verbrauch an Ressourcen 103
5.2.4.3.2 Ermittlung der (hypothetisch) vermiedenen Kosten 104
5.2.4.3.2.1 Für „Alternative zur Klinikeinweisung entwickelt“ 104
5.2.4.3.2.2 Für die Beratung akut suizidale Klienten 107

5.2.4.4 Ergebnis 108
5.2.4.5 Diskussion 109
6. Zusammenfassende Bewertung 112
6.1 Vorbemerkung 112
6.2 Der BKD und sein Start ins Feld 112
6.3 Der BKD und seine Organisationsstruktur 113
6.4 Der BKD und seine Mitarbeiter 116
6.5 Der BKD und seine administrative Steuerung 117
6.6 Der BKD und die Öffentlichkeit 118
6.7 Der BKD und seine Vernetzung 119
6.8 Der BKD und seine Nutzer 121
6.9 Der BKD und seine Interventionen 126
6.10 Der BKD und seine Hintergrundärzte 128
6.11 Der BKD und seine Finanzierung (gesundheitsökonomische Aspekte) 129
6.12 Der BKD und sein „Erfolg“ (Inanspruchnahme und Behandlungserfolg) 130
6.13 Der BKD und seine Spannungsfelder 133
6.13 Der BKD und „seine“ Begleitforschung 135
6.14 Die Begleitforschung und der BKD 137
6.15 Schlusswort 140
7. Weitere Mitwirkende 141
8. Literaturverzeichnis 142
8.1 Wissenschaftliche (und sonstige) Publikationen 142
8.2 Qualifikationsarbeiten, Studienarbeiten (z. T. noch unveröffentlicht) 147
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen 149
Abbildungen 149
Tabellen 150
9. Materialanhang 152
9.1 Verarbeitete Fälle aus der BaDo 152
9.2 Materialien zum Fragebogen *Krisenarbeit in Berlin* 153
9.2.1 Der Fragebogen 153
9.2.2 Methodische Vorgehensweisen Fragebogen *Krisenarbeit in Berlin* 169
9.3 Bevölkerungsbefragung 177
9.4 Nutzerfragebogen zur Beratung im Berliner Krisendienst 179
9.5 BaDo-Bogen für den ärztlichen Hintergrunddienst und Kurzfassung ICD-10 182
9.6 Kurzfassung ICD-10 zum BaDo-Bogen für Hintergrundärzte 183
9.7 Berechnungsgrundlage für die gesundheitsökonomische Analyse (Mitarbeiterstunden) 185
9.8 Weiterbildung für vernetzte Mitarbeiter und andere Einrichtungen 186

5. Ergebnisse zur Ergebnisqualität (-dimensionen)

5.1 Inanspruchnahme und Nutzerbeschreibung

5.1.1 Allgemeine Inanspruchnahme

Zur Einschätzung Dimensionen der Ergebnisqualität des BKD ist als Erstes der *Output* zu untersuchen. Es ist also die Frage zu beantworten, ob der Krisendienst von der Bevölkerung angenommen wird und ob er die in der Konzeption beschriebenen Adressaten auch erreicht. Diese Frage kann u.a. anhand von zwei Kennzahlen beantwortet werden, welche in der Basisdokumentation registriert werden:

Zum einen kann berechnet werden, wie viele **Kontakte** in der Untersuchungszeit zwischen den Nutzern und den Mitarbeitern des BKD stattfanden. Diese Zahl gibt eine erste Auskunft über die mengenmäßige Inanspruchnahme des Krisendienstes.

- Zum anderen kann die Anzahl der **Personen** berechnet werden, die mit dem Krisendienst Kontakt hatten. Diese Zahl gibt Auskunft über die Inanspruchnahme durch unterschiedliche Personen.
- Weitere bedeutungsvolle Kennzahlen sind diejenigen, welche die zeitliche Inanspruchnahme des BKD abbilden (s. Kapitel 4.1.2).

Zu jeder dieser Kennzahlen bietet die Basisdokumentation eine Vielzahl von Informationen, durch die der Teilnehmer am Kontakt oder die registrierte Person beschrieben werden kann. Als ersten Schritt werden wir untersuchen, wie sich die allgemeine Inanspruchnahme des BKD entwickelt hat.
Mit besonderem Fokus haben wir erneut die Kontakte aus dem Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung betrachtet, aus Gründen der Übersichtlichkeit haben wir diese Befunde an das Ende des Kapitels gestellt.

Entwicklung der Inanspruchnahme
Es lässt sich feststellen, dass der Krisendienst relativ schnell von der Berliner Bevölkerung angenommen worden ist. Bereits im Jahr 2000 wurden 32.561 Kontakte registriert. Im Jahr 2001 waren es dann insgesamt 43.270 Kontakte, was einer Zunahme von knapp 33% entspricht. Ob diese Kontaktzahlen in Relation zur Berliner Einwohner- und Besucherzahl als hoch oder niedrig einzuschätzen sind, lässt sich schwer sagen, da es keine plausiblen oder fundierten Schätzungen darüber gibt, wie hoch die Krisenanfälligkeit in der Bevölkerung überhaupt ist. Zunächst sprechen die beobachteten Kontaktzahlen dafür, dass sich eine zunehmende Zahl von Menschen in Krisen an den BKD wendet. Wir werden weiter unten noch auf diese Frage zurückkommen.

In der folgenden Grafik ist die Entwicklung der Inanspruchnahme in den Berichtsjahren nach Monaten dargestellt und auch hier lässt sich erkennen, dass die Inanspruchnahme bis zum April 2002 weiterhin gestiegen ist. Die jahreszeitlichen Schwankungen mit einer vergleichsweise niedrigen Inanspruchnahme in den Monaten September und Dezember und die relativen Spitzen im August und Januar zeigen sich jeweils in beiden Berichtsjahren. Eine Interpretation ist schwierig. Zumindest scheint es plausibel, dass in der Ferienzeit im August, in der viele Dienstleister des psychosozialen/psychiatrischen Bereich im Urlaub sind bzw. ein

reduziertes Angebot vorhalten, ersatzweise der Krisendienst aufgesucht wird. Dies deutet auf eine Funktion des BKD hin, auf die wir im Kapitel 4.2 bei der Diskussion um Vernetzung und Kooperation bereits verwiesen haben.

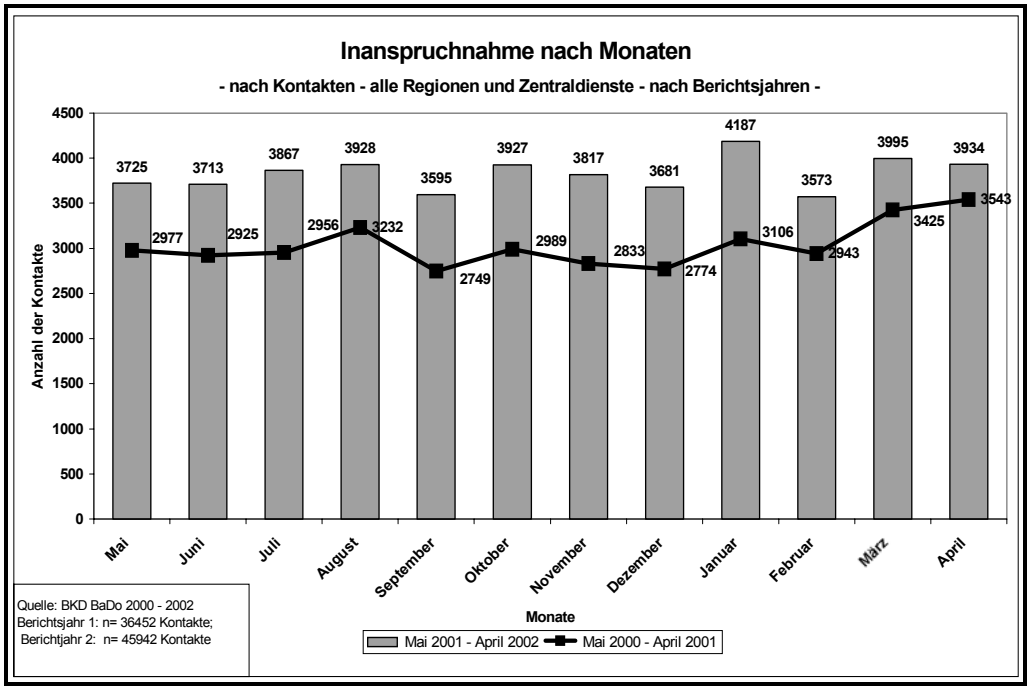

Abbildung 1: Inanspruchnahme nach Monaten

Aus der Entwicklung der beiden Jahre lässt sich noch eine Information entnehmen, die möglicherweise eine Antwortet auf die oben gestellte Frage gibt, wie die vorgefundenen Zahlen einzuschätzen sind. Betrachtet man die Differenz in der Anzahl der Kontakte zwischen den entsprechenden Monaten des ersten und zweiten Berichtsjahres, so fällt auf, dass sie in den letzen drei Monaten deutlich geringer geworden ist. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass möglicherweise mit ca. 4.000 Kontakten monatlich eine Obergrenze der Auslastung erreicht ist. Die Differenz der Anzahl der Kontakte, die in der nächsten Abbildung dargestellt ist, macht diesen Trend deutlich.

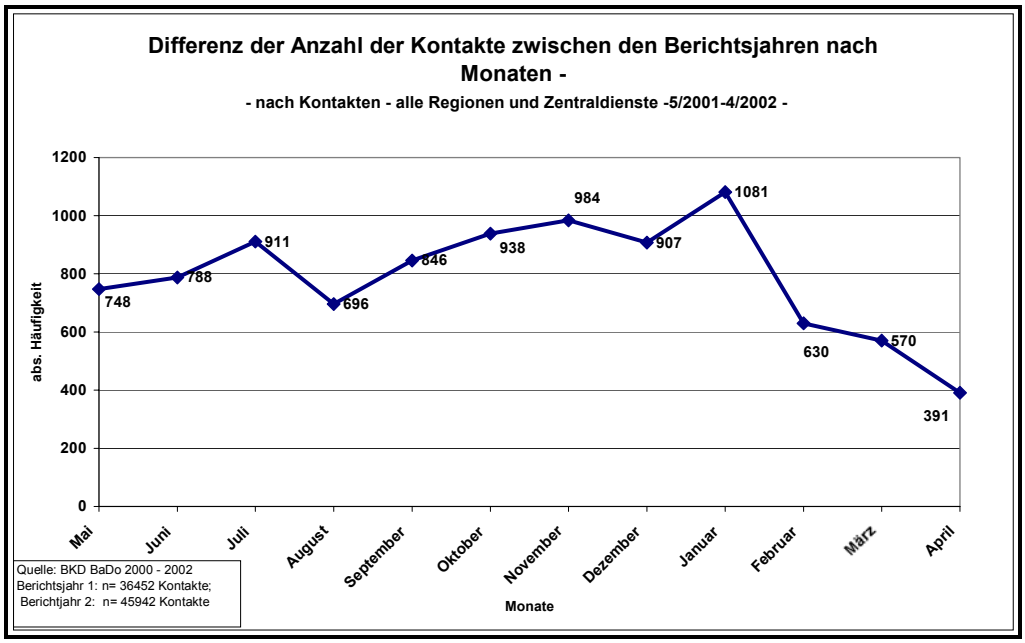

Abbildung 2: Differenz der Anzahl der Kontakte nach Berichtsjahren

Eine Interpretation ist allerdings aus den vorhandenen Informationen nicht direkt abzuleiten. Hintergrund für diesen Befund kann sein,

- dass die Kapazitätsgrenze des BKD erreicht ist,
- dass das Krisenpotential bzw. das Potential der Nutzer in Berlin ausgeschöpft ist,
- dass die Grenze der augenblicklichen Bekanntheit des BKD erreicht ist und/oder
- dass die Grenze der Verweisungsbereitschaft des psychiatrisch/ psychosozialen Systems in Berlin erreicht ist.

Für die eine oder andere Alternative gibt es gewisse Hinweise in unseren Daten, eindimensional lassen sich aber keine sicheren Aussagen machen. Wir werden im Weiteren aber jeweils auf Indizien für die eine oder andere Interpretation verweisen. Jede dieser Interpretationen hätte unterschiedliche Konsequenzen für die Weiterentwicklung des BKD.

Zur Überprüfung der Zunahme an Nutzern reichen die Kontaktzahlen nicht aus, da diese auch dann zunehmen würden, wenn der Krisendienst nur mehr Kontakte mit der gleichen Anzahl von Personen hätte. Daher gibt die Anzahl der *Personen*, die mit dem Krisendienst Kontakt hatten, Auskunft über die tatsächlich erreichten unterschiedlichen Personen.

Da, wie in Kapitel 2 bereits ausgeführt, die Berechnung der Anzahl der Personen nicht unproblematisch ist und auch vom Dokumentationsverhalten der Mitarbeiter abhängt, sind die personenbezogenen Ergebnisse und Vergleiche mit Unsicherheiten behaftet und sollten unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen interpretiert werden. Hat sich das Dokumentationsverhalten der Mitarbeiter nicht gravierend dahingehend geändert, dass zunehmend weniger nachverfolgt wird, ob

ein Klient schon einmal Kontakt zu dem aufgesuchten BKD-Standort hatte und somit eine neue Person dokumentiert wurde, lässt sich sagen, dass im zweiten Berichtsjahr deutlich mehr Personen den BKD in Anspruch genommen haben.

Der BKD wurde im ersten Berichtsjahr von 22.117 unterschiedlichen Personen und im zweiten von 29.715 Personen genutzt. Das entspricht einer Zunahme von 34%. Somit entspricht die relative Zunahme der Kontaktanzahl auch dem relativen Anstieg in der Personenanzahl. Die Annahme einer allgemeinen Zunahme der Inanspruchnahme in dem untersuchten Zeitraum ist also offenbar gerechtfertigt.

Allerdings hat sich das Verhältnis der drei unterschiedlichen Personengruppen (Klienten, Angehörige und Professionelle) verändert. Die Inanspruchnahme durch Professionelle ist signifikant weniger gestiegen als mathematisch zu erwarten, diejenige durch Angehörige hingegen hat deutlich zugenommen.[1] In der folgenden Grafik ist die relative Verteilung auf die Gruppen Klienten, Angehörige und Professionelle erkennbar.

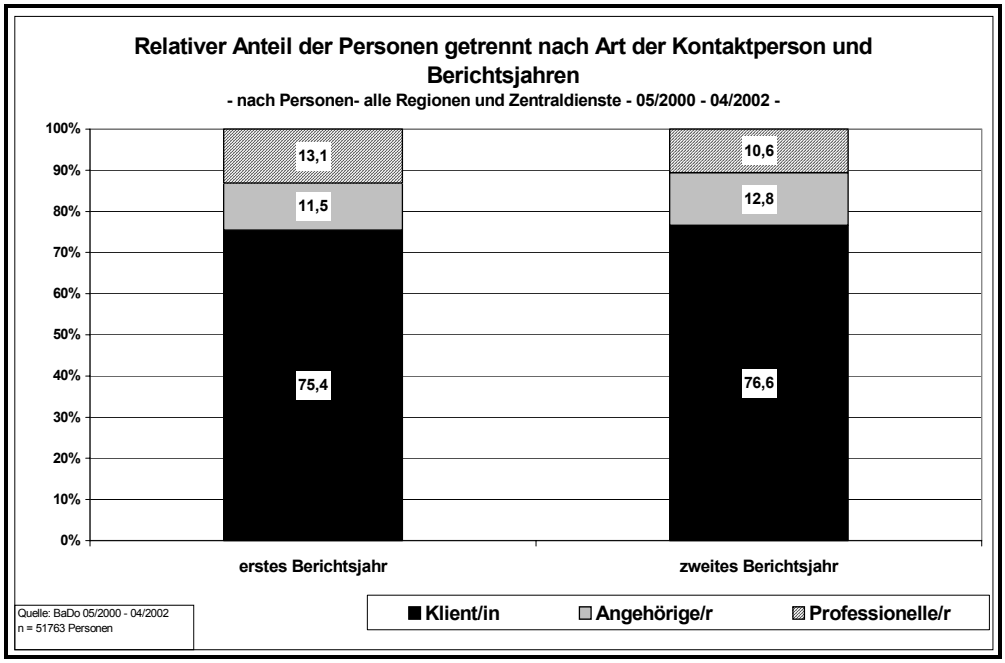

Abbildung 3: Relativer Anteil der Kontaktpersonenarten nach Berichtsjahren

Dieses Ergebnis lässt sich auch auf der *Kontaktebene* nachweisen. Untersucht man die Kontakte gesondert nach den Kontaktpersonen zeigt sich, dass auch hier die Inanspruchnahme durch Professionelle signifikant weniger gestiegen ist als zu erwarten war, die durch Angehörige hingegen deutlich zugenommen hat.[2]

[1] Die Unterschiede sind in einem Chi-QuadratTest auf dem 0,01-Niveau signifikant.
[2] Die Unterschiede sind in einem Chi-QuadratTest auf dem 0,01-Niveau signifikant.

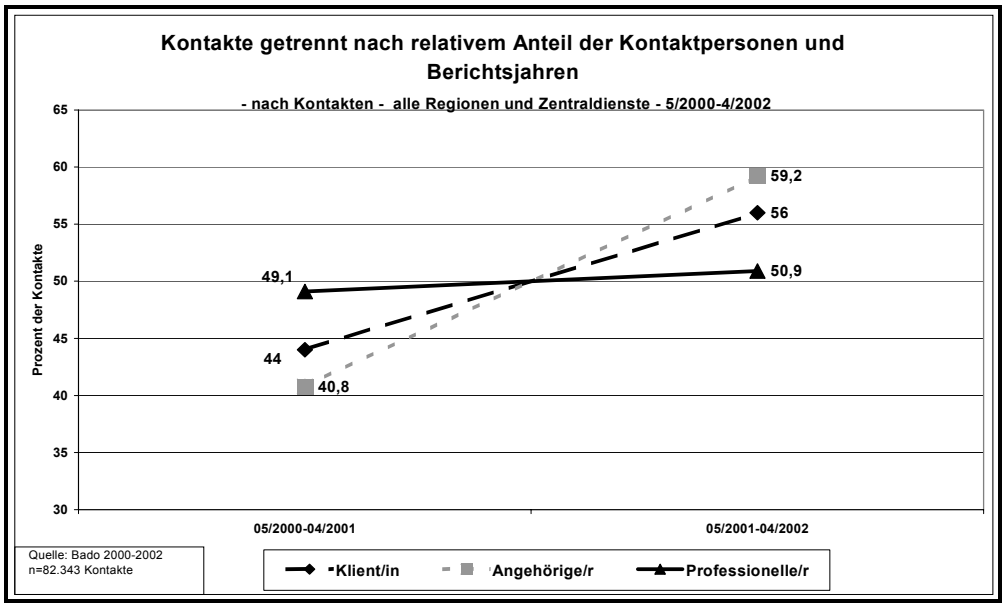

Abbildung 4: Kontakte getrennt nach relativem Anteil der Kontaktpersonen (Angaben bezogen jeweils auf die Kontaktpersonenart)

Vorsichtig lassen sich diese Befunde dahingehend interpretieren, dass die oben erwähnte Grenze auch durch die geringere Zunahme an Kontakten mit Professionellen entsteht. Dort könnte so etwas wie ein *Deckeneffekt* eingetreten sein. Die Zahl der Professionellen, die Kontakt mit dem BKD aufnehmen können, ist zwangsläufig begrenzt. Vor allem dann, wenn, wie bereits dargestellt, die Vernetzungspartner eher aus dem gemeindepsychiatrischen Bereich stammen. Die Mitarbeiter des BKD haben in hohem Maße in der Modellphase Kontakt zu anderen Dienstleistern vor allem der gemeindepsychiatrischen und psychosozialen Versorgungslandschaft aufgenommen. Es lässt sich hypothetisch annehmen, dass sich weitere Zunahmen in den Kontakten zu Professionellen dann noch ergeben könnten, wenn der BKD auch in Einrichtungen und Beratungsstellen bekannter wird, die nicht im engeren Sinne zu dieser Versorgungslandschaft gerechnet werden, gleichwohl aber Kontakt mit potentiellen Nutzern des BKD haben und eine Kooperation als hilfreich ansehen könnten. Allerdings würde dies vermutlich einen erheblichen Kommunikationsaufwand verlangen und in die Konzeption eingreifen. Insgesamt ist allerdings eher zu erwarten, dass Zunahmen in der Zukunft im Bereich von Angehörigen und direkten Nutzern auftreten werden.

5.1.2 Inanspruchnahme nach Regionen

Neben den Gesamtkontakten sind die Kontaktzahlen der einzelnen Versorgungsregionen und der Tag- und Nachtdienste für die Einschätzung der regionalen Inanspruchnahme durch die Bevölkerung wichtig. Hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Diensten und Regionen, wie die folgende Grafik verdeutlicht.

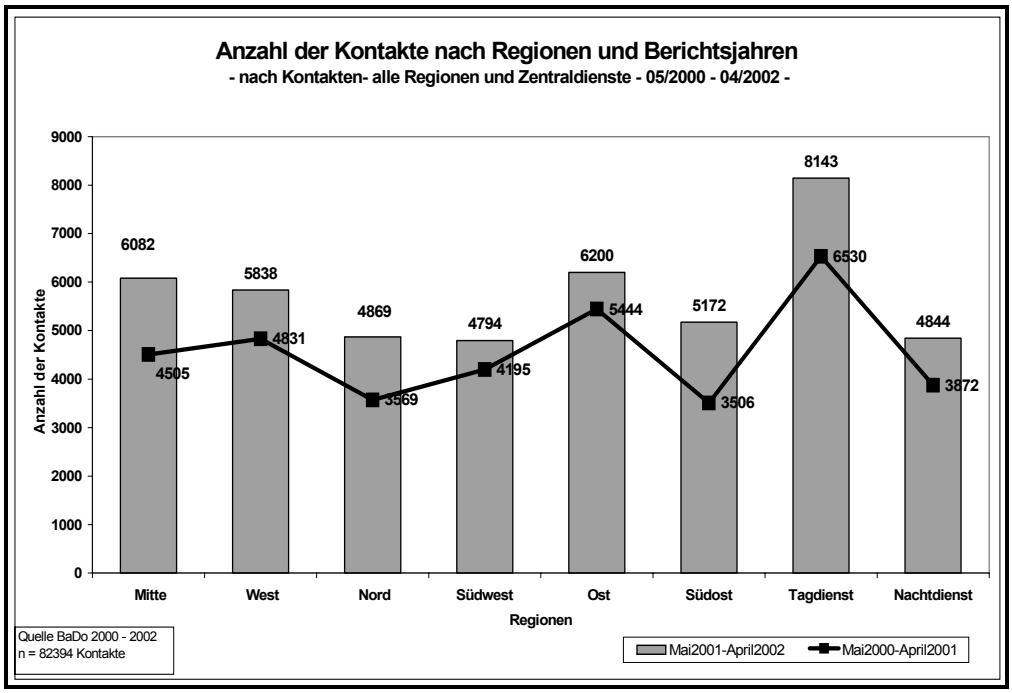

Abbildung 5: Kontakte getrennt nach Regionen und Diensten

Zunächst ist eine bemerkenswerte Steigerung der Kontakte im Tagdienst zu beobachten. Die Kontaktzahlen im Tagdienst waren im vorhergehenden Erhebungszeitraum hoch, haben sich aber nun weiter erhöht. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass in der Kategorie *Tagdienst* sowohl die Tagdienste während der Woche (8.00 – 16.00) als auch die Wochenenddienste zusammengefasst sind, die in der gleichen Zeit stattfinden, aber eine unterschiedliche Funktion haben. Hierdurch kommt es zu einer leichten Erhöhung der Zahlen zugunsten von Beratung, wie weitere Untersuchungen zeigen, einem Interventionsbereich, der nicht dem Aufgabenschwerpunkt des Tagdienstes unter der Woche entspricht. Bezüglich der Regionen lassen sich auch mehr oder weniger deutliche Unterschiede in der Zunahme der Kontaktzahl erkennen.

Ein ähnliches Bild wie bei den Kontakten zeigt sich, wenn man die Inanspruchnahme nach *Personen* untersucht. Differenziert nach Regionen und Diensten lässt sich in der folgenden Grafik erkennen, dass auch hier der Tagdienst eine deutliche Zunahme zu verzeichnen hat.

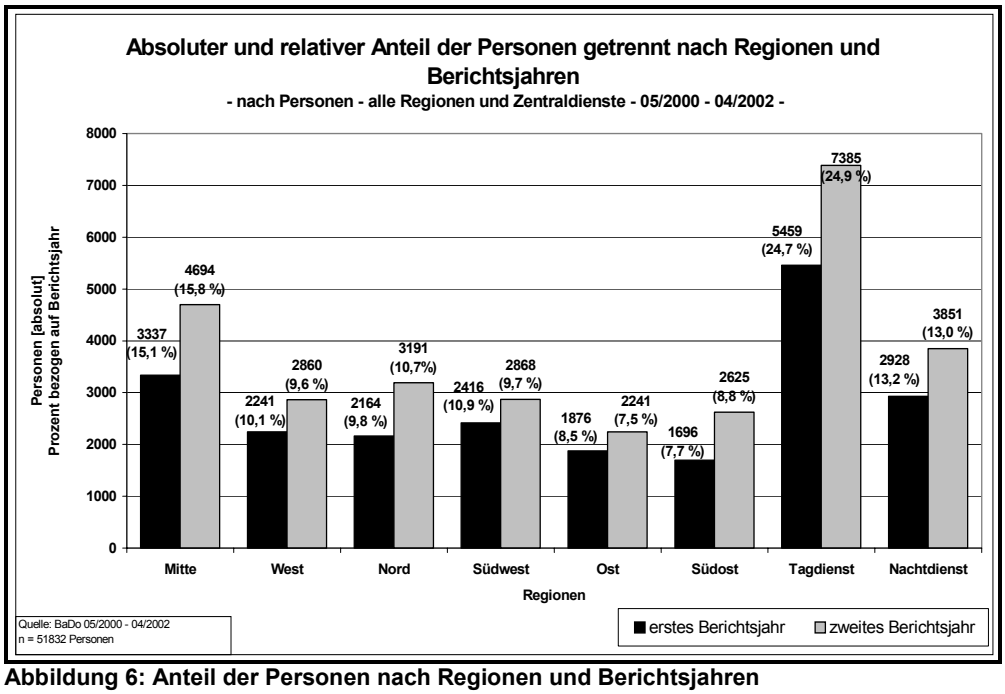

Abbildung 6: Anteil der Personen nach Regionen und Berichtsjahren

Zur Interpretation dieses Befundes können noch andere Daten herangezogen werden. Wenn man zunächst wieder zur Ebene der Kontakte zurückkehrt, lässt sich feststellen, dass während des Tagdienstes die Kontakte mit den Professionellen, aber auch mit den Angehörigen wesentlich höher als bei allen anderen Standorten bzw. Diensten sind. Die Kontakte mit Professionellen machen 20,7% der gesamten Kontakte des Tagdienstes aus. Sie haben sich weiter erhöht, entgegen dem Gesamttrend, nach dem die Anzahl der Kontakte mit Professionellen im zweiten Berichtsjahr zurückgegangen ist.

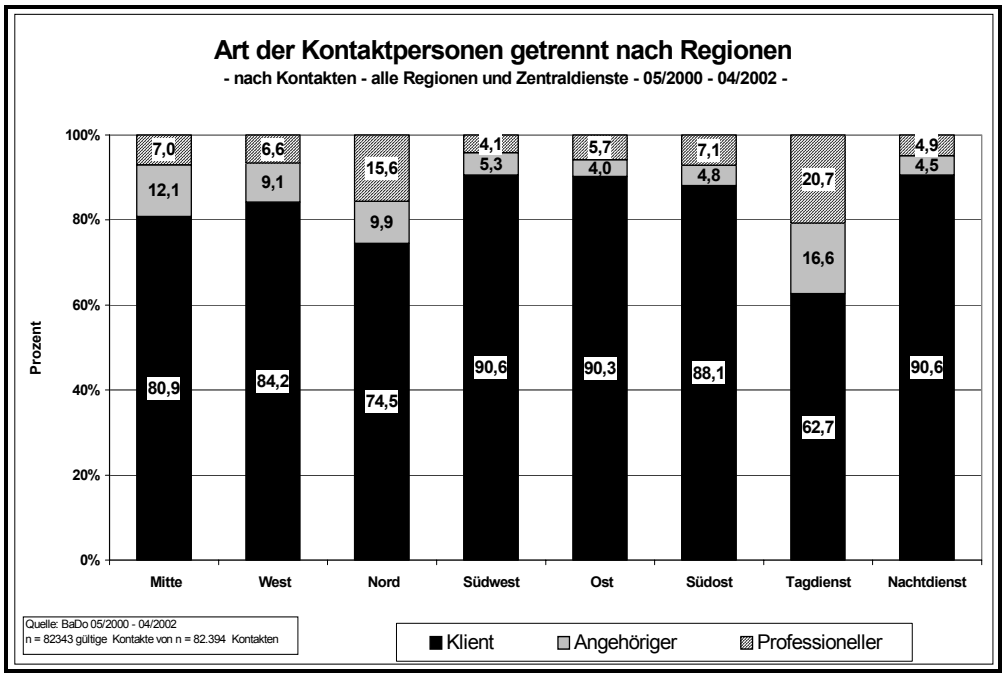

Abbildung 7: Art der Kontaktperson nach Regionen

Aus der nächsten Grafik geht hervor, dass der Anteil an Telefongesprächen im Tagdienst sehr hoch ist. Es handelt sich also zu einem größeren Teil um Telefongespräche mit Professionellen und Angehörigen, die eher von kürzerer Dauer sind. Insgesamt ist die Inanspruchnahme in diesem Dienst sehr hoch geworden, was ja auch schon zu einer Erhöhung der personalen Ressourcen für diesen Dienst geführt hat.

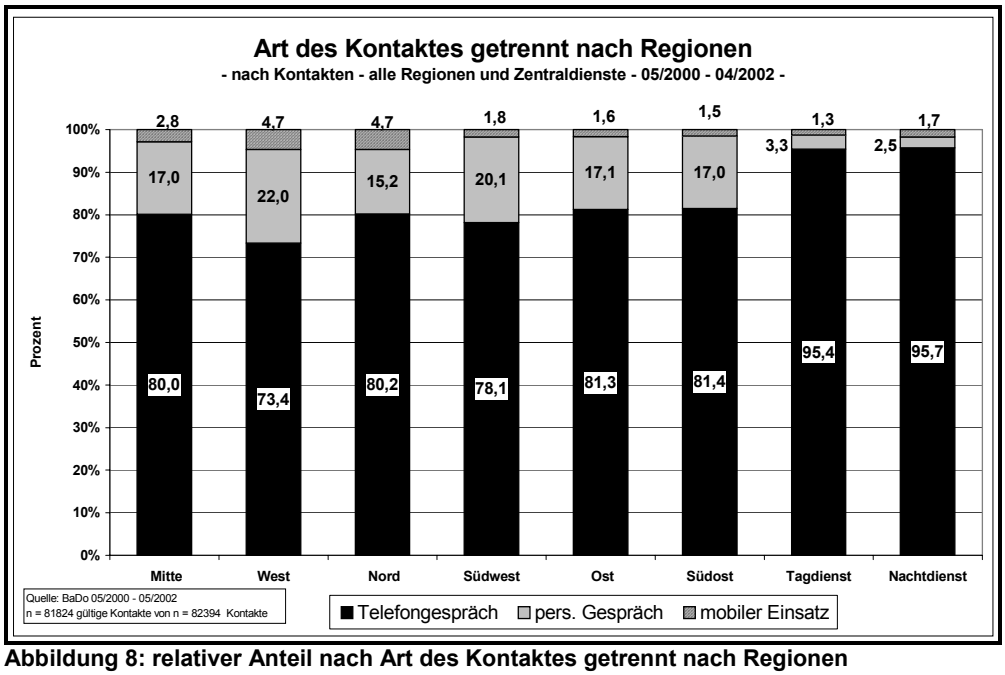

Abbildung 8: relativer Anteil nach Art des Kontaktes getrennt nach Regionen

Bewertend lässt sich feststellen, dass dieser Befund dem Konzept des BKD entspricht, das für den Tagdienst an den Wochentagen vor allem die Funktion der Auskunft und Weitervermittlung vorsieht. Es zeigt sich auch, wie bereits in Kapitel 4.2 *Synergie durch Vernetzung und Kooperation* diskutiert, dass der Tagdienst eine wichtige Rolle (Screening, Informationsweitergabe) im Versorgungssystem übernimmt.

Auch zwischen den sechs Regionen gibt es Unterschiede in der Inanspruchnahme. Die Anzahl der Kontakte ist im zweiten Berichtsjahr nicht in allen Standorten gleichmäßig gestiegen. Der Chi-Quadrat-Test zwischen Standorten und Berichtsjahren ist hochsignifikant. Im zweiten Berichtsjahr haben die Regionen *Mitte* und *Ost* die meisten Kontakte zu verzeichnen. Die Region *Ost* hat sich bei einer relativ hohen Zahl von Kontakten stabilisiert. Es deutet sich an, dass auch die Standorte *Mitte* und *West* ähnliche Kontakthäufigkeiten erreichen.

Die Steigerungsraten bei den Kontakten und den Personen weisen auch hier in die gleiche Richtung, so dass angenommen werden kann, dass es sich um gesicherte Ergebnisse handelt. Allerdings sind die Steigerungsraten unterschiedlich, wie bereits im 3. Zwischenbericht aufgezeigt wurde. Am niedrigsten ist die Rate in den Regionen *Südwest* und *Ost* und relativ hoch in den Regionen *Mitte*, *Südost* und *Nord*.

Wenn man die einzelnen Standorte untersucht, so wird das Bild noch etwas differenzierter. In der nachfolgenden Tabelle ist hervorgehoben, in welchen Standorten die Kontaktanzahl im Chi-Quadrat-Test von der zu erwartenden Kontaktanzahl im zweiten Berichtsjahr abweicht.
Deutlich unter dem Erwartungswert für das zweite Berichtsjahr liegt der Substandort *Spandau*, die Region *Südwest* und die Region *Ost* mit dem Standort in Lichtenberg. Deutlich über der zu erwartenden Kontaktanzahl liegen die Regionen *Nord* mit dem Standort Pankow, und beide Standorte der Region *Südost*.

Standort		Mai2001-April2002
Mitte	Anzahl	6.082
	Erwartete Anzahl	5.903
West, Charlottenburg	Anzahl	3.602
	Erwartete Anzahl	3.591
West, Spandau	Anzahl	$^{--}$2.236
	Erwartete Anzahl	2.357
Nord, Pankow	Anzahl	2.687
	Erwartete Anzahl	$^{+}$2.519
Nord, Reinickendorf	Anzahl	2.182
	Erwartete Anzahl	2.186
Südwest	Anzahl	$^{--}$4.794
	Erwartete Anzahl	5.012
Ost, Lichtenberg	Anzahl	$^{--}$3.841
	Erwartete Anzahl	4.063
Südost, Treptow	Anzahl	$^{+}$2.515
	Erwartete Anzahl	2.299
Südost, Neukölln	Anzahl	$^{+}$2.657
	Erwartete Anzahl	2.539
Ost, Hohenschönhausen	Anzahl	2.359
	Erwartete Anzahl	2.430
Tagdienst, zentral	Anzahl	8.143
	Erwartete Anzahl	8.181
Nachtdienst, zentral	Anzahl	4.844
	Erwartete Anzahl	4.860
Gesamt	Anzahl	45.942
	Erwartete Anzahl	45.942

Tabelle 1: tatsächliche und rechnerisch erwartete Kontaktzahl nach Regionen[3]

Diese Befunde bedeuten, dass in den unterschiedlichen Regionen auch im letzten Berichtsjahr noch unterschiedliche Prozesse abgelaufen sind. Es gibt Regionen, in denen sich die Kontaktzahlen auf einem bestimmten Niveau vorläufig stabilisiert haben, und andere, bei denen der Steigerungsprozess (noch) im Gang ist. Es ist an den Standorten genauer zu untersuchen, wie diese unterschiedlichen

[3] „—“ = statistisch-signifikant unter der Erwartung; „+“ = statistisch-signifikant über der Erwartung.

Prozesse zu interpretieren sind. Hierzu bedarf es standortspezifischen Wissens, das im Rahmen der Begleitforschung nicht erhoben werden konnte. Hier kann nur auf die Befunde verwiesen werden und es können einige naheliegende Interpretationen vorgeschlagen werden.

Die Regionen *Nord* und *Südost* waren zu Beginn der Modellphase neue Regionen in der Krisenversorgung und wiesen anfänglich eine vergleichsweise niedrigere Kontaktanzahl auf. Die Region *Südwest*, deren Kontaktanzahl im zweiten Berichtsjahr am niedrigsten ist, verfügt über nur einen Standort wie auch die Region *Mitte*. Die hohe Steigerungsrate in *Mitte* ließe sich dadurch erklären, dass diese Region die Telefonendnummer „-10“ hat und somit auf den Werbeplakaten zuerst steht und häufig zuerst angerufen wird. Eine Weitervermittlung an den regional zuständigen Standort wird aber nur vorgenommen, wenn dies sinnvoll und angemessen erscheint und nicht schlicht nach der regionalen Zuständigkeit.

Es gibt aber auch Unterschiede zwischen den Häufigkeiten von Kontakten und Personen. Die folgende Abbildung zeigt, dass es Standorte bzw. Regionen gibt, in denen der prozentuale Anteil von Personen im Vergleich zu Kontakten höher ist als bei anderen und umgekehrt. Auch hier kann eine Interpretation nur angedeutet werden. Eine tiefergehende Analyse muss den einzelnen Regionen überlassen werden.

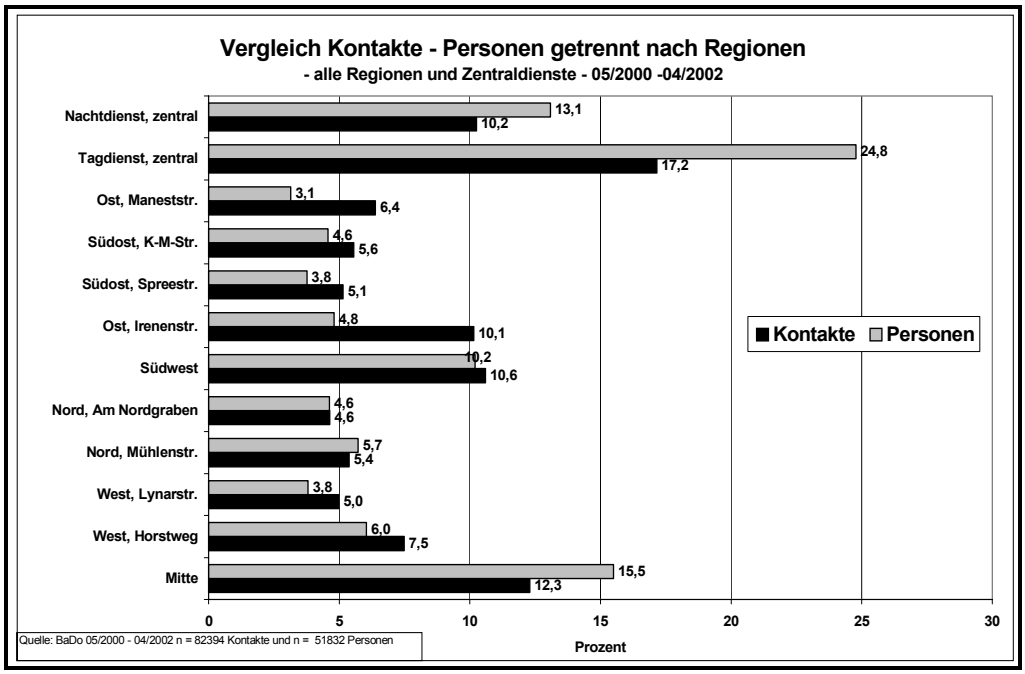

Abbildung 9: Kontakte und Personen nach Regionen

Auch hier können am zentralen Tagdienst wieder die oben genannten Ergebnisse gezeigt werden. Bei diesem Dienst sind 24,8% aller Personen dokumentiert, die in dieser Zeit vom Krisendienst registriert werden. Bei den Kontakten sind es nur 17,2%. Das bedeutet, dass die selbe Person im Tagdienst häufig nur einen Kontakt mit dem Dienst hat, bzw. dass Personen, die mehrere oder viele Kontakte haben, sehr selten sind. Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, dass der zentrale

Tagdienst seine avisierte Funktion erfüllt und in einmaligen Kontakten Informationen gibt und Weitervermittlungen an zuständige Dienste vornimmt.

Genau umgekehrt ist das Verhältnis z.B. in der Region *Ost*: im Standort Irenenstraße werden 4,8% der Personen des gesamten BKD registriert, mit denen aber 10,1% aller Kontakte stattfinden. Das bedeutet, dass die einzelnen Personen, die an diesem Standort betreut werden, häufiger mehrere Kontakte mit den Mitarbeitern haben. In der Grafik wird deutlich, dass es auch in anderen Standorten unterschiedliche Verhältnisse zwischen Kontakten und Personen gibt und dass zusammengehörige Standorte ähnliche Verteilungen aufweisen. Es ist anzunehmen, dass diese Verteilungsunterschiede auch unterschiedliche Konzeptionen in der Krisenarbeit und unterschiedliche Dokumentationsgewohnheiten widerspiegeln.

5.1.3 Inanspruchnahme Bereich Menschen mit geistiger Behinderung

Die BaDo weist für den Bereich der Krisenberatung bei Menschen mit geistiger Behinderung im Untersuchungszeitraum 1.250 Kontakte aus. Auf Personenebene entfallen diese auf 378 unterschiedliche geistig behinderte Menschen, die in zwei Jahren beraten wurden.
Diese Zahl wirkt auf den ersten Blick eher gering, deshalb haben wir sie einer genaueren Prüfung unterzogen. Die Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung liegt in Berlin bei etwa 8000[4]; 378 von 8000 Menschen zu beraten, entspricht 4,7% der Gesamtpopulation erreicht zu haben. Dies wäre aus Sicht der Begleitforschung ein relativ hoher Anteil.

Der Aussagewert der aus der BaDo generierten Inanspruchnahmezahlen ist eingeschränkt, sie sind aber geeignet, Tendenzen aufzuzeigen. Wie bereits im zweiten und dritten Zwischenbericht angesprochen, sind die in der BaDo erhobenen Daten nicht vollständig, da nicht alle Klienten und Nutzer aus dem gB-Bereich sicher identifiziert werden können. Aufgrund der Programmierung war es bisher nur möglich, Beratung von geistig behinderten Menschen selbst als solche kenntlich zu machen. Beratungen von deren Angehörigen oder Professionellen, die den Bereich geistiger Behinderung betrafen, konnten nicht kenntlich gemacht werden. Nach der jüngsten Veränderung in der Programmierung konnte dieses Problem gelöst werden, für die zur Verfügung stehenden Daten ist es dennoch zu berücksichtigen. Erschwerend kommt außerdem hinzu, dass die Einschätzung seitens der BKD-Mitarbeiter nicht immer treffsicher gelingt, ob es sich bei einem Anrufer um einen Menschen mit geistiger Behinderung handelt bzw. bei einem Anruf Dritter ein Mensch mit geistiger Behinderung betroffen ist. Des weiteren wurden BaDo-Eintragungen gefunden, die keine Kennzeichnung trugen, im Freitext aber eindeutig den Bezug zu einem geistig behinderten Menschen herstellten.

Um ein vollständigeres Bild ermitteln zu können, haben sich die gB-Koordinatoren dazu entschlossen, in einer aufwendigen Arbeit für den Zeitraum vom 1.1.2001 bis 30.4.2002 alle gB-relevanten Kontakte „per Hand“ aus der BaDo herauszusuchen. In den beiden folgenden Tabellen sind die jeweiligen Zahlen getrennt nach Kontaktart aufgeführt.

Kontaktart	Spätdienst	Nachtdienst	Frühdienst	Summen
Telefonisch	456	24	83	**563**
Pers. Gespräch	196	3	14	**213**
Mobiler Einsatz	45	1	-	**46**
Summen	**697**	**28**	**97**	**822**

Tabelle 2: Handausgezählte gB-Kontakte (1.1.01-30.9.01)

Von den 822 Kontakten in diesem Zeitraum entfallen 462 (56%) auf Klienten, 49 (6%) auf Angehörige und 311 (38%) auf Professionelle.

[4] Vgl. SEIFERT (1993)

Kontaktart	Spätdienst	Nachtdienst	Frühdienst	Summen
Telefonisch	384	14	50	**448**
Pers. Gespräch	120	0	19	**139**
Mobiler Einsatz	35	1	11	**47**
Summen	**539**	**15**	**80**	**634**

Tabelle 3: Handausgezählte gB-Kontakte (1.10.01-30.04.02)

Von den Kontakten in diesem Zeitraum entfielen 341 (54%) auf Klienten, 54 (8,5%) auf Angehörige und 239 (37,5%) auf Professionelle.

Im Gegensatz zu den aus der BaDo verwertbaren Datensätzen liegen hier also insgesamt 1.456 Kontakte vor. Für die differenzierten Berechnungen in den übrigen Kapiteln (insb. Kapitel 5.1.2.7) können aber nur die aus der BaDo verfügbaren Datensätze verwendet werden. Ein interessanter Unterschied ergibt sich in Bezug auf die o.a. Verteilung auf die *Kontaktart* zwischen handausgezählten und BaDo-Daten: Die Verteilung ändert sich bei den handausgezählten Daten in Richtung *Telefongespräch* (häufiger) und *mobile Einsätze* (seltener). Eine plausible Erklärung für dieses Phänomen ist, dass in der BaDo bis vor kurzem Kontakte mit Professionellen und Angehörigen aus dem gB-Bereich nicht als solche kenntlich gemacht wurden und eher telefonische Kontakte mit Menschen aus dem gB-Bereich nicht als solche sicher erkannt und in der BaDo vermerkt wurden. Im Gegensatz dazu dürfte bei mobilen Einsätzen die Zuordnung in aller Regel keine Schwierigkeiten bereiten.

In der folgenden Abbildung werden die relativen Anteile der *Art der Kontaktpersonen* aus dem gB-Bereich anhand der oben wiedergegebenen Zahlen mit jenen aller Kontaktpersonen des BKD verglichen. Es wird erkennbar, dass aus dem gB-Bereich wesentlich weniger Klienten und Angehörige und dafür mehr Professionelle Kontakt mit dem BKD aufnehmen. Diese Unterschiede korrespondieren einerseits mit dem Anspruch des BKD, insbesondere auch Ansprechpartner für Professionelle aus Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung zu sein. Andererseits scheint ein Entwicklungspotential des BKD in Richtung Erreichung von Angehörigen geistig behinderter Menschen zu bestehen.

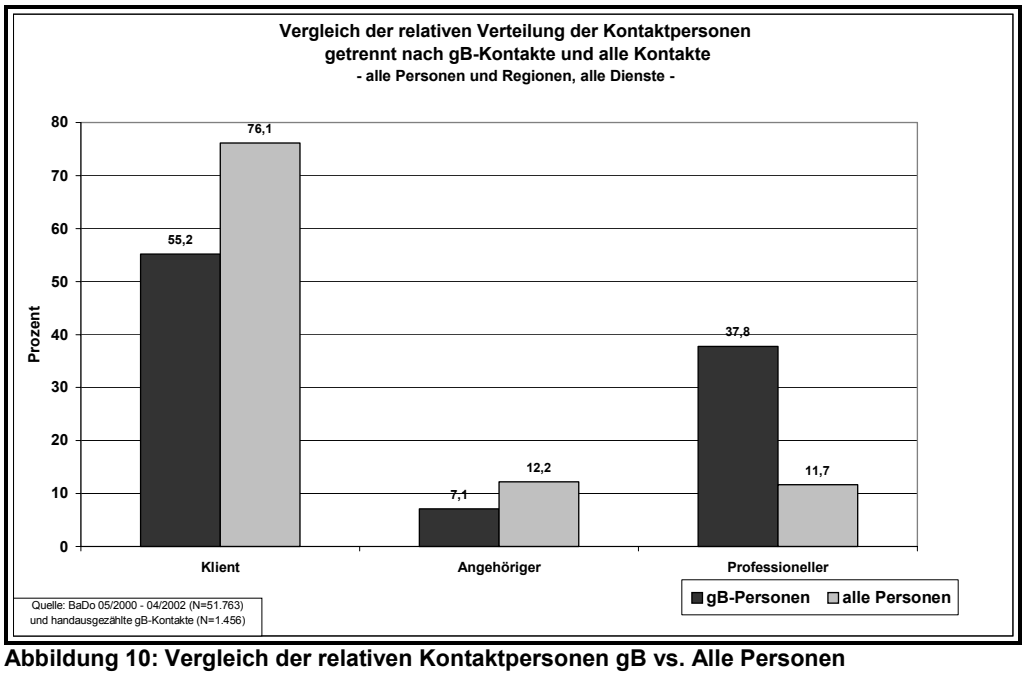

Abbildung 10: Vergleich der relativen Kontaktpersonen gB vs. Alle Personen

Außerdem fällt als Kontrollgröße auf, dass die handausgezählten monatlichen Kontakte mit Klienten mit geistiger Behinderung für die untersuchten 16 Monate bei 50 liegt und damit fast genau der Zahl entspricht, welche die BaDo für den Untersuchungszeitraum von 24 Monaten erhoben hat, nämlich 52. Die durchschnittliche monatliche Kontaktanzahl hat sich in den beiden Zeiträumen nicht verändert: sie liegt bei 91 Kontakten/Monat.

5.1.4 Zusammenfassung zur Dimension Inanspruchnahme

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Inanspruchnahme des BKD auch im zweiten Untersuchungsjahr erneut und zwar deutlich gestiegen ist. Dabei ist neben der Zunahme der absoluten Kontaktzahl bedeutsam, dass diese wie auch die Personenzahl gleichermaßen um gut 1/3 zugenommen haben. Das heißt, dass das Verhältnis zwischen Kontakt- und Personenzahl im zweiten Jahr etwa gleich blieb und nicht etwa durch eine Steigerung der Kontaktzahlen pro Nutzer die Inanspruchnahme hochgeschnellt wäre. Die Zunahme der Inanspruchnahme zeigt aber zum Frühjahr 2002 einen Knick nach unten, so dass die Frage nach einer Sättigung entweder des Bedarfes oder der Kapazität gestellt werden muss. Da in Bezug auf die verschiedenen Kontaktpersonengruppen die Kontakthäufigkeit mit Professionellen signifikant weniger stieg, ist anzunehmen, dass hier ein gewisser Deckeneffekt eingetreten ist. Offen bleiben muss, ob eine Steigerung der Kontaktzahlen (mit Professionellen) in nicht gemeindepsychiatrischen Bereichen durch gezielte Vernetzungsarbeit möglich wäre.
Die Regionen unterscheiden sich teils deutlich in Bezug auf absolute und relative Ergebnisse in den Inanspruchnahmedaten. Für diese Unterschiede sind sowohl standortspezifische (historische und konzeptionelle) wie auch regionale (die Versorgungslandschaft betreffende) Besonderheiten verantwortlich zu machen. Ein dramatisches Ausscheren aus dem allgemeinen Trend etwa einer Region kann aber nicht festgestellt werden. Aus den Daten kann im Vergleich zwischen den Diensten das Profil der beratenen Personengruppe Auskunft über Unterschiede in der Nutzung geben. Erwartungs- und konzeptgemäß werden im Tagdienst weniger Personen mehrfach beraten.

Für den speziell untersuchten Bereich der Menschen mit geistigen Behinderungen kann aus den dargestellten verschiedenen (technischen und grundsätzlichen) Gründen die exakte Inanspruchnahme des BKD durch Nutzer aus dem Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung nicht bestimmt werden. Aus den vorliegenden Daten der BaDo und den handausgezählten Kontakten kann aber geschlossen werden, dass der BKD bereits in der Erprobungsphase in diesem Bereich eine wichtige Rolle zu spielen begonnen hat. Jedenfalls erscheinen die Fallzahlen durchaus erstaunlich hoch, wobei es aber unseres Wissens keine annähernd verlässlichen Schätzungen darüber gibt, wie häufig Krisensituationen bei Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem Umfeld überhaupt vorkommen.
Die Daten zeigen außerdem interessante Unterschiede hinsichtlich der Verteilung auf die Art der Kontaktperson im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nutzer des BKD: im gB-Bereich werden (relativ) deutlich häufiger Kontakte mit Professionellen und seltener mit Angehörigen und Klienten dokumentiert. Diese Unterschiede korrespondieren mit den konzeptionellen Darstellungen des BKD und den übrigen Befunden in unserem Endbericht, wonach die erreichten Menschen mit geistiger Behinderung sehr häufig in institutionelle Rahmen eng eingebunden sind, in etwa der Hälfte der Fälle in solchen auch wohnen und deshalb eine Krisenintervention häufig in besonderer Weise das (professionelle) soziale Netz mit bearbeiten muss.

5.1.2 Beschreibung der Nutzer

Vorbemerkung

Die Beschreibung der Nutzer des BKD wird aus verschiedenen Datenquellen und Perspektiven im Folgenden differenziert dargestellt. Aus der Konzeption des BKD geht hervor, dass das avisierte Spektrum der Nutzer breit gefächert ist. Aus diesem Grund wird die Begleitforschung die Beschreibung der Nutzer in ausführlicher und differenzierter Weise darstellen.

5.1.2.1 Sozioökonomische Charakterisierung der Nutzer des BKD

Neben Aussagen über die Kontakte des BKD mit Klienten, können Aussagen über die Zahl der Personen, die den BKD genutzt haben, gemacht werden. Diese Aussagen sind mit den in Kapitel 2 beschriebenen Einschränkungen der Genauigkeit behaftet, da die Grundeinheit bei der Dokumentation Kontakte und nicht Personen sind.

Im Folgenden werden nun Aussagen über die Häufigkeitsverteilung der *Personen* bezüglich verschiedener Variablen dargestellt und diskutiert.

5.1.2.1.1 Personen nach Geschlecht und Alter

In der Berliner Bevölkerung beträgt das Verhältnis der Geschlechterverteilung 51,5% weiblich zu 48,5% männlich. Die Nutzer des BKD hingegen sind ca. zu zwei Dritteln weiblichen und nur zu einem Drittel männlichen Geschlechts. Dieser quantitative Unterschied der Nutzung entspricht den Erfahrungen anderer Krisen- und Gesundheitsdienste. Offenbar nehmen Frauen in Krisensituationen eher Hilfe in Anspruch als Männer, denn es gibt keine Befunde, die dahin deuteten, dass Frauen insgesamt häufiger psychosoziale oder psychiatrische Krisen aufwiesen. Aus vielen anderen Untersuchungen ist aber bekannt, dass Frauen tendenziell eine größere *Symptomaufmerksamkeit* haben, frühzeitiger professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und häufiger die Sorge für erkrankte Angehörige übernehmen als Männer. Andererseits gibt es fundierte Studien, die belegen, dass Männer häufiger von schweren Verläufen – insbesondere in Bezug auf die sekundäre soziale Desintegration – psychiatrischer Erkrankungen betroffen sind als Frauen.

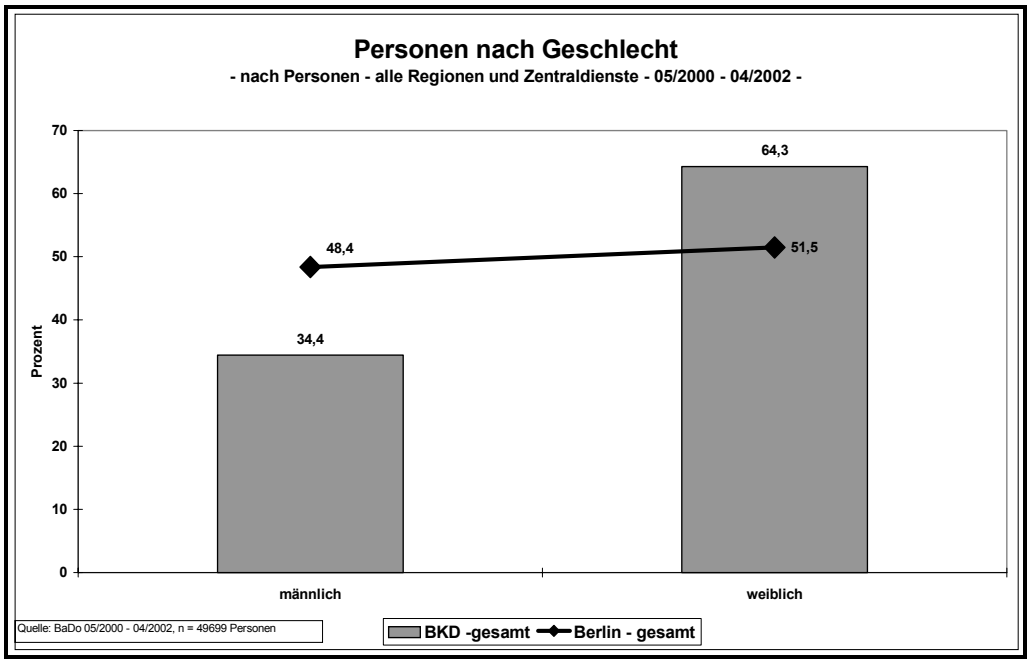

Abbildung 11: Geschlecht der Nutzer

Personen nach Alter

Die Analyse der Altersverteilung der Nutzer des BKD zeigt, dass der BKD hauptsächlich von Erwachsenen zwischen 21 und 50 Jahren genutzt wird (75% der Nutzer).

Stellt man diese Altersverteilung jener der Berliner Bevölkerung gegenüber, wird ersichtlich, dass unter 18-jährige und über 60-jährige den Krisendienst relativ weniger nutzen als Personen mittleren Alters. Der Vergleich der Anteile nach Altergruppen ist in der folgenden Grafik dargestellt.

Während die relativ geringe Nutzung durch Minderjährige dem Konzept des BKD entspricht (er ist kein Dienst für Kinder und Jugendliche), ist die geringe Repräsentation der älteren Mitbürger für die Frage der Konzeption von Belang: hier könnte der BKD eine wichtige Versorgungslücke schließen, wenn er ein adäquates Angebot für in Krisen geratene Menschen höheren Alters vorhielte und dies auch in entsprechender Form zu den potentiellen Nutzern transportierte. Dieses Problem wurde konzeptionell angegangen. (siehe hierzu Kapitel 3.5.4).

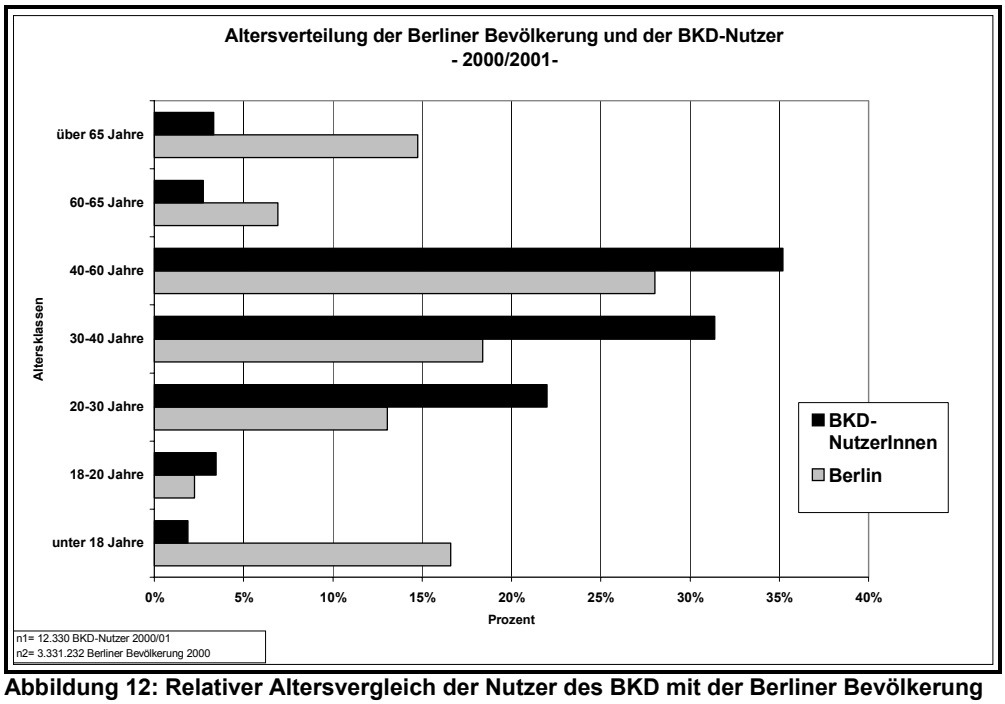

Abbildung 12: Relativer Altersvergleich der Nutzer des BKD mit der Berliner Bevölkerung

5.1.2.1.2 Personen nach Nationalität

Knapp 90% der Nutzer des BKD wird in den beiden Berichtsjahren der deutschen Nationalität bzw. Herkunft zugeordnet. Die übrigen verteilen sich zu 1,4% auf türkische, zu 1,5% auf osteuropäische, zu 2,5% auf andere genannte und zu 4,7% auf unbekannte Nationalitäten bzw. Herkunftsländer.

Allerdings sollte bei der Interpretation der Angaben zur Nationalität beachtet werden, dass diese häufig nicht explizit erfragt, sondern aufgrund der Sprache oder anderer Merkmale eingeschätzt wird. Es ist davon auszugehen, dass die Nationalität dann erfragt wird, wenn die Krisendienstmitarbeiter aufgrund der Sprache vermuten, dass die Klienten nicht deutscher Nationalität sind oder diese es von selbst erwähnen, sicher aber nur dann, wenn diese Frage im Gesprächsverlauf angebracht erscheint.

Berlin wies im Jahr 2000 einen Ausländeranteil von ca. 13% auf, der Anteil der von den Mitarbeitern sicher als *ausländischer Herkunft* gekennzeichneten Klienten lag bei rund 5,4%, derjenige, der nicht sicher eingeschätzt werden konnte (*unbekannt*), bei 4,7%. Diese Zahlen lassen vermuten, dass der BKD von ausländischen Mitbürger eher unterdurchschnittlich beansprucht wird.

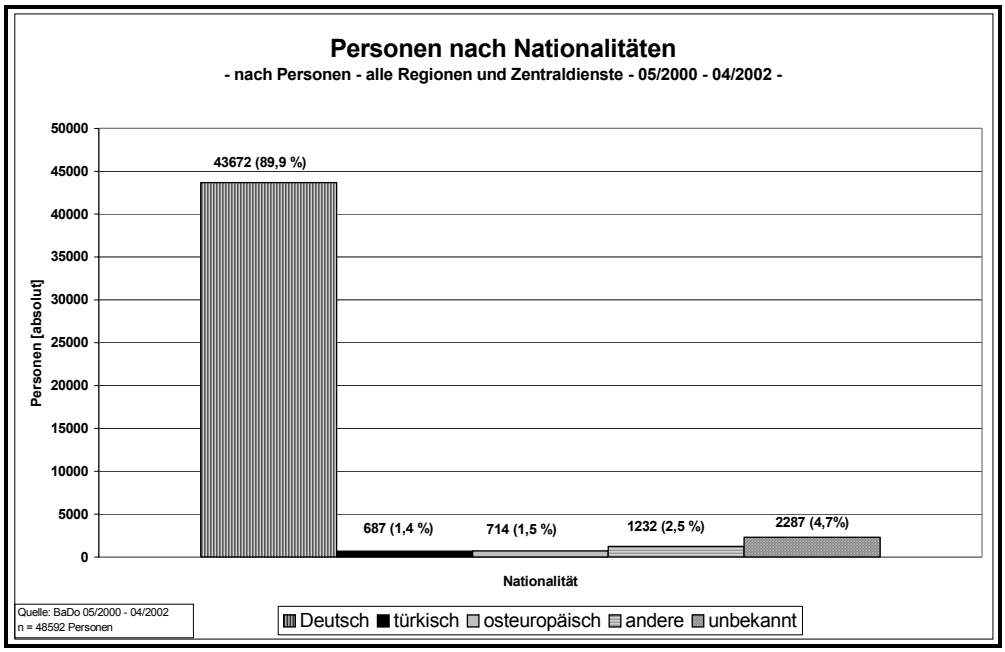

Abbildung 13: Nationalität der Nutzer des BKD

In einer weiteren Analyse haben wir den Anteil der ausländischen Mitbürger in den Berliner Bezirken mit der Verteilung der ausländischen BKD-Nutzer in den jeweiligen Bezirken verglichen. Grob betrachtet wird der BKD entsprechend dem relativen Anteil der Ausländer in den einzelnen Bezirken auch von diesen in Anspruch genommen. Aus den drei Bezirken Kreuzberg, Neukölln und Wedding, die in Berlin die höchsten Anteile an Ausländern aufweisen, nutzen nur Personen aus dem Wedding diesem Anteil entsprechend den BKD. Ausländische Mitbürger aus Kreuzberg und Neukölln nehmen ihn hingegen unterdurchschnittlich häufig in Anspruch. Für den Bezirk Charlottenburg zeigt sich ein umgekehrtes Bild: Im Verhältnis zum relativen Anteil der Ausländer in Charlottenburg nutzen diese den BKD überdurchschnittlich oft. Diese Auswertung muss aber ebenfalls vorsichtig gewertet werden: Abgesehen von den oben genannten Unsicherheiten in der sicheren Dokumentation der Eigenschaft der Herkunft der Klienten, sind die absoluten Zahlen dieser BKD-Nutzer im Vergleich zu den absoluten Zahlen der ausländischen Mitbürger in der Berliner Bevölkerung so niedrig, dass eine statistische Verzerrung entstehen kann. Dem Eindruck der BKD-Mitarbeiter, dass bestimmte ausländische Bevölkerungsschichten nicht oder noch nicht hinreichend erreicht werden konnten und die Bemühungen, in diese Richtung auch geeignete Entwicklungsschritte zu initiieren, können als ein weiteres Indiz für diese Situation genommen werden.

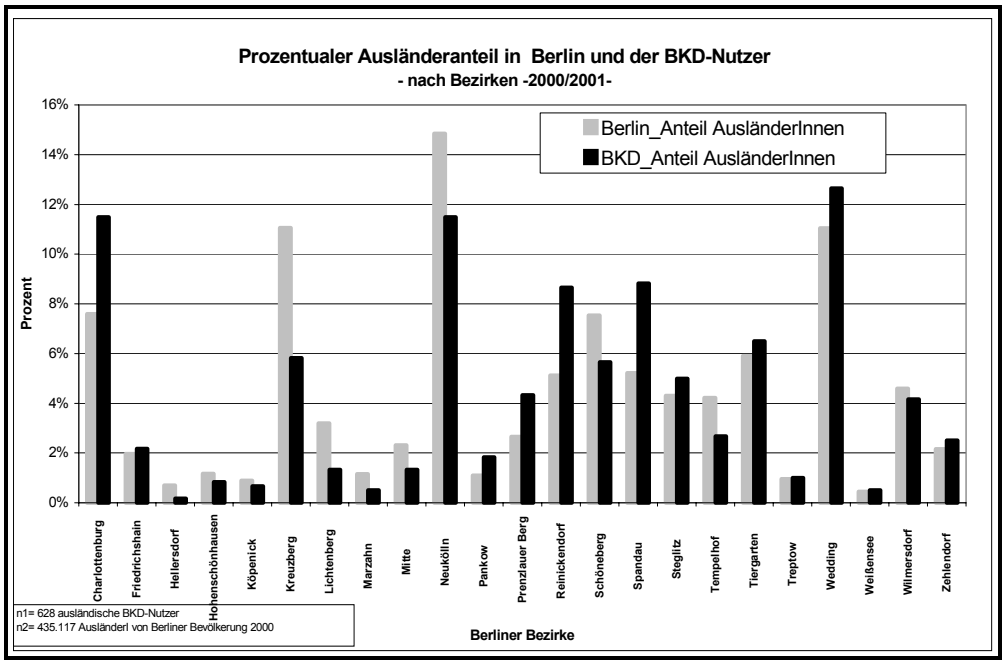

Abbildung 14: Relativer Ausländeranteil der Nutzer des BKD und der Berliner Bezirke

5.1.2.1.3 Soziale Lage der Personen

Weitere sozioökonomische Merkmale, die die Nutzer beschreiben, sind jene nach der finanziellen Situation und der beruflichen Einbindung.
Aus der BaDo lassen sich Verteilungen nach verschiedenen Indikatoren zur sozialen Lage der Nutzer generieren, die zum Teil mit den Ergebnissen der Mikrozensuserhebungen der Berliner Bevölkerung verglichen werden können. Auch wenn die Erhebungszeiträume nicht exakt übereinstimmen (Mikrozensus: Jahr 2000, BaDo-Daten: 2000-2001) können die Zahlen einander gegenüber gestellt werden.

In der ersten Grafik sind die relativen Verteilungen auf verschiedene Kategorien der Einkommensart gegenüber gestellt. BKD-Nutzer beziehen im Vergleich zur Berliner Bevölkerung dreimal so häufig Sozialhilfe und doppelt so häufig Arbeitslosengeld oder -hilfe. Der Anteil der BKD-Nutzer mit Einkommen aus Erwerbstätigkeit oder Rente entspricht in etwa dem in der Berliner Bevölkerung. Die Kategorie *Rente* muss jedoch in Zusammenhang mit der Altersverteilung der BKD-Nutzer gesehen werden: der Umstand, dass der BKD von Menschen im Rentenalter deutlich unterdurchschnittlich häufig frequentiert wird, wird durch den höheren Anteil von Nutzern, die Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente beziehen, ausgeglichen. Bezüge durch Angehörige kommen bei Krisendienst-Nutzern vierfach seltener vor als in der Berliner Bevölkerung, was möglicherweise einerseits auf eine schlechte soziale Einbindung der Nutzer des BKD hinweist, andererseits durch die höhere Anzahl der Bezieher von Sozialleistungen (wie Sozial- oder Arbeitslosenhilfe) bedingt sein könnte: die Angehörigen vieler Nutzer des BKD sind finanziell nicht in der Lage, materielle Unterstützung zu geben. Insgesamt sind die Ergebnisse ein Beleg dafür, dass der BKD eher von finanziell schwächer gestellten Menschen aufgesucht wird.

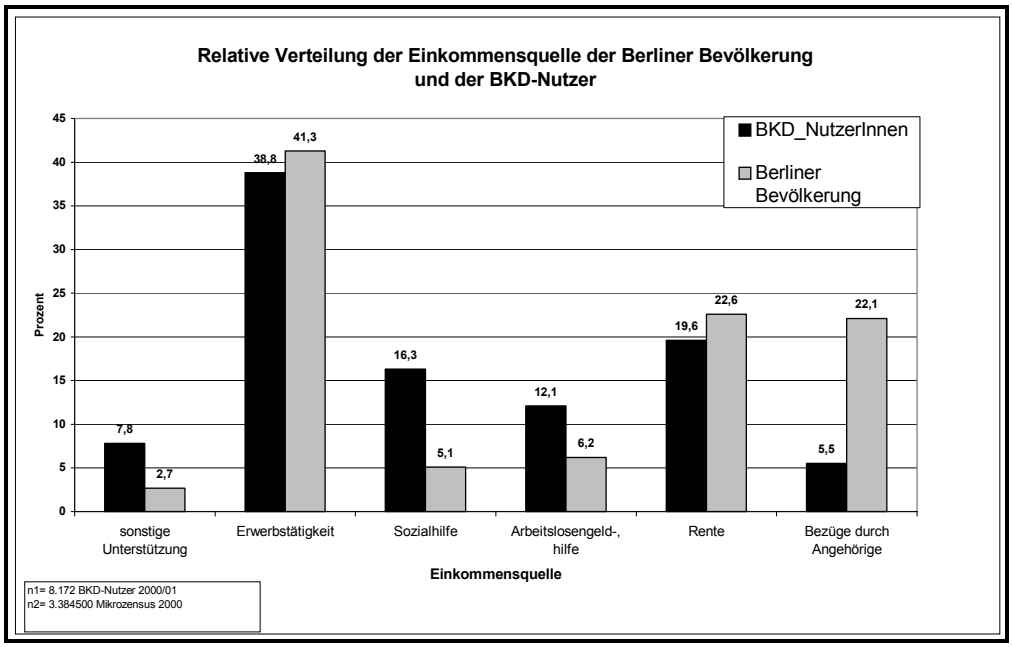

Abbildung 15: Einkommensquelle der BKD-Nutzer und der Berliner Bevölkerung

In der BaDo werden über die vorwiegende Einkommensquelle hinaus noch weitere Indikatoren zur materiellen Lage dokumentiert, nämlich der Beschäftigungsstatus und die subjektive Einschätzung der finanziellen Lage durch die Berater. Für letzteres sind keine Vergleichszahlen für die Berliner Bevölkerung vorhanden, so dass die dargestellten Angaben nicht mit solchen verglichen werden können.
Insgesamt liegen für etwa die Hälfte der 39.398 *Klienten* (Angehörige und Professionelle werden hier nicht berücksichtigt) Angaben zum Beschäftigungsstatus vor, wenn man die Ausprägung *unbekannt* vernachlässigt. Demnach sind nur 21,6% der Klienten berufstätig, 8,5% in einer Ausbildung, 6,6% haben keine Beschäftigung, 13,1% beziehen Rente und 14,9,% sind arbeitslos gemeldet, der Rest verteilt sich auf weitere Kategorien.

In der BaDo wurde weiter die finanzielle Lage der Nutzer (nach deren Angaben) grob abgeschätzt. Diese Angaben liegen für ca. ein Drittel der Klienten vor. Die finanzielle Lage von knapp 50 % der Krisendienstnutzer wird mit *schlecht* bis *sehr schlecht* eingeschätzt. Für 30 % wird die finanzielle Situation als *mittel* und für weitere 20% als *gut* bis *sehr gut* eingeschätzt. Während die anderen Ausprägungsgrade im Vergleich der beiden Berichtsjahre stabil bleiben, nimmt im zweiten Berichtsjahr der Anteil der finanziell mittel bis sehr gut situierten leicht zu. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass der BKD durch die vielfältige Werbung bzw. die – auch überregionale – Berichterstattung (z.B. in der *Zeit* oder dem *ZDF*) inzwischen auch in der Wahrnehmung finanziell besser Gestellter als Anlaufmöglichkeit angekommen ist. Die Häufigkeitsverteilung ist der nachstehenden Grafik zu entnehmen.

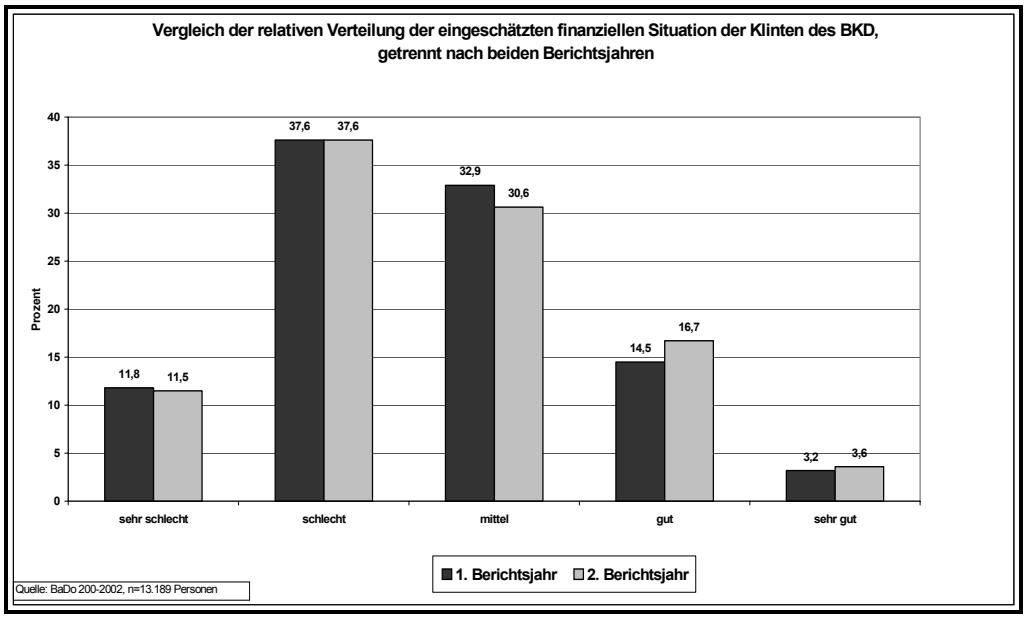

Abbildung 16: Geschätzte finanzielle Situation der Klienten des BKD

5.1.2.1.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann über die sozioökonomischen Merkmale der Nutzer des BKD gesagt werden, dass sie einer typischen Geschlechterverteilung für die Nutzung von Beratungsdiensten folgen (deutlich höherer Frauenanteil), dass der Anteil der Nutzung durch den nicht-deutschen bzw. nicht-deutschstämmigen Bevölkerungsteil unterdurchschnittlich ist, die Altersverteilung nicht derjenigen der Berliner Bevölkerung folgt (weniger Minderjährige und Senioren), die finanzielle Lage und die Beschäftigungssituation der Klienten deutlich schlechter als die der Berliner Bevölkerung ist.

Entwicklungspotenziale für die bessere Erreichung einiger Zielgruppen können also insbesondere für Ausländer bzw. Migranten und für ältere Menschen gesehen werden. Der BKD als Organisation und die Mitarbeiter haben diese Themen bereits aufgegriffen.

5.1.2.2 Zustandsbilder und Diagnosen

5.1.2.2.1 Anmerkungen zum Datenmaterial

Die folgenden Auswertungen basieren auf den Datensätzen der BaDo des BKD. Für die Bewertung der Häufigkeitsverteilungen der Kategorien und Variablen *Zustandsbilder* und *Diagnosen* ist zu beachten:
Die Datengrundlage bilden alle Klientenkontakte im Zeitraum 5/2000 bis 4/2002 ohne die *Schweiger* (N=67.184), für welche die sog. *normale Dokumentation* ausgefüllt wurde (N=46.287), da Zustandsbilder und Diagnosen nur in den ausführlicheren *normalen Dokumentationen* ausgefüllt werden können. Für gut 31.000 Kontakte liegen Angaben zu Zustandbildern vor, d.h. bei ca. 2/3 der Klientenkontakte mit normalen Dokumentationen. Für 11.000-15.000 liegen Angaben zu Diagnosen (je nach Kategorie) vor, d.h. in ca. 1/3 der Klientenkontakte mit normalen Dokumentationen. Da es sich um Aussagen über Kontakte handelt, bleibt unklar, wie viele verschiedene Personen sich hinter den Zahlen verbergen.

5.1.2.2.2 Zustandsbilder

Die Begleitforschung führte neben den Variablen zur Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10 in der BaDo auch die sog. Zustandsbilder ein. Damit sollten zu erwartende Zustände von Klienten operationalisiert werden, die immer wieder in der täglichen Arbeit vorkommen und die nicht sicher oder in sinnvoller Weise in einer psychiatrischen Sprache und Diagnostik abgebildet werden können. Es sollte die Frage beantwortet werden, wie beschrieben werden könnte, was die Klienten „haben“ oder was sie „sind“, wenn sie nicht psychisch krank sind. Andererseits schien es uns wichtig, auch jenseits oder „unterhalb“ einer psychiatrischen Diagnose genauere Beschreibungen davon zu ermöglichen, wie es denn den Klienten „geht“, die sich an den BKD wendeten. Eine psychiatrische Diagnose gibt diese Dimension gerade meist nicht her.
Mittels der entwickelten Variablen sollte sich für die Mitarbeiter auf der deskriptiven Ebene – ohne konkreten nosologischen oder ätiologischen theoretischen Bezug – beschreiben lassen, was sie bei den Klienten beobachtet und wie sie dieses eingeschätzt haben. Gerade der Umgang mit diesen Variablen hat aber längere Zeit Schwierigkeiten bereitet, so dass die quantitativen Ergebnisse in unseren vorigen Berichten noch zurückhaltend bewertet werden mussten.[5]

Bei der folgenden Darstellung muss bedacht werden, dass unterschiedlich hohe Missingwerte vorliegen und dass Mehrfachnennungen möglich sind, daher ist die Summe der relativen Anteile ungleich 100%. In der folgenden Grafik sind die relativen Verteilungen der registrierten Zustandsbilder abgebildet. Auf der Basis nun hoher Fallzahlen kann festgestellt werden, dass die Klienten, die den BKD aufsuchen, in hohem Maße verzweifelt und ratlos sind (über 60%), in der Hälfte der Kontakte ein depressiver Zustand beschrieben wird, wobei bei fast 30% ein mittelschwerer (22,7%) oder schwerer (6%) depressiver Zustand attestiert wird. Unter Angst und/oder Panik leiden 41%, in einer suizidalen Krise befinden sich 26% und autoaggressive Tendenzen weisen 15% auf. Fremdaggressives Verhalten wird bei 4% der Kontakte festgestellt, dieses kann noch differenziert werden in

[5] Diese Zustandsbilder wurden nach längerer Diskussion mit den Mitarbeitern des BKD operationalisiert und von den Begleitforschern ein Manual zu Diagnosen und Zustandsbildern mit Erläuterungen zur Verfügung gestellt (s. Anhang zum 2 Zwischenbericht).

tätlich gegenüber anderen Personen (gut 2% der Kontakte) bzw. gegenüber Sachen (gut 1%).
In der Übersichtsgrafik haben wir die jeweiligen Grundgesamtheiten angegeben, um transparent zu machen, auf wie viele Kontakte sich die angegebenen Häufigkeiten beziehen.

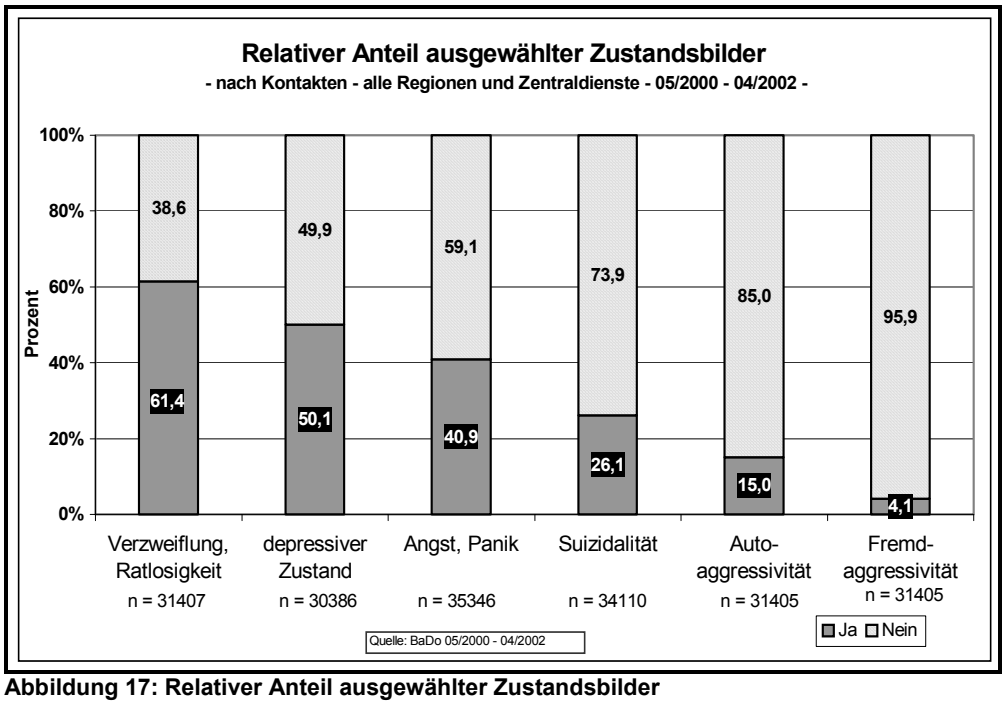

Abbildung 17: Relativer Anteil ausgewählter Zustandsbilder

Zusammengefasst lässt sich darstellen, dass in einer erheblichen Anzahl von Kontakten auch phänomenologisch als schwer oder gravierend zu wertende *Zustände* bzw. Krisen der Nutzer beschrieben werden, von denen angenommen werden kann, dass sie dringend hochprofessioneller Begleitung bedürfen.

5.1.2.2.3 Psychiatrische Störungen nach ICD-10

Die Variablen zur psychiatrischen Diagnostik (angelehnt an die ICD-10) haben größere Schwierigkeiten hinsichtlich einer annähernd einheitlichen Nutzung bereitet. Das liegt zum einen an der grundsätzlichen Frage, ob eine solche Systematik geeignet ist, die Nutzer des BKD durch die überwiegend nicht-ärztlichen Mitarbeiter angemessen beschreiben zu lassen. Außerdem ist die Logik der ICD-10 zum Beginn der Begleitforschung nicht allen Mitarbeitern des BKD ausreichend vertraut gewesen. Schließlich ist die der ICD-10 zugrundeliegende Logik nach wie vor nicht unumstritten und ihre Verwendung (leider) in weiten Bereichen der deutschen psychiatrischen Versorgungslandschaft nicht einheitlich.

Es kann festgehalten werden, dass auch unabhängig von den mobilen Einsätzen mit den Hintergrundärzten psychiatrische Störungen von Klienten verschlüsselt werden. Dabei handelt es sich zum Teil um von den Mitarbeitern selbst gestellte Diagnosen oder um von anderen Profis übernommene, welche die Klienten kennen.

In der Grafik sind die Diagnosegruppen und die Häufigkeit ihrer Verschlüsselung aufgetragen. Da sich die jeweiligen Grundgesamtheiten stark unterscheiden (hoher Missinganteil), haben wir auch die absoluten Zahlen dargestellt – allerdings lassen sich aus diesen Zahlen aus dem genannten Grund die relativen Anteile nicht einfach rückrechnen.

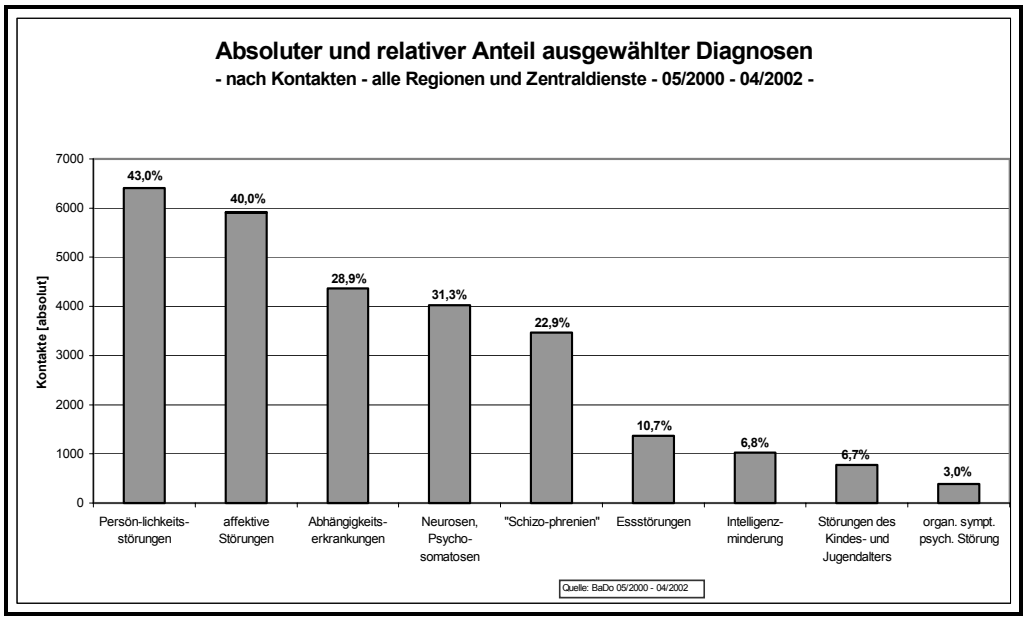

Abbildung 18: Verteilung ausgewählter Diagnosen nach ICD-10

Es ergibt sich der interessante Befund, dass die häufigste vergebene Diagnose *Persönlichkeitsstörung* (PST) ist, davon in fast der Hälfte der Kontakte als Borderline-PST verschlüsselt, gefolgt von den affektiven (hauptsächlich depressiven) Störungen. Der ICD-10-Logik ist allerdings geschuldet, dass in verschiedenen Kategorien Menschen mit primär oder sekundär depressiver Symptomatik enthalten sind, daher wäre dies die größte Gruppe, wenn man sie zusammenfasste. Die Gruppe der schizophrenen bzw. schizophreniformen Störungen folgt erst nach den Abhängigkeitserkrankungen und den Neurosen mit gut 20%. Intelligenzminderungen (in der ICD-10 synonym für *geistige Behinderung* verwendet) werden in gut 1.000 Kontakten verschlüsselt (knapp 7%), organische psychische Störungen (davon u.a. in 76 Kontakten als *Demenz* und in 241 Kontakten als *unklare Zuordnung* gekennzeichnet) folgen erst nach den Störungen im Kinder- und Jugendalter.
Es ergibt sich ein breites Spektrum an Störungen aus allen Kategorien der ICD-10. Auch dieser Befund kann als deutlicher Hinweis für die breite Palette der an den BKD herangetragenen Problemlagen und Bedarfe und das konsekutiv notwendige breite Interventionsspektrum genommen werden.

5.1.2.3 Beschreibung der Nutzer durch den ärztlichen Hintergrunddienst

5.1.2.3.1 Akute Suizidalität

Nach der Einschätzung der Hintergrundärzte bestand in knapp 25% ihrer Einsätze bei den Klienten *akute Suizidalität*. Im Vergleich zur BaDo der Standorte lässt sich ein eindrucksvoller Unterschied feststellen: zwar errechnen wir auch für diese Dokumentation einen relativen Anteil der Kontakte von 26% mit suizidalen Klienten, allerdings entfallen von diesen „nur“ 3,6% auf akut suizidale Krisen. Ein weiterer Befund, der unterstreicht, wie ernst die Krisen sind, zu denen die Ärzte hinzugezogen werden.

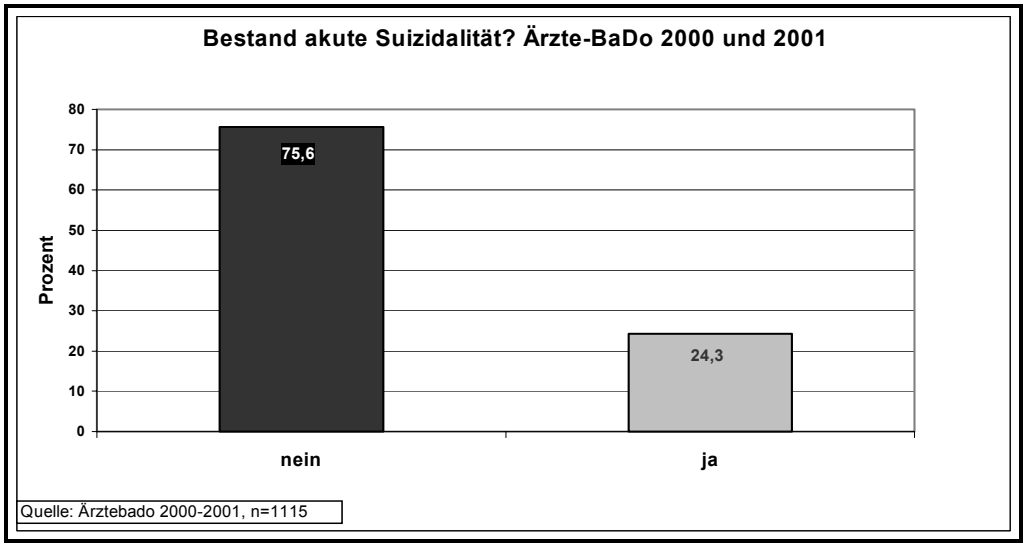

Abbildung 19: Anteil akut suizidaler Klienten

Weiter lassen sich erhebliche Verteilungsunterschiede ausmachen, wenn die Fälle mit akuter Suizidalität getrennt nach den Diagnosen berechnet werden. In der folgenden Grafik ist die relative Häufigkeit der Zustände akuter Suizidalität getrennt nach den Diagnosen dargestellt (Zellenbesetzungen unter 5 wurden nicht berücksichtigt). Es ergibt sich eine eindrucksvolle Reihenfolge, die zeigt, dass eine akut suizidale Reaktion tendenziell bei anderen Störungen diagnostiziert wird als bei jenen Fällen, in denen es zu einer Einweisung in stationäre Behandlung kommt (s. Kapitel 4.1.4, Klinikeinweisungen). Bei Menschen mit der Diagnose *Borderline-Persönlichkeitsstörung* wird in über der Hälfte der Situationen eine akute Suizidalität festgestellt, während dies bei jenen mit diagnostizierten schizophrenen Störungen nur in 15% der Fall ist.

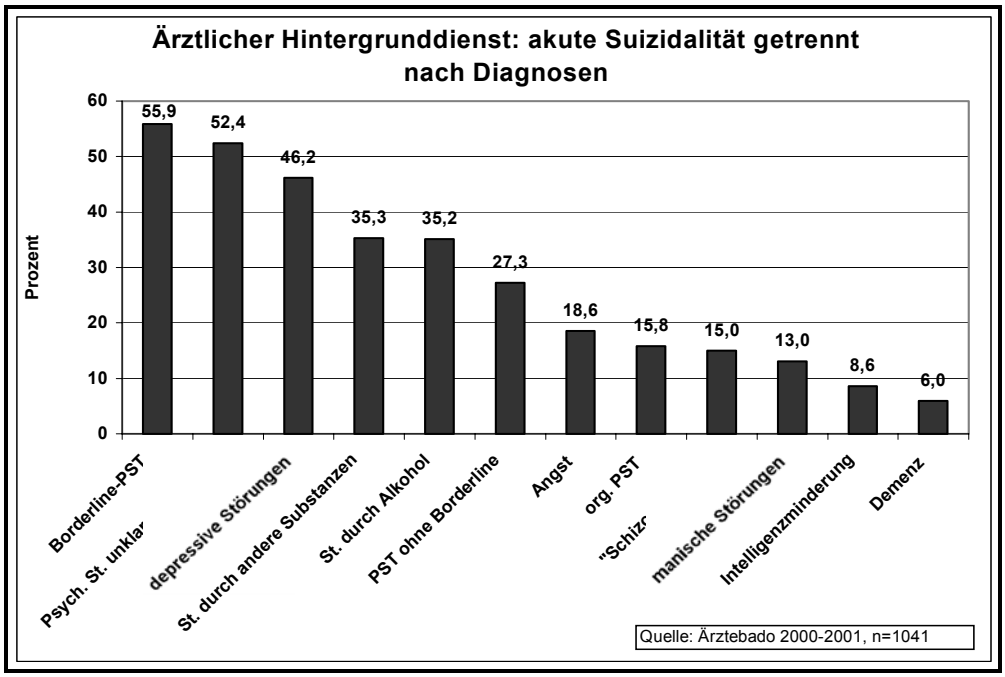

Abbildung 20: Akute Suizidalität getrennt nach Diagnosegruppen

5.1.2.3.2 Diagnosen

Diagnosen im Jahresvergleich

Bei der Betrachtung der durch die Ärzte vergebenen Diagnosen (nach ICD-10[6]) ergibt sich über beide Jahre hinweg ein recht stabiles Muster. Am häufigsten (37%) wurden Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert[7]. Depressiv getönte affektive Störungen (13,3%) und Störungen durch Alkohol (13,2%) gehören zu den zweithäufigsten Diagnosegruppen. Ihnen folgen Demenzen (6,1%), Störungen bedingt durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol (5%), Intelligenzminderung (4,6%), Persönlichkeitsstörungen (PST) ohne die Borderline-PST (3,5%), Borderline-PST (3,6%) sowie die Angststörungen (3,4%). Sehr selten wurden nicht-psychiatrische Diagnosen gestellt, keine eindeutige Zuordnung zu einer psychiatrischen Diagnose oder gar keine psychische Störung gefunden.

[6] International Classification of Diseases (WHO), vgl. DILLING,H. et al (1996)

[7] Aus nosologischen Gründen ist die Diagnose einer Schizophrenie kompliziert, u.a. deshalb, weil eine bestimmte Dauer bestimmter Symptome für die Diagnose vorgeschrieben ist. „Schizophreniforme" Störungen werden in den relevanten Krisensituationen sicher von den Ärzten auch hier vermerkt. Deshalb wird in den Grafiken der Begriff *Schizophrenien* in Anführung gesetzt.

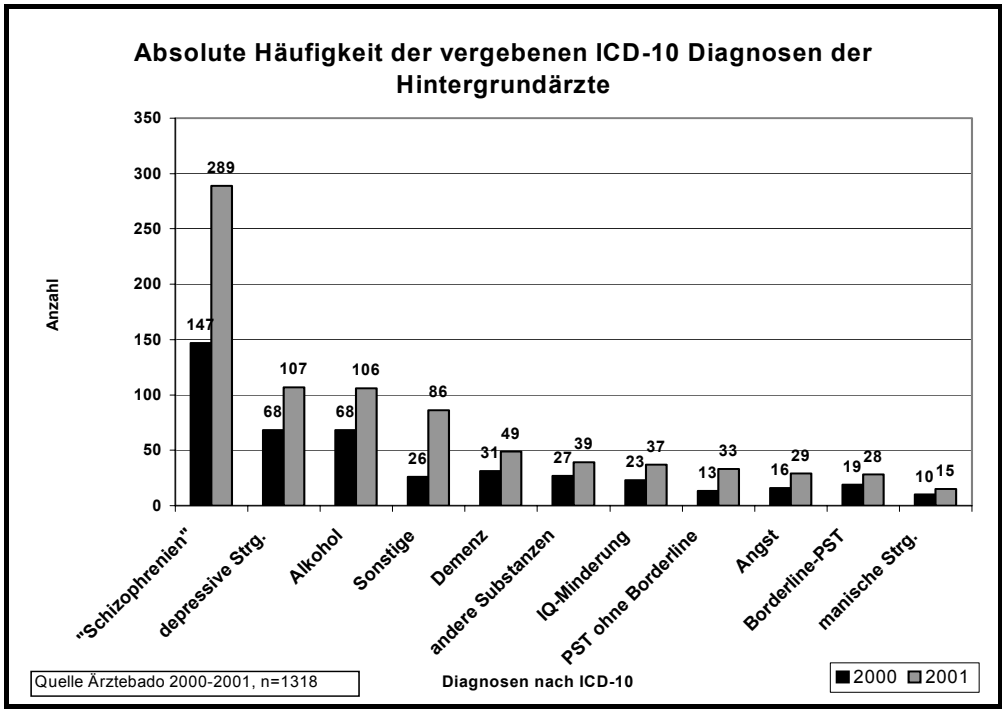

Abbildung 21: Verteilung auf die Diagnosegruppen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in einem hohen Anteil der Einsätze der Hintergrundärzte von ihnen psychische Störungen festgestellt werden und diese eine große Bandbreite psychischer Störungen umfassen, jedoch deutlich in Richtung schwerer Störungen tendieren – zusammen mit den übrigen Befunden ein weiteres Indiz für die Schwere der Krisen, zu denen die Ärzte hinzugerufen werden.

Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Wegen der quantitativen Relevanz gibt die folgende Grafik eine Aufschlüsselung der entsprechenden Unterkategorien der diagnostizierten schizophrenen Störungen wieder. Es zeigt sich, dass der Hauptanteil der vergebenen Diagnosen sich auf die Gruppe der Schizophrenien selbst bezieht. Die entsprechende Diagnose kann lege artis nur dann in einer Krisensituation gestellt werden, wenn zu den aktuellen Symptomen noch verwertbare Informationen über Art und Dauer der Symptomatik bzw. frühere Exazerbationen verfügbar sind.[8]

[8] Vgl. Diagnose-Kriterien des ICD-10: F -10

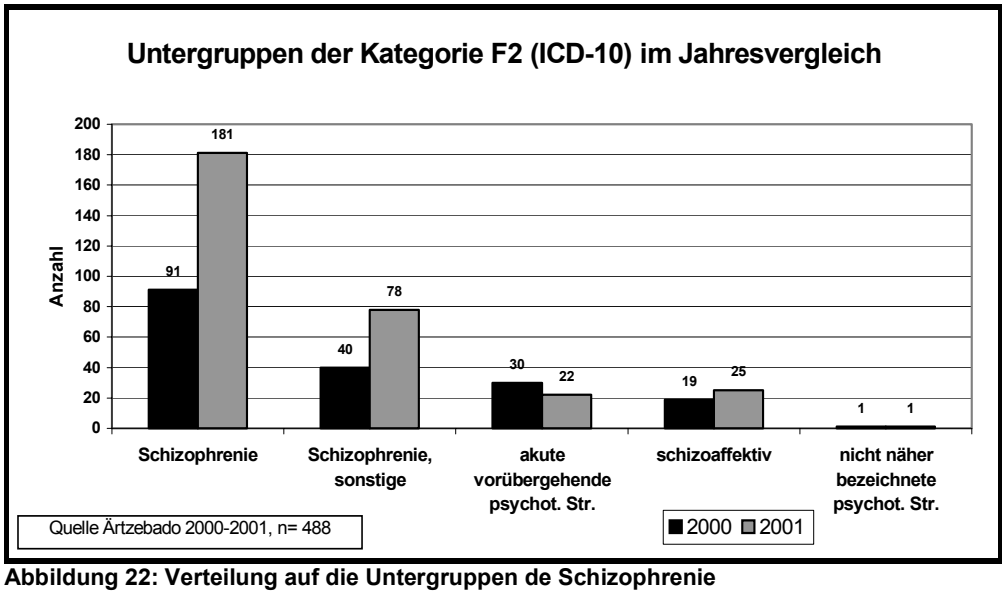

Abbildung 22: Verteilung auf die Untergruppen de Schizophrenie

Zusammenhang zwischen Diagnose und Einsatzart

Grundsätzlich zeigen sich geringe Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung der diagnostizierten Störungen und der Verteilung auf die jeweiligen Einsatzarten. Mobile Einsätze erfolgten häufiger bei „Schizophrenien“ und Intelligenzminderungen als es dem relativen Anteil der Diagnosen insgesamt entspricht, während telefonische Beratungen bei Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen oder anderen psychischen Störungen im Vordergrund standen. Deutlich wird an dieser Grafik noch einmal, dass Klienten mit der Diagnose „Schizophrenien“ in hohem Maße den ärztlichen Hintergrunddienst beschäftigen, sie machen in knapp 42% die Anlässe für mobile ärztliche Einsätze und, wie im Kapitel 4.1.4 dargestellt, rund die Hälfte aller Anlässe für Einweisungen nach dem PsychKG, aus.

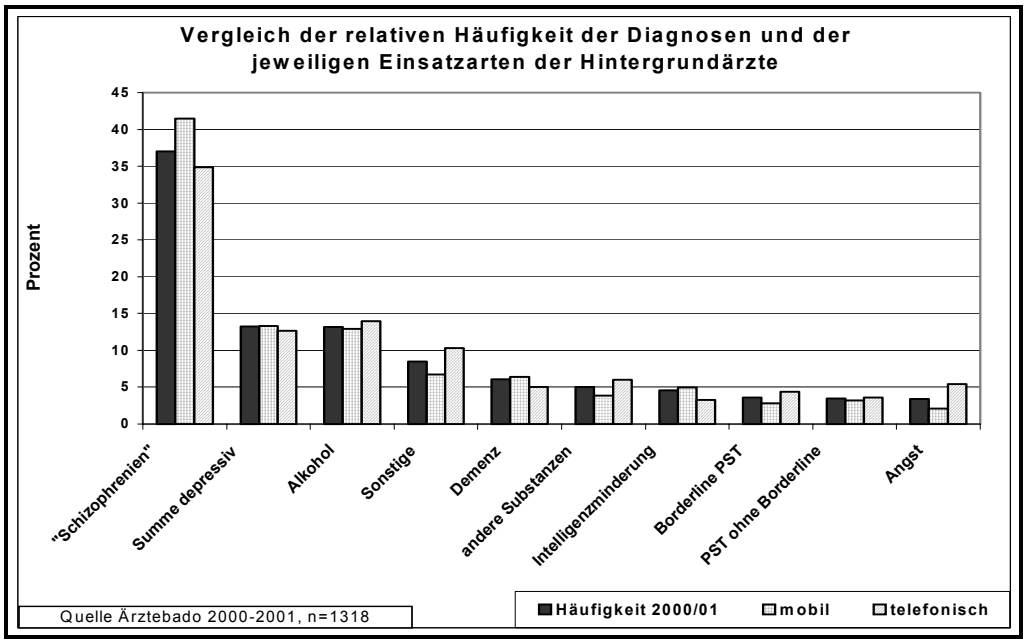

Abbildung 23: Diagnosen und Einsatzarten

Zusammenhang Diagnosen und Regionen

Im Regionsvergleich kommt es zu Unterschieden hinsichtlich der relativen Häufigkeit der vergeben Diagnosen. So findet sich in der Region *Mitte* neben einem erhöhten Anteil an „Schizophrenien“ die höchste Häufigkeit an Persönlichkeitsstörungen. In *West* wird im Regionsvergleich der höchste Anteil an Störungen im Zusammenhang mit Alkohol sowie ein hoher Anteil an Demenzdiagnosen registriert. Zusammen mit der Region *Südost* erzielt die Region *Nord* den höchsten Prozentsatz von Fällen mit Intelligenzminderung. Die Region *Südwest* erzielt im Vergleich zu den anderen Regionen die höchsten Werte bei den durch psychotrope Substanzen bedingten Störungen sowie bei manisch getönten affektiven Störungen. In der Region *Ost* tritt ein erhöhter Anteil an Störungen durch Alkohol, Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen auf. *Südost* weist neben einer erhöhten Rate an Borderline-PST den höchsten Anteil an depressiven affektiven Störungen, an Fällen mit Intelligenzminderung und sonstigen Diagnosen auf.
Während des *Tagdienstes* stehen die Demenzdiagnosen im Vordergrund, sicher ein Hinweis auf den Informationsbedarf der Angehörigen Demenzkranker (insbesondere an den Wochenenden). Im *Nachtdienst* wird der höchste Anteil an Borderline-PST diagnostiziert und im Vergleich zu anderen Regionen zeigt sich ein erhöhter Anteil an Störungen durch Alkohol.

Zusammenhang zwischen Diagnose und akute Suizidalität

Durch einen $\chi 2$ Test ist statistisch nachweisbar, dass sich das Auftreten von Zuständen akuter Suizidalität nicht gleichmäßig auf die verschieden Diagnosegruppen verteilt. Bei der Einschätzung der Suizidalität durch die Hintergrundärzte kann der engste Zusammenhang zu den Diagnosen depressive Störung, „Schizophrenie“ und Störung durch Alkoholkonsum hergestellt werden. Ein eindeutig erhöhtes Risiko liegt ferner bei den Klienten mit Borderline-PST und Störungen vor, die durch den Gebrauch psychotroper Substanzen bedingt sind.

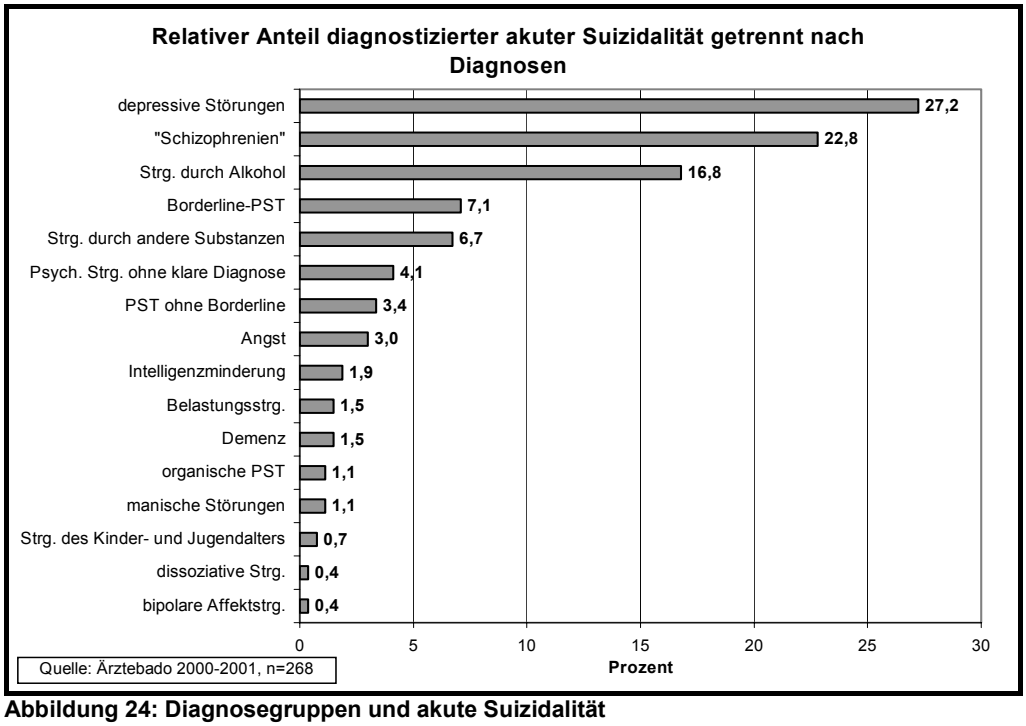

Abbildung 24: Diagnosegruppen und akute Suizidalität

5.1.2.3.3 Bedrohung von Personen und Gütern

Die Ärzte gaben in ihrer Dokumentation an, in welchem Ausmaß eine ernste Bedrohung von Personen oder Gütern vorgelegen habe, wobei die Ausprägungsgrade von *gar nicht* bis *sehr* möglich waren. Die Berechnung des Mittelwertes über alle Bögen ergab einen Wert von 3 bei einer Standardabweichung von 1,5 (n = 1174), d.h. es tritt bezüglich der Einschätzung des Bedrohungsgrades über alle Fälle hinweg eine relativ große Spannbreite auf. Andererseits zeigt die in der folgenden Grafik aufgetragene Verteilung der einzelnen Angaben auf die fünf Ausprägungen, dass in einem guten Fünftel der Fälle eine *sehr ernste* und in über 40% eine *sehr ernste* oder *ziemliche* Bedrohung registriert wurde. Andersherum wird in nur etwa einem Drittel der Fälle keine oder kaum eine ernste Bedrohung von Personen oder Gütern festgestellt.

Es kann also anhand dieser Daten konstatiert werden, dass der ärztliche Hintergrunddienst in hohem Maße dann hinzugezogen wird, wenn eine eskalierende Krise, die auch die Bedrohung von Menschen oder Gütern betrifft, vorliegt. Dabei wird bei der Durchsicht der entsprechenden Bögen deutlich, dass es sich sowohl um Situationen mit Fremd- wie solche mit Eigengefährdung handelt.

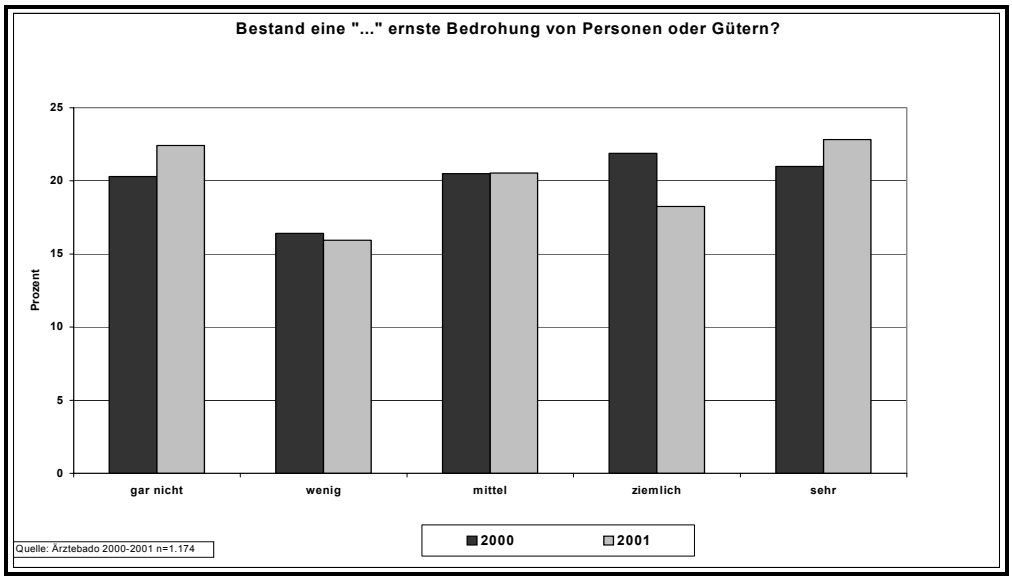

Abbildung 25: Grad der Bedrohung von Personen und Gütern

Bedrohungsgrad nach Regionen

Bei der Aufschlüsselung des von den Ärzten eingeschätzten Grades der Bedrohlichkeit in den Einsätzen nach Regionen ergeben sich erhebliche Verteilungsunterschiede. Deutlich „führen“ hier die Regionen *Nord* und *West* vor dem *Tagdienst*, der Region *Mitte* und dem *Nachtdienst*. Die Situationen in *Ost*, *Südost* und *Südwest* werden deutlich seltener als erheblich bedrohlich eingeschätzt. Eine Erklärung für diese Unterschiede mögen die unterschiedlichen Häufigkeiten der vergebenen Diagnosen (und der dargestellten Zusammenhänge mit der Notwendigkeit von Einweisungen) sein.

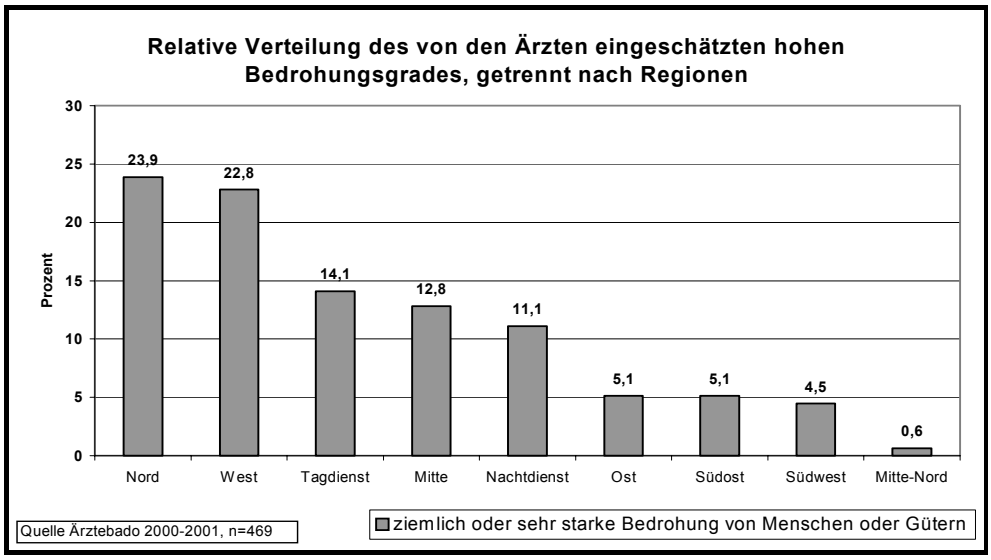

Abbildung 26: Bedrohungsgrad nach Regionen[9]

5.1.2.3.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Klienten, mit denen es der ärztliche Hintergrunddienst zu tun bekommt, durch diesen in hohem Maße als akut suizidal eingeschätzt werden. Die Verteilung auf Diagnosegruppen ergibt deutlich andere Schwerpunkte als bei den Einweisungen nach PsychKG (dort: „Schizophrenien“, hier: depressive Störungen). Grundsätzlich sind aber mit weitem Abstand die Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“ Anlass für einen ärztlichen Einsatz.
In hohem Maße schätzen die Ärzte eine *ernste Bedrohung für Personen und/oder Güter* während ihrer Einsätze ein.
Getrennt nach den Regionen lassen sich sowohl Unterschiede hinsichtlich Häufigkeit der vergebenen diagnostischen Kategorien wie auch hinsichtlich des eingeschätzten Bedrohungsgrades abbilden. Beide Befunde deuten (wie jene der unterschiedlichen Häufigkeit von Einweisungen) auf regionale Unterschiede hin, die sicher nicht allein mit einem unterschiedlichen konzeptionellen Krisenverständnis der Mitarbeiter zu erklären sind, sondern auch mit regionalen Besonderheiten der Klienten bzw. Versorgungslandschaften.
Es wird insgesamt deutlich, dass die Ärzte häufig in schwerwiegenden, sogar bedrohlichen Krisensituationen hinzugerufen werden, die als *psychiatrische Krisen* im engeren Sinne bezeichnet werden müssen.

5.1.2.4 Probleme und Bedarf der Nutzer

5.1.2.4.1 Vorbemerkung und Datenquellen

In diesem Kapitel werden die erhobenen Daten zu den Problemen bzw. Konflikten (bzw. deren Agglomerationen) der Nutzer des BKD dargestellt. Einen Einblick in die dargestellten und festgestellten Probleme bieten die Auswertungen verschiedener Variablen aus der BaDo, wobei Mehrfachnennungen je Person möglich waren.
Dabei handelt es sich zunächst um diejenigen Probleme, die aus Sicht der Mitarbeiter oder nach Angaben der Nutzer eine Rolle spielten.
Im weiteren Verlauf werden auch qualitative Analysen von Texten aus der BaDo vorgestellt, die weitere Informationen zum Bedarf der Klienten und der Angehörigen geben.

5.1.2.4.2 Probleme der Nutzer

In der ersten Grafik ist die relative Verteilung der angegebenen Problemkategorien abgebildet. Eine Reihe weiterer Probleme, die seltener genannt wurden, wurde nicht aufgenommen.
Es wird insgesamt eine breite Palette von Problemen genannt, dabei erweist sich die Kategorie *Probleme mit sich selbst* als relativ wenig spezifisch, wird sie doch von den Befragten als allgemeine Kategorie (oder eher als Metapher) fast stets benutzt, hinter der sich vielfältige Probleme verbergen.

Einsamkeit und *Trennungsprobleme* spielen erwartungsgemäß eine wichtige Rolle als Ursache oder als Hintergrund einer krisenhaften Entwicklung. Über 20% der

[9] Die Werte für die „Region“ Mitte-Nord stammen aus nicht einwandfrei zuzuordnenden Bögen, die sich auf beide Regionen beziehen können.

Nutzer haben Probleme mit einer *eigenen schweren Krankheit*. Weiter deuten eine Reihe von häufig genannten Problemkategorien aber auch auf einen hohen Anteil an Betroffenen hin, bei denen sozioökonomische Problemen (finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, Probleme mit Wohnung oder Arbeit usw.) eine wichtige Rolle spielen. Sie werden zusammen in fast 50% der Fälle genannt.
Deutlich wird insgesamt das erwartete breite Spektrum der genannten Probleme, wenn die in der Konzeption genannten vielfältigen Nutzergruppen zum Maßstab genommen werden.

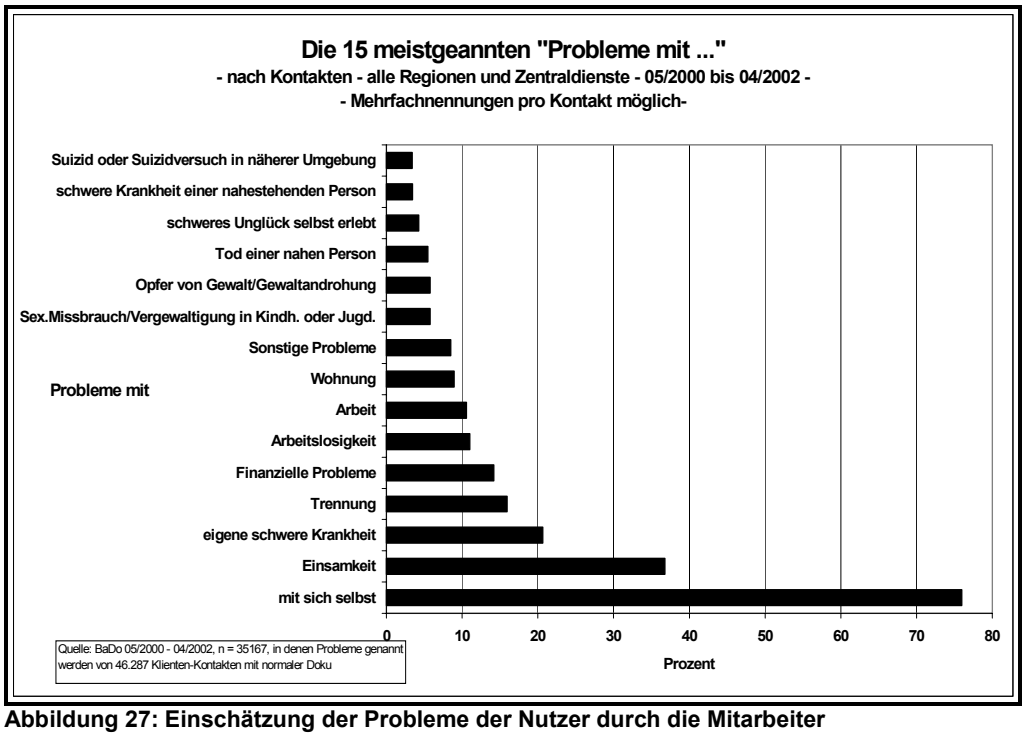

Abbildung 27: Einschätzung der Probleme der Nutzer durch die Mitarbeiter

5.1.2.4.3 Bedarf der Klienten

Außer den Problemen, die die Nutzer nennen, ist für die Arbeit des Krisendienstes wichtig, mit welchen Bedürfnissen (nach Hilfe oder Unterstützung) bzw. Bedarfen sich die Klienten an die Berater wenden. In der BaDo wird der Bedarf der Nutzer von den Mitarbeitern abgeschätzt und entlang der vorgegebenen Kategorien vermerkt. Es handelt sich hier um eine Mischkategorie aus *Bedarf* und *Bedürfnis*, da zwar *Bedürfnisse* von den Nutzern geäußert werden sollen, diese aber von den Mitarbeitern als *Bedarfe* in die vorgegebenen Kategorien einsortiert werden. Eine solche Vermischung der Informationsquellen ist zwar methodisch nicht wünschenswert, lässt sich aber in der Praxis kaum vermeiden. In der Folge wird der Begriff *Bedarf* vor diesem Hintergrund benutzt.
Aus der nächsten grafischen Darstellung sind die Häufigkeitsverteilungen der ausgefüllten Bedarfskategorien ersichtlich. Dabei wird erneut das breite Spektrum der Bedarfe der Nutzer deutlich. Zunächst wird sichtbar, dass es ihnen – in Übereinstimmung mit Krisentheorien – zunächst um Verständnis und menschliche Zuwendung geht (*Persönliche Zuwendung/Verständnis; jemanden haben, der wirklich zuhört (Dialog); einfach nur reden (Monolog)*; *sich abreagieren; einen Ver-*

bündeten finden; Schutz). Die Erfüllung dieser Bedarfe hat einen hohen Stellenwert für die Kontaktaufnahme und die Entwicklung der Bereitschaft der Nutzer, sich weiter mit der Krisensituation auseinander zu setzen. Diese erfolgt dann u.a. durch die Strukturierung der Situation (*Klärung der inneren Situation*, *Zukunftsorientierung*) und durch praktische Hilfen, die entweder in Form von *Rat* und *Informationen* oder von direktem Eingreifen (*Vermittlung an zuständige Institution*, *mobiler Einsatz*, *Folgekontakte*, *Deeskalation*) erfolgen können. Durch die Erhebung weiterer Daten und die Analyse anderer Variablen ergibt sich ein differenzierteres Bild über die Bedarfe der Nutzer und deren Erfüllung (s. Kapitel 5.2.2, *Bewertung durch Nutzer*).

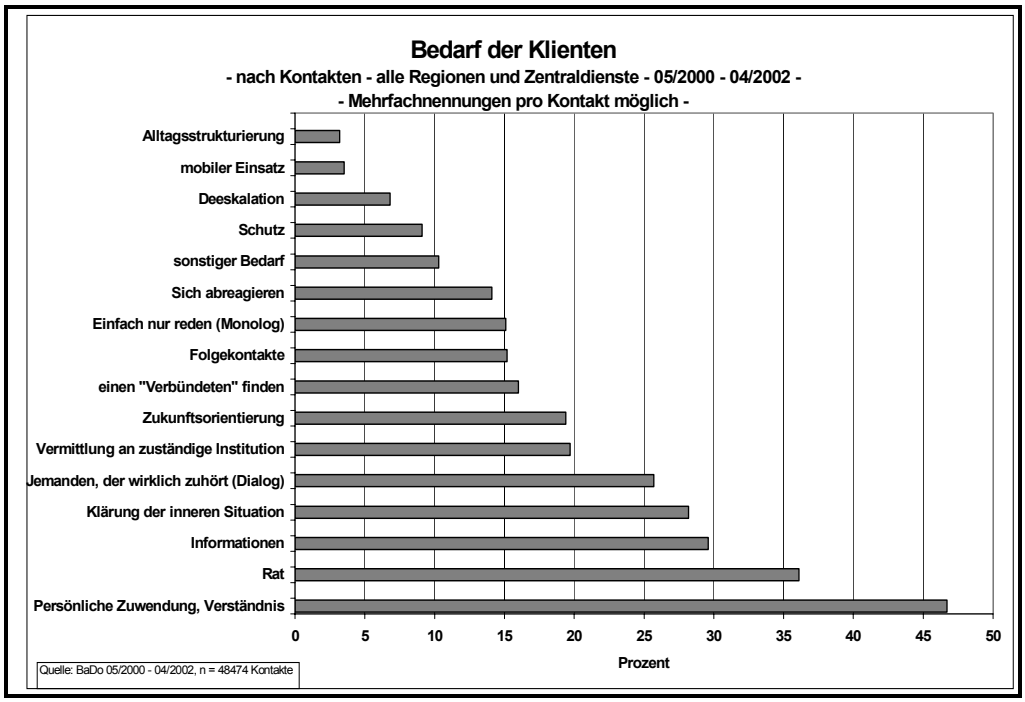

Abbildung 28: Einschätzung des Bedarfs der Klienten durch die Mitarbeiter

5.1.2.4.3.1 Faktorenanalyse über den Bedarf der Klienten

Aus 61.133 Kontakten mit Klienten der Jahre 2000 und 2001 mit normaler Dokumentation wurden diejenigen Kontakte ausgewählt, bei denen Angaben für diesen Bereich eingetragen waren (19.386 Kontakte). Bei einer PCA-Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation konnte die folgende Faktorenladung gefunden werden, durch die 48% der Varianz aufgeklärt wird. Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis dieser Berechnungen.

Bedarf nach	Faktor 1 Orientierung Zuwendung	Faktor 2 Information	Faktor 3 Gedultetes Abreagieren	Faktor 4 Schutz durch konkrete Maßnahmen	Faktor 5 Konkrete Hilfe
Klärung der Situation	0,657				
Jemanden haben, der zuhört	0,637				
Zukunftsorien-tierung	0,614				
Persönliche Zuwendung, Verständnis	0,606				
Folgekontakte	0,374				
Information		0,812			
Rat		0,723			
Vermittlung an zuständige Institution		0,63			
Sich abreagieren			0,722		
Einfach nur reden			0,693		
Einen „Verbün-deten“ finden			0,497		
Mobiler Einsatz				0,675	
Schutz				0,614	
Deeskalation				0,613	
Sonstiger					0,677
Alltagsstrukturier ung					0,639

Tabelle 4: Faktorenanalyse über Bedarfskategorien

Mit der Methode der Faktorenanalyse lassen sich Zusammenhänge zwischen den einzelnen Bedarfen errechnen, die eine Gruppierung und damit eine Reduzierung der Bedarfe erlauben.

Im *ersten Faktor* laden Bedarfe die sich mit dem Begriff Bedarf nach *Orientierung und Zuwendung* zusammenfassen lassen. Hier geht es um den Wunsch nach empathischer menschlicher Zuwendung, die Halt, aber auch bereits Struktur gibt.

Im *zweiten Faktor* fallen Bedarfe zusammen, bei denen eher Information gewünscht wird, hierzu gehören auch ein Rat oder eine konkrete Vermittlung.

Im *dritten Faktor* wird ein Bedarf danach, „sich abzureagieren“ in Gegenwart eines Menschen beschrieben, den man als Verbündeten erleben kann.

Im *vierten Faktor* steht der Wunsch nach Schutz im Vordergrund, der auch durch Deeskalation oder mobilen Einsatz realisiert werden kann.

Der *fünfte Faktor* fasst *sonstige Bedarfe* und Bedarf nach *Alltagsstrukturierung* zusammen, er ließe sich eventuell als Bedarf nach konkreter Hilfe interpretieren.

5.1.2.4.3.2 Bedarf der Klienten anhand analysierter Texte der BaDo

Als weitere Datenquelle dienten 100 zufällig ausgewählte Datensätze, in denen die Mitarbeiter die Möglichkeit nutzten, Freitexte unter den Überschriften *Bedarf* und *Anlass* zu verfassen. Aus der Analyse lassen sich vier Bedarfsgruppen zusammenziehen:

Einfach jemanden (einen Menschen) brauchen
Der Klient will reden, von sich erzählen, seine eigene Meinung sagen, sich ein Podium schaffen oder einfach nur Unterhaltung.

Entlastung
Der Klient möchte Druck und Spannung loswerden, seinen Frust abladen (siehe auch Faktor 3 der Faktorenanalyse).

Verständnis, Orientierung
Der Klient braucht Verständnis, Trost, Sicherheit, Nähe, Bestätigung oder Selbstvergewisserung. Er will die eigenen Seiten wahr- und angenommen wissen.

Rat, Vermittlung, professionelle Hilfe
Gesucht wird ein Ausweg, Situationsklärung, Lebenshilfe, Ressourcensuche, Klärung familiärer Fragen, Lösung in Beziehungsproblemen, Handlungsvorschläge, Entscheidungshilfe, allgemeine oder berufliche Orientierung, Vermittlung einer Therapie und Unterstützung bei Medikamentenentzug, Hilfen bei Gerichtsverfahren oder Klinikrückkehr. Es kann darum gehen, das eigene Überleben sicherzustellen oder sich vor sich selbst zu schützen.

5.1.2.4.4 Bedarf der Angehörigen

Der Frage nach dem Bedarf der Angehörigen wurde ebenfalls über den Weg der angekreuzten Kategorien der BaDo und über eine Analyse der Freitexte nachgegangen.
Die Zusammenstellung des Bedarfs der Angehörigen entlang der vorgegebenen Kategorien der BaDo zeigt ein von den Klienten deutlich verschiedenes Muster der relativen Häufigkeiten (s. folgende Grafik): *Information* und *Rat* sowie *Vermittlung an zuständige Institutionen* rangieren eindeutig an der Spitze. Dies ist ein Befund, der einerseits die angestrebten Aufgaben des BKD in Bezug auf Angehörige widerspiegelt. Andererseits ist aber interessant, dass immerhin in gut 15% der Fälle ein *mobiler Einsatz* als Bedarf angegeben wird, mehr als dreimal so häufig wie bei den Klienten selber. Das deutet auf die *Funktion* der Angehörigen in zugespitzten Krisensituationen hin, Hilfe (herbei) zu rufen. Die intensiveren direkten Gesprächsformen bzw. persönlichen Kontaktaufnahmen werden im Vergleich zu den Klienten deutlich seltener als Bedarf registriert. Das deutet darauf hin, dass der BKD sich v.a. auf die Klienten im engeren Sinne konzentriert, zwar Angehörigen Informationen gibt, sie weitervermittelt und deren Bedarf für mobile Einsätze registriert, sie aber nicht zu Klienten macht.

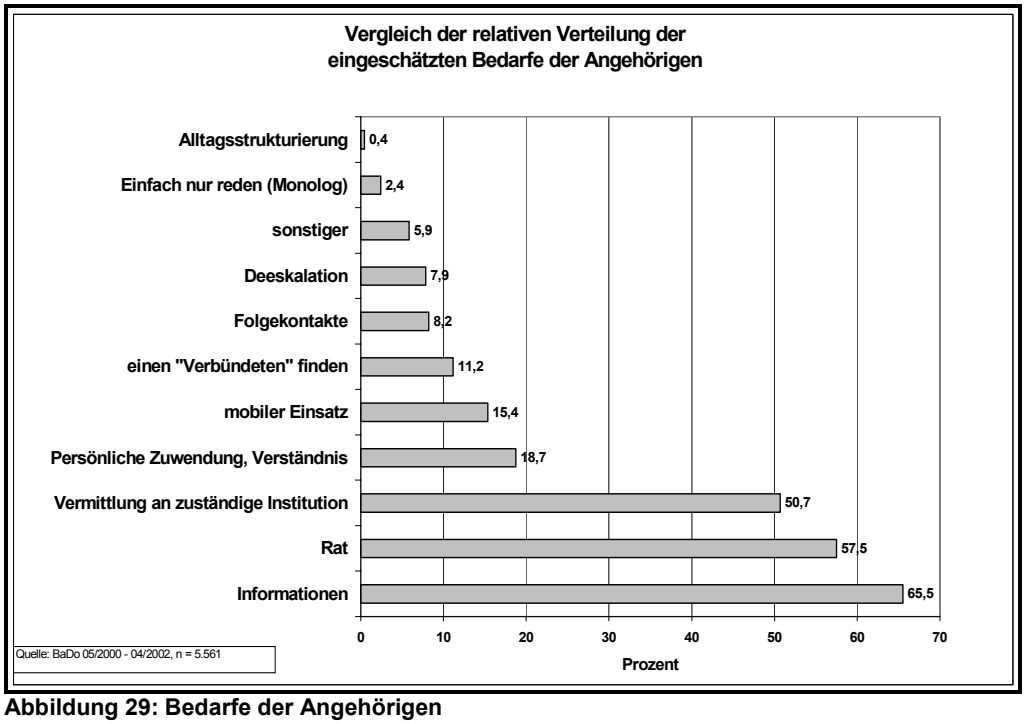

Abbildung 29: Bedarfe der Angehörigen

Im Rahmen einer Studienarbeit wurden insgesamt 240 Freitexte von Kontakten mit Angehörigen untersucht[10], dabei wurde ein besonderer Fokus auf die Auslösesituationen bzw. auf die Anlässe gelegt, welche die Angehörigen angeben, wenn sie den BKD kontaktieren.
Sowohl krisenerfahrene Angehörige, die die Mehrheit der untersuchten Kontakte darstellen, als auch -unerfahrene Angehörige benennen quasi Alarmzeichen, die sie zum Überschreiten der Schwelle zur Kontaktaufnahme mit dem Krisendienst motivieren.

Folgende Anlässe können herausgearbeitet werden, es werden hier jeweils Beispiele zur Illustration aus den Texten angeführt:

Suizidandrohung

„Exmann von Frau S. ruft an, um mitzuteilen, dass seine Exfrau sich heute versucht hat, die Pulsadern zu öffnen“

„Ehefrau hat heute auch über Suizidgedanken als *Erlösung von ihren Ängsten* gesprochen“

Verhaltensänderung bzw. -auffälligkeit

„Sie hat innerhalb einer Woche 6 Kilo abgenommen, ist kaum mehr bezogen auf andere .. schläft kaum.“

„Er ist seit drei Tagen psychotisch auffällig. Seine Auffälligkeit soll heute enorm zugenommen haben. Er attackiere Autos auf der Strasse ...“

„Mutter ruft besorgt an, da ihr psychisch labiler Sohn auf sie nicht mehr reagiert, nicht ansprechbar ist und nur noch auf der Erde liegt, bzw. bei Nachfragen, ob er schon gegessen hat, mit dem Kopf auf dem Boden schlägt.“

[10] BALLON et al. (2002)

Aggressionen, eigene Bedrohung

„Unter Tränen berichtet sie von seinen verbalen und jetzt auch tätlichen Übergriffen ihr gegenüber..."

„Sohn zeigte Anzeichen einer schizophrenen Erkrankung und ist nun aggressiv. Hat heute Mutter bedroht."

Ende der Kräfte, Abgrenzung

„Sie konnte das Gejammer nicht mehr aushalten und weiß nun nicht, wie es weitergehen kann"

„Sie kann aber nicht mehr den Anforderungen der Tochter gerecht werden."

„Sie will sich jetzt stärker von ihm abgrenzen"

Sorge

„die Mutter ist in großer Sorge, da ... die Tochter sich in einer körperlichen und seelischen Krisensituation befindet"

„Anrufer ist besorgt um seine Frau, die keine Medikamente mehr nimmt und keine Krankheitseinsicht hat."

Überforderung

„Der Vater ist überfordert und frustriert."

Die Beschäftigung mit den Anlässen zur Kontaktaufnahme zeigt die Angehörigen als Nutzer, die vor dem Kontakt mit dem BKD oft schon sehr viel ausgehalten haben. Viele haben eine hohe Schwelle, bevor es heißt: bis hierhin und nicht weiter – bei Gewalt des Betroffenen gegen sich selbst oder andere und bei drastischen Auffälligkeiten sowie bei Überforderung und Abgrenzungsnotwendigkeit von Seiten der kontaktierenden Person.

Bei der Untersuchung dieser Daten fiel übrigens auf, dass die anrufenden Angehörigen im Laufes des Kontakts zum größten Teil die Mandanten des Krisendienstes waren und blieben. Anders als bei den Kontakten mit Profis, besonders im Bereich der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung (s. Kapitel 5.1.2.7.10), fand kein Mandatswechsel auf den *Klienten im engeren* Sinne statt.

5.1.2.4.5 Bedarf der Professionellen

Als dritte Gruppe unter den Nutzern lassen sich schließlich noch die Professionellen unterscheiden. Auch hier ergeben sich bezogen auf den Bedarf interessante Verteilungsunterschiede zu den ersten beiden Gruppen: Wie bei den Angehörigen ist die Kategorie *Informationen* die am häufigsten genannte. Mit deutlichem Abstand folgt dann der Bedarf der *Vermittlung an zuständige Institutionen*, ein konkretes Anzeichen für die Weichenfunktion des BKD im psychosozialen und gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetz. Von allen drei Gruppen wird der Bedarf eines *mobilen Einsatzes* durch den BKD bei der Gruppe der Professionellen am häufigsten dokumentiert: hier wird der BKD als Notfallhilfe vor Ort von Professionellen in eine andere Institution gerufen. In gut 7% der Fälle wird ein Klient durch einen Professionellen für den BKD angekündigt, ein weiterer Hinweis auf die Vernetzungs- bzw. Kooperationssituation, in der der BKD inzwischen ist. Zum Bedarf der Professionellen aus dem gB-Bereich s. auch Kapitel 5.1.2.7.10.

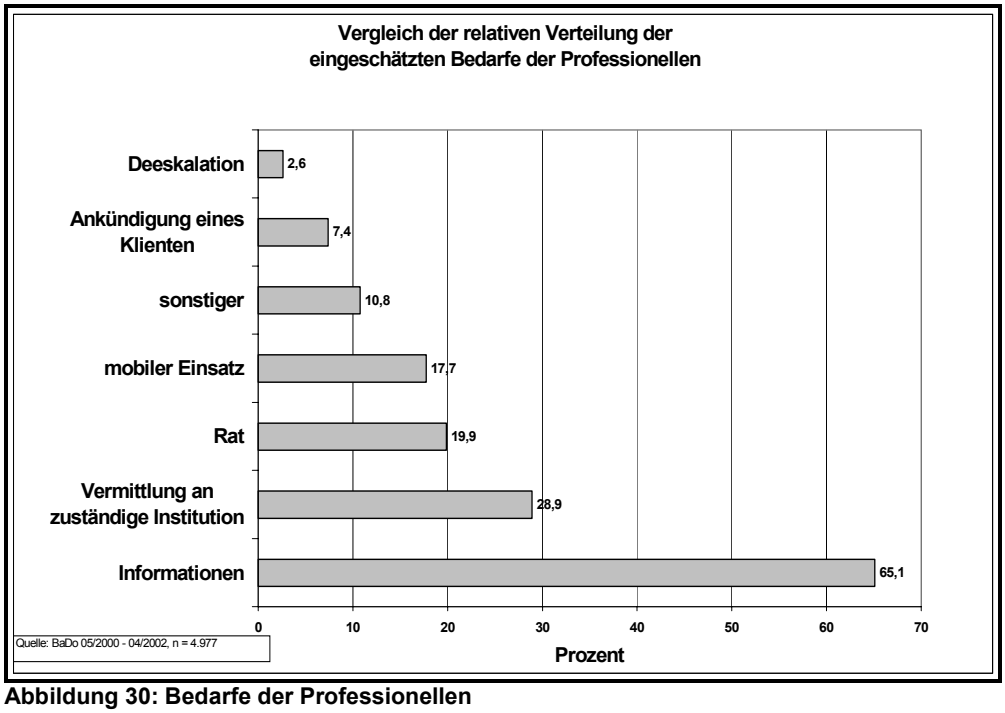

Abbildung 30: Bedarfe der Professionellen

5.1.2.4.6 Zusammenfassung

Aus unseren Untersuchungsergebnissen zur Problematik und zum Bedarf der Nutzer des BKD lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Nutzer mit vielfältigen Problemen bzw. -agglomerationen und Bedarfen an die Berater herantreten, die sich hinsichtlich der drei Gruppen von Kontaktpersonen (Klienten, Angehörige und Profis) differenzieren lassen. Aus der Differenzierung der Bedarfe kann schließlich gefolgert werden, dass die Klienten im engeren Sinne von den persönlichen und intensiven Interventionen des BKD profitieren, während der Dienst für Angehörige und Professionelle eine Weichenfunktion bzw. eine ergänzende Hilfe im System darstellt. Während also auf der einen Seite (der Klienten) von einer Beratung und Krisenintervention im engeren Sinne gesprochen werden kann, handelt es sich auf der anderen Seite um eine Informations- und Screeningfunktion bzw. eine komplementäre Aufgabe in Notfällen.

5.1.2.5 Ausgewählte Klientengruppen

5.1.2.5.1 Vorbemerkung und Datenquellen

Um konkretere Aussagen über ausgewählte Nutzergruppen machen zu können, haben wir beispielhaft einige Subgruppen gebildet, für die der BKD entsprechend seines Konzeptes sein Angebot konstelliert hat. Methodisch stellt sich grundsätzlich die Frage, mit welcher Gesamtgruppe solche Stichproben verglichen werden sollen. Wir haben hier die näher beschriebenen Subgruppen untereinander und mit der Gesamtgruppe aller Kontakte verglichen. Natürlich überschneiden sich die Subgruppen aber auch untereinander: So kann ein Mensch mit der Diagnose Schizophrenie auch akut suizidal sein oder zusätzlich die Zuschreibung geistig behindert haben (u.u.). Auch sind in der Gruppe der als chronisch psychisch krank gekennzeichneten viele Klienten mit der Diagnose Schizophrenie zu finden.

5.1.2.5.2 Menschen mit chronischen psychischen Störungen

Die Frage, ob der BKD auch von Nutzern aufgesucht wird, die als *chronisch psychisch krank* bezeichnet werden können bzw. insbesondere, ob der BKD eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit der Enthospitalisierung in Berlin spielt, lässt sich nicht einfach aus dem Datenmaterial ablesen. Schon vor Beginn der Begleitforschung diskutierten wir mit Mitarbeitern, wie denn eine sinnvolle Operationalisierung und Dokumentation dieser Fälle durchgeführt werden könnte. Es zeigte sich, dass dies für die tägliche Arbeit des BKD nicht sinnvoll möglich war. Allein die publizierte Debatte um die Frage, wer denn als (ehemals) in der Psychiatrie *hospitalisierter* Patient gelten solle und die Frage, wie in einer Krisensituation solche Kriterien sicher überprüft werden könnten, ließ das Vorhaben, entsprechende Variablen in die BaDo aufzunehmen, scheitern.

Wir haben nun die Daten daraufhin überprüft, wie oft der BKD von Menschen kontaktiert wird, die in betreuten Wohneinrichtungen leben und haben die Kontakte mit Menschen mit festgestellter *geistiger Behinderung* herausgerechnet. So ergibt sich eine Gruppe von Menschen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit als *chronisch psychisch krank* bezeichnet werden können, da dies eine Voraussetzung zur Finanzierung dieser Betreuungsmaßnahmen ist. Andererseits ist sicher, dass die Gesamtzahl der Nutzer, die chronisch psychisch krank sind, deutlich höher liegen muss, da diese (längst) nicht alle in betreuten Wohneinrichtungen leben.

Von Mai 2000 bis April 2002 wurden insgesamt 1.825 Kontakte mit in dieser Weise als c*hronisch psychisch krank* zu bezeichnenden Klienten registriert. Es kann also festgestellt werden, dass Klienten mit dieser Eigenschaft vom BKD versorgt werden.

5.1.2.5.3 Menschen in suizidalen Krisen

Eine weitere wichtige Zielgruppe des BKD stellen die Menschen dar, die in eine suizidale Krise geraten. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, den Anteil der Suizidalen aus den Datensätzen zu filtern, da es an verschiedenen Stellen der BaDo die Möglichkeit gibt, dieses Merkmal anzukreuzen. Bezogen auf die *Zustandsbilder* wurden in der Auswertungszeit 7.928 Kontakte (von 30.386 verwertbaren Fällen, entspricht gut 26% dieser Kontakte) mit suizidalen Menschen registriert. Allerdings wird der größere Anteil dieser Klienten als *latent*, der kleinere als *akut* suizidal eingeschätzt (86% vs. 14%) – die Gruppe der als *akut suizidal* einge-

schätzten Klienten ist mit absolut 1.101 aber doch groß. Immerhin in 16% der Kontakte wurde eine *konkrete Suizidabsicht* von den Nutzern geäußert.
Nimmt man all jene Kontakte zum Maßstab, in denen in der Kategorie *Suizidalität* (nicht *Zustandsbild)* ein Häkchen gemacht wurde, so erhält man 23.799 Kontakte von allen (67.184), dies entspricht einem relativem Anteil von 35,4%. Einerseits dürften in dieser Zahl Kontakte zu finden sein, für die die *Zustandsbilder* gar nicht ausgefüllt wurden, andererseits auch alle Dauernutzer, bei denen (mindestens) einmal in einem Kontakt Suizidalität festgestellt wurde, in den anderen Kontakten aber vielleicht nicht (mehr).
Anhand der vorgestellten Daten kann sicher ein relativ hoher Anteil an suizidalen Klienten des BKD konstatiert werden, durch die (datentechnische) Problematik der anonymen Dokumentation kann aber kaum auf die zugrundeliegende Personenzahl geschlossen werden. Dennoch ist der Anteil der Kontakte mit suizidalen Klienten von mindestens einem Viertel hoch, darunter befindet sich auch eine erhebliche Anzahl *akut suizidaler* Menschen. Im Kapitel 5.2.2.8 wird nochmals auf die Suizidalität (Veränderung im Verlauf des Kontaktes) eingegangen.

5.1.2.5.4 Menschen mit geistiger Behinderung

An dieser Stelle werden diese Adressaten erneut genannt und hinsichtlich einiger Variablen mit den anderen Gruppen verglichen. In die folgenden Berechnungen gingen (wie im folgenden Kapitel) 1.250 Kontakte mit geistig behinderten Klienten ein. Ausführlicher wird diese Nutzergruppe in Kapitel 5.1.2.7 dargestellt.

5.1.2.5.5 Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Klienten mit dieser psychiatrischen Diagnose machen eine wichtige und recht große Gruppe der Kontakte des BKD aus. Hier werden alle Kontakte hinzugezogen, für die eine der diagnostischen Kategorien F20 aus der ICD-10 registriert wurden. Wir haben diese Gruppe zusätzlich zu jener der chronisch psychisch Kranken ausgewählt, da viele dieser Klienten nicht in psychosozialen Wohneinrichtungen leben. Für unsere Berechnungen waren 3.461 registrierte Kontakte verwertbar.

5.1.2.5.6 Kontaktart und Interventionen bei verschiedenen Klientengruppen

Die nachfolgende Grafik zeigt nun die unterschiedlichen relativen Häufigkeiten für die Kontaktart und einige Interventionen für die oben genannten Zielgruppen. Es lassen sich deutliche Unterschiede feststellen, die grobe Anhaltspunkte dafür liefern, dass unterschiedliche Aufgaben auf den BKD zukommen, je nachdem, zu welcher der Gruppen ein Klient zuzuordnen ist. Während die Menschen ohne Suizidalität am seltensten mobile oder ärztliche Einsätze bzw. Klinikeinweisungen benötigen, werden diese Kontakt- und Interventionsarten bei Menschen mit Schizophrenien bzw. bei chronisch psychisch Kranken am häufigsten nötig. Die Klienten mit geistigen Behinderungen benötigen am häufigsten persönliche Gespräche und häufig mobile Einsätze, jedoch seltener (auch) ärztliche Einsätze. Menschen, die als suizidal eingeschätzt werden, bilden quasi eine Mittelgruppe. Hinsichtlich der Variable *Alternative für Klinikeinweisung entwickelt* heben sich die vier genannten Gruppen von der Gesamtzahl der Klienten deutlich ab: für sie werden etwa doppelt so häufig Alternativen zu einem stationären Aufenthalt entwickelt. Daraus lässt sich folgern, dass einerseits zunächst häufiger Klinikeinweisungen als notwendig imponieren, dann aber Alternativen gefunden bzw. entwickelt werden können.

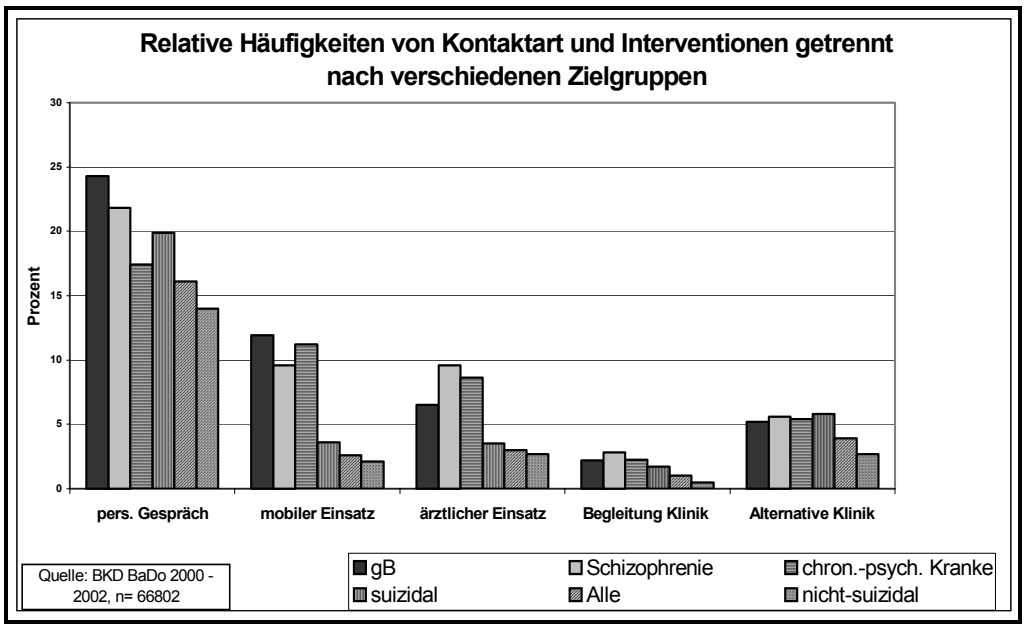

Abbildung 31: Kontaktart und Interventionen getrennt nach Zielgruppen

5.1.2.5.7 Zusammenfassung

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass sich auch aus dem Datenmaterial der BaDo unterschiedliche Klienten- und damit Zielgruppen des BKD mit unterschiedlichen Interventionsprofilen herausschälen lassen, auf deren Krisen differenziert reagiert wird bzw. für die eine unterschiedliche qualitative Nutzung des BKD dokumentiert wurde. Es wird auch durch diese Berechnungen deutlich, dass der Anteil der Menschen mit ernsten Krisen, die den BKD nutzen, insgesamt hoch ist.
Die hier vorgestellten Daten korrespondieren gut mit den publizierten Forschungsergebnissen zum Thema, nach denen unterschiedliche Zielgruppen anhand ihrer Störung bzw. ihres aktuellen Zustands tendenziell unterschiedliche Interventionen benötigen.

5.1.2.6 Klassifizierung der Klienten des BKD hinsichtlich durchlebter Krise, erfolgter Krisenintervention und soziodemografischen Merkmalen

5.1.5.6.1 Vorbemerkung, Methode

Aus der systematischen Durchsicht und Analyse der Theorien und empirischen Ergebnisse wurde ein exploratives Krisen- und Kriseninterventionsmodell entwickelt, das eine Gruppenbildung bezüglich Krisenarten, Kriseninterventionen und soziodemografischen Merkmalen ermöglicht.
Fragen zu Aspekten von Krisen, Kriseninterventionen und soziodemographischer Merkmale der Klienten des Berliner Krisendienstes beantworteten die Forscher im Rahmen der Begleitforschung des BKD. Doch gibt es keine Untersuchung, die die Zusammenhänge zwischen Krisenart, Intervention und soziodemographischen Merkmalen aufzeigt. Aus der theoriebasierten Exploration der theoretischen und empirischen Grundlagen von Krise, Krisenintervention und soziodemografischen Merkmalen mit dem Ergebnis eines gemeinsamen Modell entstand die Forschungsfrage[11]:

Lassen sich aus der Gesamtheit der Klienten des Berliner Krisendienstes homogene Teilmengen identifizieren, die unterschiedliche Krisen durchleben, differenzierter soziodemographischer Herkunft sind und spezifische Kriseninterventionen erfahren?

Das entwickelte Krisen- und Kriseninterventionsmodell wird unter Verwendung von nichthierarchischen Clusteranalysen auf Gruppenbildung der Klienten des Berliner Krisendienstes getestet. Zusätzlich werden Unterschiedstests für Variablen herangezogen, um zu zeigen, welche Variablen die Gruppen gut trennen und welche eher gruppenübergreifend auf Gemeinsamkeiten verweisen.
Die Klassifizierung der Klienten in drei Gruppen stützt sich auf überwiegend signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen auf Grundlage der einfaktoriellen ANOVA. Im multiplen Post-hoc-Vergleich zeigen sich aber auch Gemeinsamkeiten zwischen Gruppen auf verschiedenen Dimensionen.

5.1.5.6.2 Ergebnis

Im Ergebnis der Beschreibung und des Vergleichs wurden drei Gruppen von Klienten identifiziert, die sich deutlich in durchlebter Krise und soziodemografischer Herkunft unterscheiden, in der Krisenintervention neben signifikanten Unterschieden auch Gemeinsamkeiten aufweisen, was auf die Screeningfunktion des BKD zurückzuführen sein könnte.

Den Gruppen konnten diese folgende Label zugeordnet werden (die Angaben in Klammern beziehen sich auf die detaillierte Wiedergabe der Merkmale in der folgenden Tabelle):

Gruppe 1
schwere psychosoziale Krisen *ohne* akuten Krisenanlass aus dem Spektrum psychiatrischer Krisen und psychiatrischer Notfälle:

---

[11] vgl. FREIKAMP (2002)

Die Klienten der Gruppe 1 kommen ohne einen von außen erkennbaren Krisenanlass zum BKD. Sie kennzeichnet eine extrem hohe Krisenanfälligkeit bzw. extrem niedrige interne Ressourcen, d.h. sie weisen überwiegend psychiatrische Syndrome auf und psychiatrische Diagnosen wurden bereits früher oder innerhalb der Beratung gestellt. Meist sind diese Menschen extrem schlecht sozial eingebunden, d.h. sie verfügen über geringste externe Ressourcen bzw. über so gut wie kein soziales Netzwerk. Ihre Krisen haben einen eher chronischen Charakter (s. Tabelle, Teil 1). Die Klienten der Gruppe 1 leben überwiegend allein. Sie verfügen über einen eher geringen Lebensunterhalt. Zur Gruppe 1 gehören etwas mehr Männer als Frauen (s. Tabelle, Teil 2).
Die Gruppe 1 umfasst also Menschen am Rande der Gesellschaft, die sozial schlecht gestellt sind, chronisch psychisch krank bzw. gefährdet sind (extrem geringe interne Ressourcen) und über kein bzw. ein schlechtes soziales Netzwerk (extrem geringe externe Ressourcen) verfügen.
Die Krisenintervention bei Klienten dieser Gruppe konzentriert sich auf die Situationsklärung, was mit der Screeningfunktion des BKD korrespondiert, enthält aber auch Komponenten der Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation (den internen Ressourcen) und Einbeziehung der sozialen Situation und vorhandener Hilfemaßnahmen (den externen Ressourcen) (s. Tabelle, Teil 1).

Gruppe 2
schwere psychosoziale Krisen *mit* akuten Krisenanlässen aus dem Spektrum psychiatrischer Krisen und psychiatrischer Notfälle:
Die Klienten der Gruppe 2 kommen mit schweren akuten Krisenanlässen (besonders traumatischen) zum BKD, die zusammen mit einer hohen Krisenanfälligkeit (psychiatrischen Syndromen und Diagnosen) bzw. sehr geringen internen Ressourcen und einer sehr schlechten sozialen Einbindung bzw. geringen externen Ressourcen auftreten (ähnlich Gruppe 1) (s. Tabelle, Teil 1). Im Gegensatz zu Gruppe 1 und korrespondierend mit dem schweren akuten Krisenanlass verlaufen die Krisen eher akut, zeigen aber bereits Tendenzen zur Chronifizierung. Auch verfügen die Klienten der Gruppe 2 (anders als in Gruppe 1) über einen eher besseren Lebensunterhalt und leben überwiegend mit einem Partner zusammen (s. Tabelle, Teil 2).
Summa summarum gehören Menschen mit schweren akuten Krisenanlässen, geringen internen und externen Ressourcen, die aber sozial besser gestellt sind, zu den Klienten der Gruppe 2.
Die Krisenintervention konzentriert sich hier vor allem auf die Situationsklärung, was außer in der Screeningfunktion des BKD auch im schweren akuten Krisenanlass begründet liegt. Wie in Gruppe 1 enthält die Krisenintervention aber auch Komponenten der Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation (den internen Ressourcen) und Einbeziehung der sozialen Situation und vorhandener Hilfemaßnahmen (den externen Ressourcen) (s. Tabelle, Teil 1)

Gruppe 3
leichtere psychosoziale Krisen (leichtere psychiatrische Krisen, chronisch-protrahierte Krisen bis hin zum Übergang zu psychiatrischen Krisen, Veränderungskrisen):
Die Klienten der Gruppe 3 kennzeichnen eher akute, aber keine schwerwiegenden traumatischen Krisenanlässe. Häufig stehen Probleme mit der Identität und normativen Ereignissen im Vordergrund der Krisensituation. Die Krisenanfälligkeit

(psychiatrische Syndrome und Diagnosen) ist etwas geringer als in den beiden anderen Gruppen, aber muss dennoch als hoch beschrieben werden. Ähnlich können die externen Ressourcen der Klienten der Gruppe 3 eingeschätzt werden. Die Klienten der Gruppe 3 verfügen über geringe externe Ressourcen, aber doch höhere als in Gruppe 1 und 2 (s. Tabelle, Teil 1). Wie die Klienten der Gruppe 1 leben die Klienten der Gruppe 3 überwiegend allein und verfügen über einen eher geringen Lebensunterhalt, sind aber sozial noch besser gestellt als jene der Gruppe 1, aber schlechter als die Klienten der Gruppe 2. Interessant, aber theoretisch bisher nicht interpretierbar, ist die Tatsache, dass zu dieser Gruppe ausschließlich Frauen gehören (s. Tabelle, Teil 2).
Die Gruppe 3 umfasst also vor allem Klienten mit Identitätsproblemen bzw. Problemen mit normativen Ereignissen, die bereits von einer hohen Krisenanfälligkeit bzw. geringen internen Ressourcen und einer schlechten sozialen Einbindung bzw. geringen externen Ressourcen begleitet werden. Die Klienten sind sozial eher schlecht gestellt und überwiegend Frauen.
In der Krisenintervention steht wie bei den Klienten der Gruppen 1 und 2 die Situationsklärung im Mittelpunkt, aber sie nimmt einen weniger breiten Raum als in diesen beiden Gruppen ein. Auch die übrigen Komponenten der Kriseninterventi-on, die Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation (den internen Ressourcen) und die Einbeziehung der sozialen Situation und vorhandener Hilfemaßnahmen (den externen Ressourcen), spielen in der Krisenintervention eine geringere Rolle als in den Gruppen 1 und 2.

Die Merkmale der durch die Clusteranalyse gebildeten Gruppen werden in der folgenden Tabelle für die Konstrukte *Krisenart*, *Krisenintervention* und *soziodemografische Merkmale* und sie untersetzenden Dimensionen im Überblick dargestellt.

Konstrukt	Dimension	Gruppe 1 schwere psychosoziale Krisen ohne akuten Krisenanlass aus dem Spektrum sozialpsychologischer Krisen (psychiatrische Krisen und psychiatrische Notfälle)	Gruppe 2 schwere psychosoziale Krisen mit Krisenanlässen aus dem Spektrum sozialpsychologischer Krisen	Gruppe 3 leichtere psychosoziale Krisen (leichtere psychiatrische Krisen, chronisch-protrahierte Krisen bis hin zum Überhang zu sozialpsychologischen Krisen – Veränderungskrisen)
Krisenart	**Krisenanlass**	Mehrzahl der Klienten mit länger andauernden belastenden Lebensereignissen (MW = 76) verbunden mit Krisenanlässen aus dem Spektrum sozialpsychologischer Krisen (eher chronische Anlässe	Mehrzahl der Klienten mit akut belastenden Lebensereignissen (MW =.71) in Kombination mit Krisenanlässen aus dem Spektrum sozialpsychologischer Krisen, vor allem traumatische und schwierige persönliche Situationen	Mehrzahl der Klienten mit unbekannter Dauer der Krisenanlässe (MW = .73) in Kombination mit Krisenanlässen aus dem Spektrum des Überganges von sozialpsychologischer zu psychosozialer Krise, vor allem mit Problemen mit der Identität und normativen Ereignissen
	Krisenanfälligkeit	extrem hohe Krisenanfälligkeit in allen Merkmalen der Dimension (z.B. psychiatrische Syndrome, MW = .92)	sehr hohe Krisenanfälligkeit in allen Merkmalen der Dimension (z. B. psychiatrische Syndrome – MW =.91)	hohe Krisenanfälligkeit in allen Merkmalen der Dimension (z. B. psychiatrische Syndrome – MW = .83)
	Reaktion der Umwelt	extrem schlechte Reaktion der Umwelt (ca. 70 % der Klienten verfügen über schlechte soziale Einbindung)	sehr schlechte Reaktion der Umwelt (ca. 60% der Klienten verfügen über schlechte soziale Einbindung)	schlechte Reaktion der Umwelt (ca. 54 % der Klienten verfügen über eine eher schlechte soziale Einbindung)
	Krisenverlauf	eher chronischer Krisenverlauf (bei ca. 60 % der Klienten)	eher akuter Krisenverlauf (bei ca. 60% der Klienten) aber bereits Gefahr der Chronifizierung (bei ca. 37% der Kl.)	der akute Krisenverlauf überwiegt noch (bei ca. 52 % der Klienten), aber bereits größere Gefahr der Chronifizierung (bei ca. 39 % der Klienten)
Krisenintervention	**Konzentration auf den Krisenanlass**	Situationsklärung nimmt breiten Raum in Krisenintervention ein (MW =.64), überwiegt gegenüber übrigen Komponenten der Krisenintervention (Achtung: zwischen der Situationsklärung und der Dimension besteht bedingte Passung)	Situationsklärung nimmt breitesten Raum in der Krisenintervention ein (MW=.70), überwiegt gegenüber übrigen Komponenten der Krisenintervention (Achtung: zwischen der Situationsklärung und der Dimension besteht nur bedingte Passung)	Situationsklärung nimmt noch einen breiten Raum in der Krisenintervention ein (MW = .51), überwiegt gegenüber übrigen Komponenten der Krisenintervention (Achtung: zwischen der Situationsklärung und der Dimension besteht nur bedingte Passung)
	Einbeziehung der sozialen Situation und vorhandener Hilfemaßnahmen	in ca. 30% der Fälle wird die eine Komponente dieser Dimension in die Krisenintervention einbezogen, entspricht der Gruppe 2 und ist etwas mehr als in Gruppe 3; die geringere Einbeziehung der Dimension steht in Widerspruch zu der extrem schlechten Reaktion der Umwelt und könnte seine Ursache in Screeningfunktion des BKD haben	in ca. 30% der Fälle wird die eine Komponente dieser Dimension in die Krisenintervention einbezogen, entspricht der Gruppe 1 und ist etwas mehr als in Gruppe 3 die geringere Einbeziehung der Dimension steht in Widerspruch zur sehr schlechten Reaktion der Umwelt und könnte seine Ursache in Screeningfunktion des BKD haben	in ca. 20 % der Fälle wird die eine Komponente dieser Dimension in die Krisenintervention einbezogen, das ist weniger als in Gruppe 1 und 2 die geringere Einbeziehung der Dimension steht in Widerspruch zu der schlechten Reaktion der Umwelt und könnte seine Ursache in der Screeningfunktion des BKD haben
	Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation	in ca. 21% der Fälle wird die eine Komponente dieser Dimension in die Krisenintervention einbezogen, das entspricht der Gruppe 2 und ist etwas mehr als in Gruppe 3 die geringere Einbeziehung der Dimension steht in Widerspruch zu der extrem hohen Krisenanfälligkeit und kann seine Ursache in Screeningfunktion des BKD haben	in ca. 21 % der Fälle wird die eine Komponente dieser Dimension in die Krisenintervention einbezogen, das entspricht der Gruppe 1 und ist etwas mehr als in Gruppe 3 die geringere Einbeziehung der Dimension steht in Widerspruch zu der sehr hohen Krisenanfälligkeit und könnte seine Ursache in der Screeningfunktion des BKD haben	in ca. 13 % der Fälle wird die eine Komponente dieser Dimension in die Krisenintervention einbezogen, das ist weniger als in Gruppe 1 und 2 die geringere Einbeziehung der Dimension steht in Widerspruch zu der hohen Krisenanfälligkeit und könnte seine Ursache in der Screeningfunktion des BKD haben
	Erarbeitung des weiteren Vorgehens und Beendigung	geringe Rolle in der Krisenintervention (MW=.14), eine geringere als in Gruppe 2 und größere als in Gruppe 3 die geringere Einbeziehung der Dimension steht in Widerspruch zur großen Gefahr der Chronifizierung und kann seine Ursache in Screeningfunktion des BKD haben	etwas weniger geringe Rolle in der Krisenintervention (MW = .21), eine größere als in den Gruppen 1 und 3 die geringere Einbeziehung der Dimension steht in Widerspruch zu der extrem hohen Krisenanfälligkeit und könnte seine Ursache in der Screeningfunktion des BKD haben	sehr geringe Rolle in der Krisenintervention (MW = .09), geringer als in den Gruppen 1 und 2 die geringere Einbeziehung der Dimension steht in Widerspruch zu der extrem hohen Krisenanfälligkeit und könnte seine Ursache in der Screeningfunktion des BKD haben

Tabelle 5 Zusammenfassende Beschreibung der Klassifizierung in drei Gruppen (Teil 1)

		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Sozio demo grafis che Herku nft	**Familienstand**	ca. ¾ der Klienten leben allein, nur ca. 16 % sind verheiratet oder leben mit Partner	ca. 2/3 der Klienten leben allein, weniger als ¼ ist verheiratet oder lebt mit Partner	ca. 70 % der Klienten leben allein, nur 13 % sind verheiratet oder leben mit Partner
	Lebensunterhalt	ca. 40 % der Klienten verfügen nur über einen eher geringen Lebensunterhalt, 30 % leben mit einem eher besseren Lebensunterhalt, die übrigen Klienten lassen sich nicht einordnen die Klienten der Gruppe sind schlechter gestellt als die Klienten der Gruppen 2 und 3	ca. 40 % der Klienten leben mit einem eher besseren Lebensunterhalt, ca. 30 % verfügen über einen eher schlechten Lebensunterhalt, , die übrigen Klienten lassen sich nicht einordnen die Klienten der Gruppe sind besser gestellt als die Klienten der Gruppen 1 und 3	ca. ¼ der Klienten verfügt nur über einen eher geringen Lebensunterhalt, ca. 1/3 leben mit einem eher besseren Lebensunterhalt, die übrigen Klienten der Gruppe lassen sich nicht einordnen (dieser Teil ist hier besonders groß) die Klienten der Gruppe sind besser als die Klienten der Gruppe 1 und schlechter als die Klienten der Gruppe 2 gestellt
	Geschlecht	zur Gruppe gehören mehr Männer (ca. 51 %) als Frauen	zur Gruppe gehören mehr Frauen (ca. 58 %) als Männer	zur Gruppe gehören ausschließlich Frauen

Tabelle 6: Zusammenfassende Beschreibung der Klassifizierung in drei Gruppen (Teil 2)

5.1.2.7 Beschreibung der Nutzer aus dem gB-Bereich

5.1.2.7.1 Vorbemerkung, Datenquellen

Ausführlich sollen entsprechend der konzeptionellen Ausrichtung des BKD die Nutzer aus dem Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung untersucht werden. Zunächst werden in diesem Kapitel die Daten zu den *Klienten im engeren Sinne* (also den geistig behinderten Menschen) vorgestellt, schließlich aber auch noch einige Befunde zu den *Angehörigen* und *Professionellen* aus diesem Bereich diskutiert.
Wie bereits im Abschnitt über die Inanspruchnahmedaten des Bereichs von Menschen mit geistiger Behinderung aufgezeigt wurde (s. Kapitel 5.1.3), sind die verfügbaren Daten der BaDo nur mit gewissen Einschränkungen zu analysieren. Es gibt deutliche Anzeichen dafür, dass die vorhandenen Klientendaten in der Gesamtzahl zu niedrig sind. Dennoch ist die Anzahl der verfügbaren Datenreihen mit 1.250 für einige Berechnungen und Gegenüberstellungen groß genug.

Die Analysen werden methodisch auf zwei Ebenen durchgeführt und die Ergebnisse zusammengeführt:

- die BaDo mit den ankreuzbaren Variablen bzw. *quantitativen Daten* (wie *Dauer des Kontaktes*) stellt die eine und
- die *qualitative Analyse von Texten* aus der BaDo die andere Datenbasis dar.

Es wurden insgesamt 400 Texte aus Kontakten mit gB-Klienten aus der BaDo inhaltsanalytisch verarbeitet.

5.1.2.7.2 Dauer der Kontakte

Beim Vergleich zwischen der Gruppe der gB-Kontakte mit allen Kontakten getrennt nach der Dauer der Kontakte fällt auf, dass die gB-Kontakte tendenziell kürzer dauern. In der folgenden Tabelle sind die entsprechenden Mittelwerte in Minuten zusammengestellt.

	gB-Kontakte	Alle Kontakte
Telefongespräche	**15,5**	**20,1**
Persönliche Gespräche	**53,2**	**59,9**
mobiler Einsatz	**71,3**	**96,0**

Tabelle 7: Vergleich der Dauer der Kontakte gB-Klienten vs. alle Kontakte (Mittelwerte in Minuten)

Vergleicht man die Dauer der Kontakte mit gB-Klienten mit jenen, die nicht als gB-Kontakte gekennzeichnet sind, verändert sich das Verhältnis kaum, da die übrigen Kontakte quantitativ deutlich im Übergewicht sind (für diese Berechnung: N=80.565 für *nicht-gB* und N=1.211 für *gB*[12]).

Die folgende Grafik veranschaulicht den Befund der unterschiedlichen Dauer der Kontakte anhand von Mittelwerten. Diese Unterschiede sind signifikant. Eine monokausale Erklärung für diesen Befund ist sicher nicht angemessen. Faktoren, die zu einer kürzeren Dauer führen können, lassen sich aber zusammentragen: Für

[12] Die Anzahl ist unter 1.250, da nicht in allen Datensätzen die entsprechenden Angaben zur Dauer gemacht wurden.

die Telefongespräche besonders gilt, dass diese Art der Kommunikation mit gB-Klienten selten eine adäquate Kommunikationsform darstellt bzw. die Konzentrationsfähigkeit der Klienten häufig eingeschränkt ist. Telefonische Kontakte mit Professionellen sind eher kurz und prägnant, wenn es um Informationen geht oder ein gemeinsames Prozedere besprochen wird. Bei mobilen Einsätzen müssen sicher verschiedene Kategorien von Einsätzen unterschieden werden, die den abgebildeten Mittelwert ergeben: solche von erheblicher Dauer (in komplexen oder *verfahrenen* Situationen mit vielen Beteiligten, s.u.) von solchen, in denen vergleichsweise schnell entschieden und gehandelt werden kann bzw. in denen die Krise bereits abgeklungen ist, wenn die Mitarbeiter vor Ort sind. Folgegespräche sind offenbar häufig tendenziell kürzer als mit den anderen Klienten.[13]

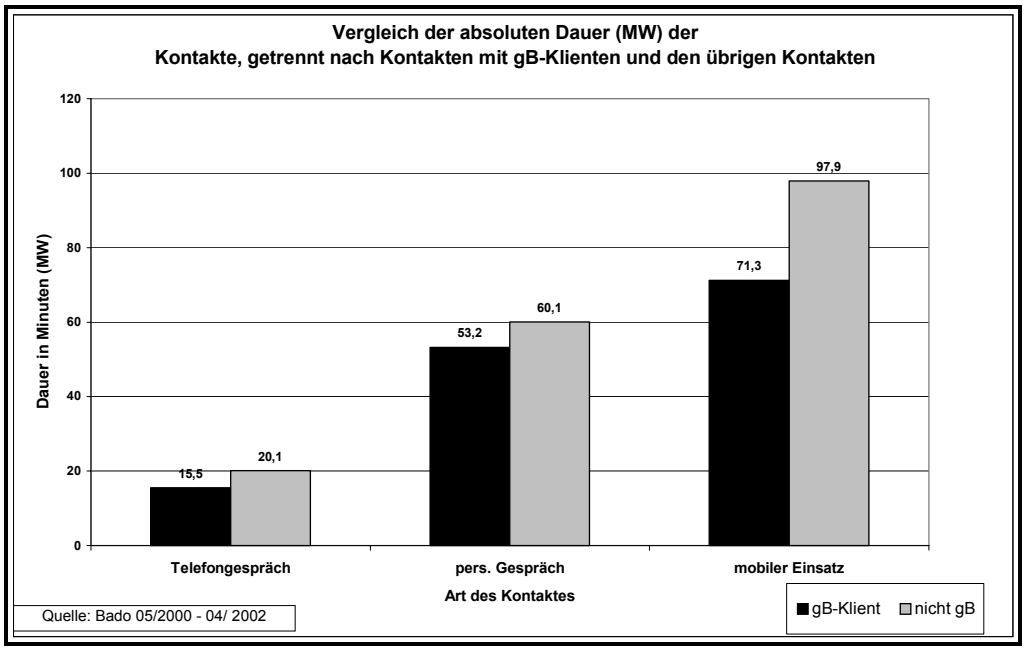

Abbildung 32: Dauer (Mittelwerte in Minuten) der Kontakte gB vs. alle anderen Kontakte

[13] Diese Erklärungsansätze entstammen den übrigen Quellen unserer Datenerhebung. Zur Frage der unterschiedlichen Dauer der Kontakte wurden die gB-Koordinatoren eigens um die Mitteilung von Erfahrungswerten gebeten.

5.1.2.7.3 Art des Kontaktes

Der Vergleich der relativen Verteilung auf die *Kontaktarten* zwischen den gB-Kontakten und allen registrierten Kontakten zeigt deutliche Unterschiede. In der nachfolgenden Grafik sind die Verhältnisse aufgetragen. Deutlich wird, dass die Kontakte im Zusammenhang mit gB-Klienten deutlich häufiger in Form von *persönlichen Gesprächen* oder gar von *mobilen Einsätzen* stattfinden als in der Gesamtgruppe. Erklärungsansätze für diesen Befund sind einerseits, dass mit gB-Klienten eher kurze Telefonate geführt werden können (s.o.) und dass die Kontakte mit geistig behinderten Klienten eher von gravierenderen bzw. komplexen Krisen mit der Notwendigkeit intensiverer (z.B. System-) Intervention geprägt sind (s.u.).

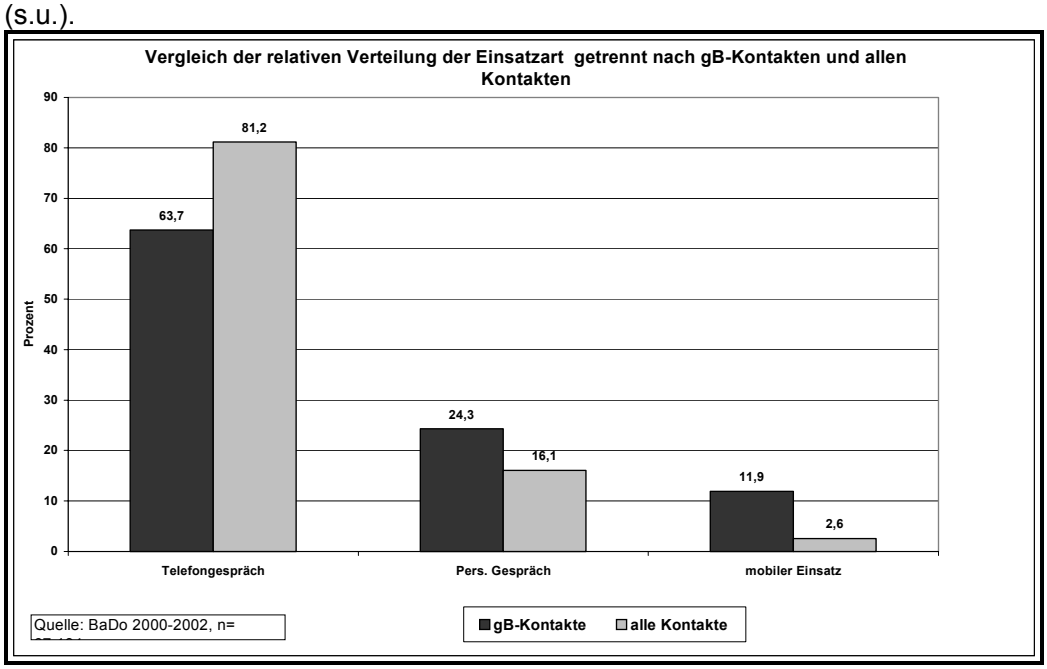

Abbildung 33: Einsatzart getrennt nach gB und alle Kontakte

5.1.2.7.4 Soziodemographische Merkmale der gB-Klienten

Hinter den 1250 Kontakten in der BaDo zeigen sich 378 verschiedene Personen, d.h. durchschnittlich werden mit jedem Menschen mit geistiger Behinderung, der den BKD kontaktiert, mehr als drei Gespräche geführt, während für die Gesamtgruppe der Personen durchschnittlich nur zwei Kontakte pro Klient stattfinden.
Das Geschlecht der gB-Klienten ist zu 57% männlich im Vergleich zu gut 34% in der Gesamtgruppe.

Das Alter der gB-Klienten ist durchschnittlich niedriger: 59% sind jünger als 31 Jahre im Vergleich zu 24% in der Gesamtgruppe. Der Unterschied wird in der Gegenüberstellung der Verteilung auf die Altersgruppen zwischen gB-*Personen* und allen Personen deutlich (s. nachfolgende Abbildung): Während in den jüngeren Altersgruppen deutlich die gB-Personen überwiegen, kehrt sich das Verhältnis ab der vierten Dekade um. Verschiedene Faktoren sind hier wirksam: hochbetagte Menschen mit geistiger Behinderung kommen allein deshalb weniger als Klienten für den BKD in Frage, da die Mortalität von Menschen mit schweren (vor allem kombinierten) Behinderungen höher ist als in der übrigen Bevölkerung. Außerdem

fehlt in Deutschland aufgrund des Massenmordes an behinderten Menschen während der Diktatur der Nationalsozialisten quasi komplett diese Altersgruppe.

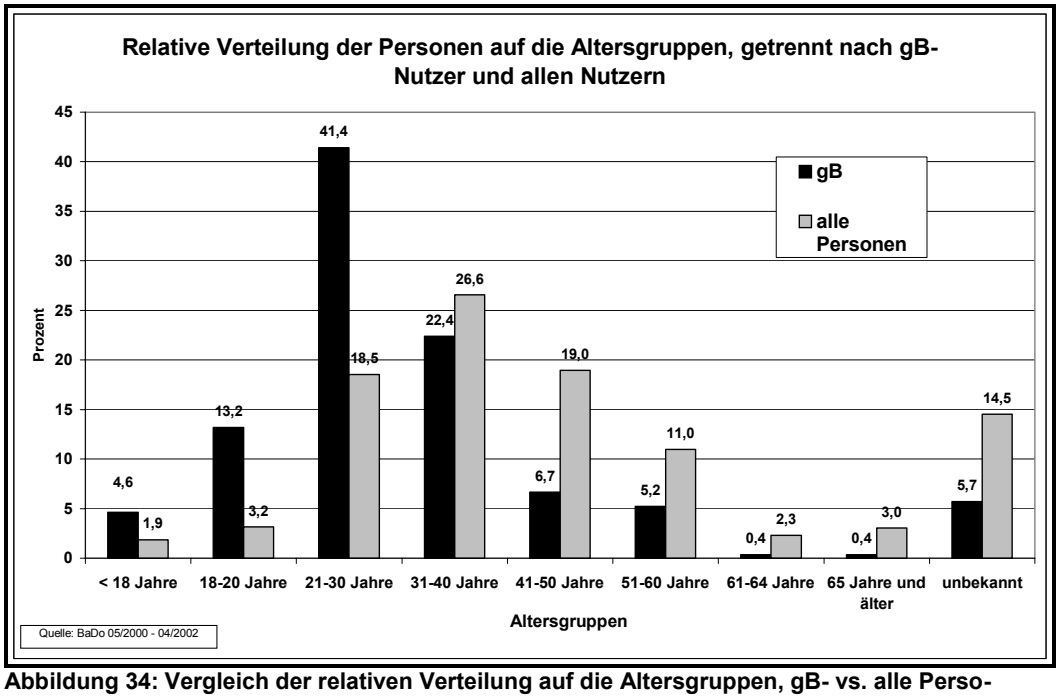

Abbildung 34: Vergleich der relativen Verteilung auf die Altersgruppen, gB- vs. alle Personen

Allein über diese drei Merkmale ist erkennbar, dass sich die gB-Klienten von der Gesamtgruppe der Klienten unterscheiden lassen. Aus den vielfältigen Ergebnissen unserer Begleitforschung lässt sich gut nachvollziehen, dass für die Interventionen inklusive Nachbetreuung tendenziell mehr Folgegespräche vereinbart werden, besonders angesichts der Komplexität vieler Krisen und durch den Aspekt, dass häufig mehrere Personen involviert sind.
Die Verteilungsunterschiede bezüglich des Geschlechts zwischen den beiden Gruppen haben sicher mehrere Ursachen: auf der Hand liegt, dass für geistig behinderte Klienten der BKD häufig von anderen Personen gerufen bzw. informiert wird, sodass die „Beratungsresistenz“ von Männern, der für die Gesamtgruppe von Bedeutung sein dürfte, hier aufgehoben wird. Aggressions- und Gewaltsituationen sind immer wieder Anlass für Interventionen des BKD, diese werden häufiger durch männliche Klienten hervorgerufen bzw. diese sind häufiger in solche verstrickt als Klienten.

5.1.2.7.5 Wohnsituation der gB-Klienten

Die Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung unterscheidet sich deutlich von der der übrigen Klienten. Menschen mit geistiger Behinderung leben etwa in der Hälfte der Fälle in psychosozialen Einrichtungen, betreuten Wohngemeinschaften usw., während beim Durchschnitt aller Kontakte das Alleinwohnen überwiegt.

Die Verteilung der angegebenen *betreuten Wohnformen* ist in der nächsten Grafik aufgetragen. In knapp der Hälfte der Kontakte mit gB-Klienten wird eine der ge-

nannten betreuten Wohnformen angegeben. Hinzu kommt noch ein Anteil von rund 15%, bei denen angegeben wurde, dass sie mit/bei den Eltern leben. Im Vergleich dazu werden die betreuten Wohnformen nur in 6,5%, das Zusammenleben mit/bei den Eltern nur in 2,5% der Gesamtdaten aller Kontakte genannt.

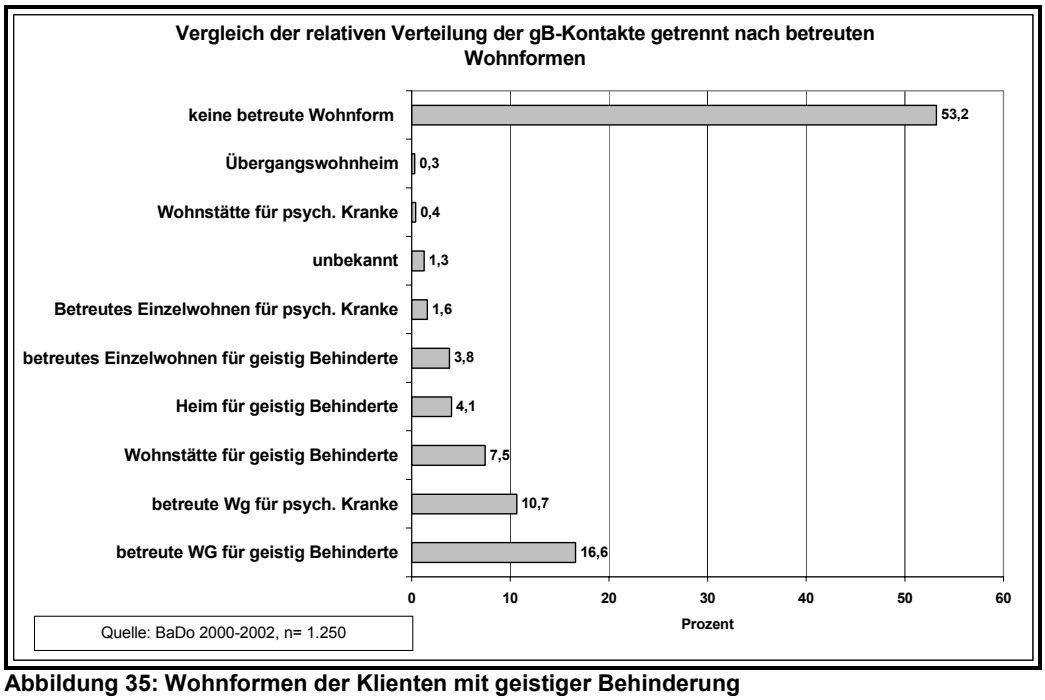

Abbildung 35: Wohnformen der Klienten mit geistiger Behinderung

5.1.2.7.6 Probleme der gB-Klienten

5.1.2.7.6.1 Ergebnisse aus den Items der BaDo

In Bezug auf die Variablen, die zum Thema *Probleme mit...* angeboten wurden, unterscheiden sich die Kontakte aus dem gB-Bereich kaum vom Gesamtdatenpool. Allein in drei Kategorien können gewisse Unterschiede festgestellt werden: während die gB-Klienten etwas seltener *Probleme mit sich selbst* haben, leiden sie deutlich seltener unter *Einsamkeit*, aber häufiger unter einer *eigenen schweren Krankheit*. Hypothetisch kann gefolgert werden, dass der hohe Anteil der Klienten, die in betreuten Wohnformen oder mit Familienangehörigen wohnen, seltener unter Einsamkeit leidet. Ob die geistige Behinderung selbst als *die schwere Krankheit* erlebt oder bewertet wird, lässt sich aus den Daten nicht ablesen, da die vorgegebenen Kategorien nicht weiter differenziert sind.

Probleme mit....	% gB-Kontakte	% alle Kontakte
... sich selbst	73,8	76,0
... Einsamkeit	22,0	36,0
... eigener schwerer Krankheit	24,8	20,6

Tabelle 8: Vergleich ausgewählter Probleme gB vs. alle Kontakte

5.1.2.7.6.2 Ergebnisse aus der Textanalyse

Aus der Analyse von Textfeldern der BaDo lassen sich wesentlich differenzierter Problemsituationen rekonstruieren. Aus den 400 analysierten Texten für den Bereich Menschen mit geistiger Behinderung konnten spezifischere Anlässe bzw. Problemsituationen für die Kontaktaufnahme mit dem BKD gefunden werden, die sich in drei Hauptkategorien ordnen lassen.

a. *Anspannungssituationen*
b. *Situationen in Verbindung mit Gewalt*
c. *Situationen mit starker Affektbeteiligung*

Codes und Beispiele, die den einzelnen Kategorien unterliegen, werden im Folgenden zur Verdeutlichung aufgeführt:

ad a. *Anspannungssituationen*

Diese Situationen entstehen aus einer erheblichen Anspannung bzw. einer Stresssituation im Zusammenhang mit verschiedenen Problem- und Auslösesituationen.

- auf der Arbeit, in der WfB etc. z.B. wegen erlebter Benachteiligung, fehlender Anerkennung, Herabwürdigung oder Überforderung
- mit Wohnbetreuer, gesetzlichem Betreuer, Einzelfallhelfer, Angehörigen oder Behörden; daraus entsteht: Angst, Hilflosigkeit; Wut, Flucht
- Angst vor Polizei, Kontrollverlust, Verhalten anderer, Wohnungsverlust, Betreuerwechsel, falscher Medikamenteneinnahme, Klinikaufenthalt, Einsamkeit, Sterilisation (von Mutter gewünscht) oder Geldverlust
- Probleme mit eigenem Verhalten: Unregelmäßig zur Arbeit gehen, Unpünktlichkeit, Nikotinsucht, geringe Nahrungsaufnahme, Traurigkeit über eigene Schwächen, Wut/Ärger im Straßenverkehr, wegen Provokation oder Mietschulden

ad b. *Situationen in Verbindung mit Gewalt*

Sie nehmen einen breiten Raum in der Beratung von Menschen mit geistiger Behinderung ein:

- Von den Klienten erlebte Aggressionen gegen ihre Person im Sinne von Diskriminierung, Ausgrenzung, Missachtung, Stress auf der Arbeit, Überlastung oder Frustration, Angst vor Gewalt
- Fremdaggressionen der Klienten gegen Sachen: „als Notbremse“, Feuer legen
- Autoaggressionen der Klienten: Beißen in Handflächen, Schnippeln, Suizidalität (akut, vermutet, angedroht)
- Fremdaggressionen der Klienten gegen Personen: Schlagen, Erpressung, Misshandlung, Missbrauch, Vergewaltigung und Wohnungseinbruch .

ad c. *Situationen mit starker Affektbeteiligung*

- Suizidgedanken, Einsamkeit, Traurigkeit, Depression, Niedergeschlagenheit, Unzufriedenheit (eigene), Sorgen, sich schlecht oder beleidigt fühlen.

Die ersten beiden Gruppen verweisen zu einem großen Teil auf die spezifische, oft institutionelle Eingebundenheit und Abhängigkeit der Nutzer und die daraus mitunter entstehenden Krisen und teilweise sicher auch auf typische Konfliktsituationen, die mit den Auswirkungen der Behinderung zu tun haben. Plastisch (und in gewisser Weise plakativ) zeigt sich das Bild eines unter spezifischen körperlichen,

psychischen und sozialen Spannungen lebenden Menschen, der Rat, Anlehnung und Unterstützung sucht.

5.1.2.7.7 Diagnosen und Zustandsbilder der gB-Klienten

Die Ausdifferenzierung der *Diagnosen* nach der ICD-10 ist auf der *Kontaktebene* nur in maximal 30% der Kontakte mit Menschen mit geistiger Behinderung vorhanden, so dass eine vergleichende Betrachtung wenig valide erscheint. Lediglich für die Diagnose *Intelligenzminderung* liegen 50% (605) Eintragungen vor, bei denen erwartungsgemäß fast alle (93,1%) die Diagnose bestätigen. Entsprechend den Befunden aus den publizierten Arbeiten zum Thema, nach denen Menschen mit geistigen Behinderungen häufig zusätzlich psychische Störungen aufweisen (vgl. etwa LINGG & THEUNISSEN, 2000), ist der Befund, dass – neben der „Diagnose“[14] Intelligenzminderung – über die gesamte Breite der angebotenen diagnostischen Kategorien (weitere) psychiatrische Diagnosen vergeben werden. Die häufigsten Diagnosen sind (Anzahl): Schizophrenien (162x), Persönlichkeitsstörungen (128x) und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (110x).

Bei Kontakten mit Menschen mit geistiger Behinderung fallen in der Häufigkeitsverteilung der *Zustandsbilder* deutliche Unterschiede zur Gesamtzahl der Klienten auf. Wahrnehmungseinschränkungen und Fremdaggressivität werden hier deutlich öfter (5 bis 6x) zugeschrieben, ebenso Verwirrtheit und Erregung (2x), wohingegen ein aktueller Einfluss von Drogen oder Alkohol bei Menschen mit geistiger Behinderung deutlich seltener vorkommt. Auch eine Suizidalität wird seltener gesehen. Diese Verteilungsunterschiede sind ein weiteres deutliches Anzeichen dafür, dass die Menschen mit geistiger Behinderung mit anderen Problemlagen und einem anderen *Ausdruck* für eine Krisensituation den BKD nutzen. Dabei zeigt sich, dass die *Zustandsbilder* eine mögliche Operationalisierung darstellen, mit der offenbar schärfer, als mit einer diagnostischen Zuordnung nach ICD-10, eine Beschreibung dessen gelingt, was in einer Krise phänomenologisch vorherrscht. Hier werden auch schon besondere Herausforderungen an den BKD ableitbar, die mit den unten dargestellten Daten gut korrelieren.

[14] Hier sei nur angemerkt, dass es nur sehr eingeschränkt angemessen erscheint, eine geistige Behinderung bzw. Intelligenzminderung als eine psychische Störung zu verstehen.

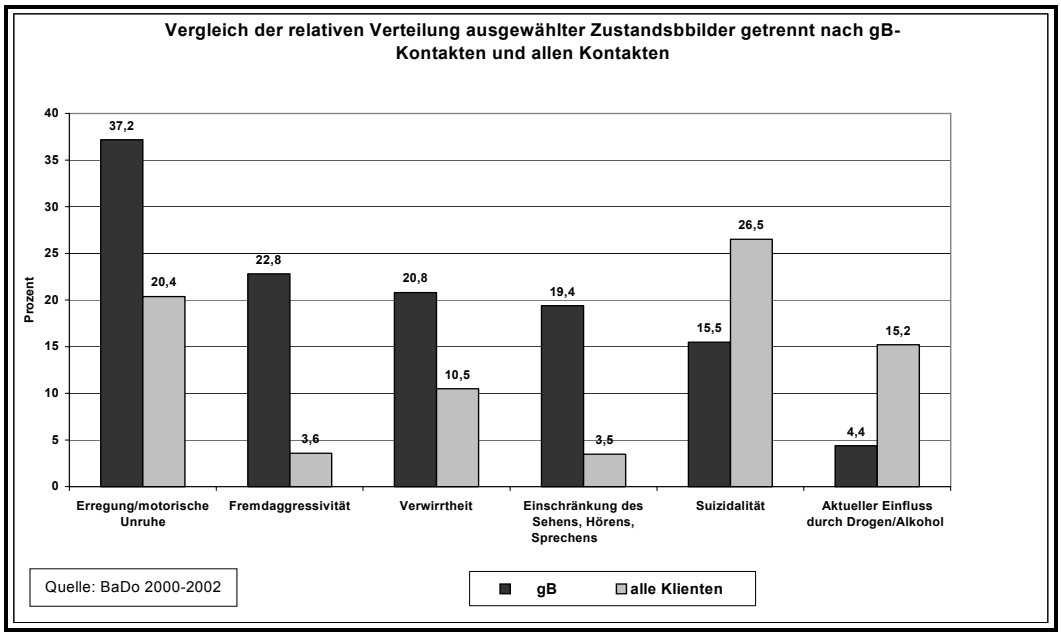

Abbildung 36: Ausgewählte Zustandsbilder gB- vs. alle Klienten

5.1.2.7.7.1 Bedarf der gB-Klienten und angewandte Interventionen (BaDo-Items)

Der erhobene *Bedarf*, ein mit 66% relativ häufig ausgefülltes Feld, unterscheidet sich kaum zwischen der Gesamtzahl der Klienten und jenem bei Menschen mit geistiger Behinderung. Lediglich der *mobile Einsatz* (s.o. bei Kontaktart) und der Bedarf nach *Deeskalation* (doppelt so häufig bei gB-Kontakten) hebt sich deutlich ab.

Bei den *Interventionen* sind ebenfalls einige Unterschiede aus den BaDo-Variablen festzustellen. Ausgefüllt wurde dieses Feld in knapp 50% der Kontakte. Der Vergleich zwischen der registrierten Anwendung ausgewählter Interventionen bei gB-Kontakten und allen Kontakten zeigt (s. folgende Abbildung), dass tendenziell *mehr* Interventionen bei den gB-Kontakten angegeben werden. Es werden offenbar bei den gB-Kontakten häufiger eine Mehrzahl an Interventionen notwendig, wobei es zusätzlich noch einige deutliche Unterschiede gibt: bei knapp 30% der Kontakte werden Folgegespräche vereinbart, deutlich häufiger als bei der Gesamtzahl der Kontakte. Insgesamt verweisen die Interventionen auf eher ernste bzw. komplexe Krisensituationen sowie auf die häufige institutionelle Eingebundenheit der meisten vom Krisendienst beratenen Klienten mit geistiger Behinderung. Es müssen u.a. häufiger Systeminterventionen und mobile Einsätze vorgenommen und Dienstleistungen koordiniert werden.

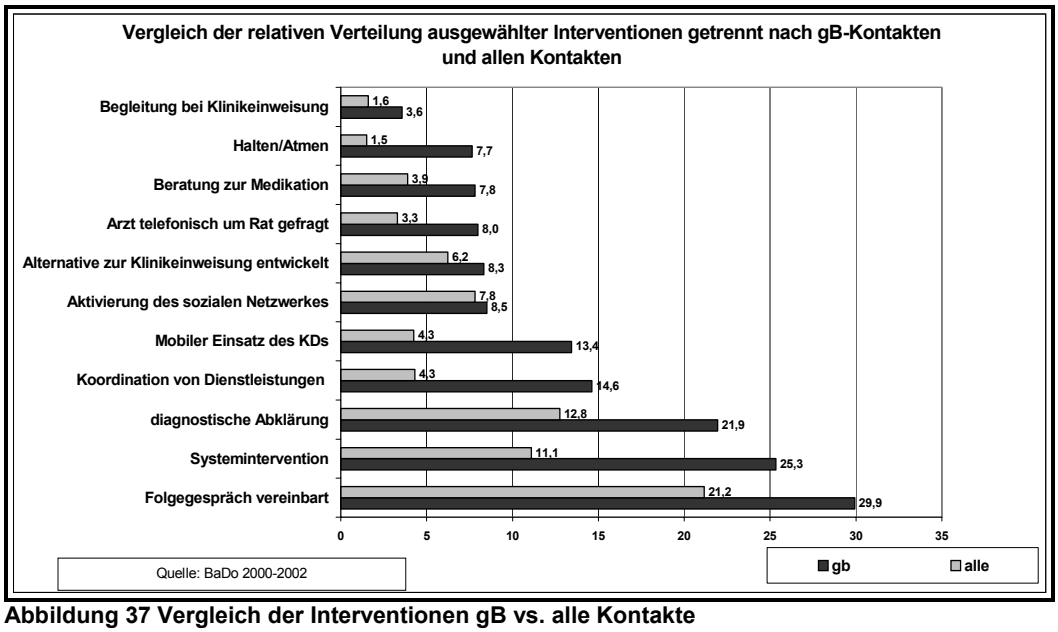

Abbildung 37 Vergleich der Interventionen gB vs. alle Kontakte

5.1.2.7.7.2 Bedarf der gB-Klienten und angewandte Interventionen (Textanalysen)

Aus den Texten der BaDo lassen sich zusätzlich *Handlungstypen* der BKD-Mitarbeiter herausschälen, die das Profil der Umgehensweise bzw. Interventionen weiter schärfen. Hier werden einige Beispiele genannt:

Der Aufbau eines eigenständigen Kontaktes des gB-Klienten zur Beratungsstelle

- Ermutigung, alleine anzurufen
- erklären, wie es geht
- Zum Kennenlernen in den Standort einladen usw.
- Die Kommunikation ist seitens der Berater klar, knapp und präzise: kurze Sätze, knappe Anweisungen, keine Nachfragen um nicht zu verwirren, ein fester Händedruck
- Ernst nehmen von Beschwerden und Gefühlen

Rekonstruktion einer bedrohlichen Situation

- Angst vor Bestrafung nehmen
- Sich abreagieren lassen
- Einordnen des Erlebens in einen verstehbaren Kontext
- Konfrontieren mit dem eigenen Verhalten und der Angst eines Mitarbeiters vor dem Verhalten des gB-Klienten.
- Beruhigung durch Atemübung, positive Bilder, klassische Musik, Körperkontakt, Körperarbeit, Körperreise.

Zukunftsabsicherung

- Präventive Absprache zu Verhaltensmöglichkeiten
- alternativen Verarbeitungsstrategien
- Tagesstrukturierung

Als weitere Besonderheit, die in Zusammenhang mit der beschränkten Kommunikationsfähigkeit des gB-Klienten zu sehen ist, wirkt der Berater häufiger als eine Art *verlängerter Arm des Klienten*, der dem Klienten verhilft, die Situation für diesen abzuklären und als Vermittler zwischen Institution und Klient wirkt. Diese Funktion spielt auch bei der Beratung von Profis aus dem gB-Bereich eine Rolle.

Bei der Beratung eines *Professionellen aus dem gB-Bereich* fungiert der Mitarbeiter des BKD manchmal im Sinne eines Helfers bzw. Stellvertreters des gB-Klienten, indem er die Situation des Klienten darzustellen versucht, zwischen Anrufer und gB-Klienten vermittelt oder den Anrufer durch Kontaktaufnahme zum Klienten beruhigt. Er unterstützt aber auch den Anrufer durch Entlastungsgespräche, Teilnahme an einer Helferkonferenz, an einem gemeinsamen Gespräch usw. Daneben tauchen die auch bei den allgemeinen Krisenberatungen von Profis üblichen Beratungselemente von Situationsklärung, Informationsweitergabe, Methodenvermittlung, Unterstützung, Einbeziehung anderer Netzwerkpartner und konkreter Rat auf.

Auch bei der Beratung von *Angehörigen von Menschen mit geistiger Behinderung* spielt Vermittlung eine zentrale Rolle: der BKD-Mitarbeiter wird um Vermittlung zum gB-Klienten gebeten, zu den Mitarbeitern der betreuenden Einrichtung, zur Werkstatt für Behinderte usw. Da die Behinderung häufig zu einer Beeinträchtigung im gesamten sozialen Umfeld führt bzw. deren Auswirkungen durch dieses verstärkt werden, geht es in Angehörigenberatungen auch darum, ihnen Raum zu geben als Gegenpol zum sonstigen Erleben im sozialen Netz.

5.1.2.7.8 Von der Krise mitbelastet...

Auch bezüglich der Einschätzung, wer bzw. welche Systeme von der Krise mitbelastet sind, zeigen sich im Vergleich der Gesamtgruppe der Kontakte mit den gB-Kontakten markante Unterschiede: während bei den gB-Kontakten in hohem Maße das Hilfesystem mitbelastet erscheint, sind es bei den Gesamtkontakten eher die Familie, Partner oder Freunde. Hier muss erneut auf die Problematik der Operationalisierung dieser Variablen hingewiesen werden: die Einschätzung, dass das Hilfesystem „durch die Krise mitbelastet“ sei, hat scheinbar nur einen Vektor (vom Klienten Richtung Hilfesystem), der aus den qualitativen Analysen herausgearbeitete Vektor (der institutionelle Rahmen befördert die Krise oder löst sie aus) wird hier nicht deutlich, aber sicher von den Mitarbeitern mit gemeint.[15]
Die in der folgenden Grafik dargestellten Daten stellen ein weiteres Indiz dafür dar, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung der institutionelle Rahmen des Hilfesystems mitbetroffen ist – eben auch in dem Sinne, dass dieser die Krisen auch mit hervorzurufen scheint.

[15] Zweifellos gilt dies auch für nicht geistig behinderte Klienten, die in institutionellen Kontexten betreut werden, deren Anteil ist aber deutlich niedriger (s.o.).

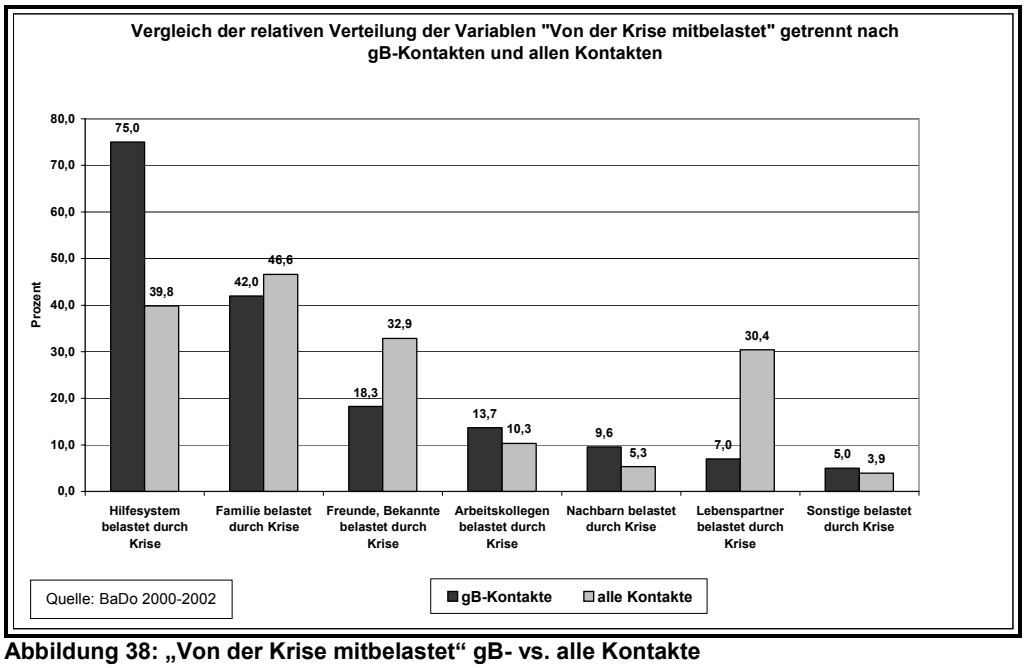

Abbildung 38: „Von der Krise mitbelastet“ gB- vs. alle Kontakte

5.1.2.7.9 Angehörige von Menschen mit geistiger Behinderung als Nutzer

Auch hier wird auf die Auswertung der Freitexte von Kontakten für den Bereich Menschen mit geistiger Behinderung zurückgegriffen.
Folgende Bedarfe konnten aus der Textanalyse erhoben werden:

Eher allgemeiner Gesprächsbedarf
Wegen Ratlosigkeit, Schuldgefühlen wegen Auszug des gB-Sohnes, Angst vor Termin beim SpD, Wegfallen der Einzelfallhilfe für den Sohn oder Überlastung mit Betreuung des mehrfachbehinderten Sohnes.

Konkreter Informationsbedarf
Zu komplementären Hilfsangeboten: Tageseinrichtung für Sohn, Krisenwohnplatz, Unterkunft für Neffe bzw. für Sohn, Heimplatz für den Sohn

Unterstützungsbedarf beim Umgang mit Aggressionen
autoaggressives Verhalten in Konfliktsituation mit Eltern, fremdaggressives Verhalten gegen Angehörige und Freunde, bei der Begleitung des geistig behinderten Sohnes zurück in Einrichtung, bei einer Einweisung wegen Aggressionen gegen die Familie.

Auch hier werden einerseits die zahlreichen Bezüge auf die institutionelle Einbindung der meisten Menschen mit geistiger Behinderung deutlich. Im Zusammenhang mit oder auf der Suche nach einer Institution benötigt der Angehörige Informationen und Unterstützung. Überlastung der familiären Bezüge, Bearbeitung eines schlechten Gewissens von *abschiebenden* Angehörigen gehören hier ebenso zu den Bedarfen wie die Suche nach den optimalen Lebensmöglichkeiten für den Menschen mit geistiger Behinderung. Als besonderer Fokus lässt sich auch hier wieder eine Gruppe von Kontakten charakterisieren, bei denen es um Aggressionen geht, die sowohl in Form von

Aggressionen geht, die sowohl in Form von Auto- wie von Fremdaggression geschildert werden.

5.1.2.7.10 Professionelle aus dem gB-Bereich als Nutzer

Aus den Freitexten der BaDo werden auch für diese Nutzergruppe einige Besonderheiten kurz zusammengefasst.
Die Themenbereiche, mit denen sich Professionelle an den BKD wenden, betreffen außergewöhnliche Verhaltensweisen eines Klienten, spezifische Situationen in Verbindung mit Gewalt und haben den Wunsch nach *Informationen*, *kollegialer Beratung* oder *tätige Unterstützung* zum Ziel.

Informationen, Ankündigung
Suche nach komplementären Unterbringungsmöglichkeiten, Vorabinformationen (Vorstellen eines problematischen Klienten, Info über evtl. notwendigen mobilen Einsatz, Ankündigung einer krisenhaften Situation, Zuspitzung aggressiven Verhaltens, drohende Suizidalität); Infos zu einer erfolgten Intervention des BKD mit Klient, wegen Sterilisation eines geistig behinderten Schülers zum Umgang mit den Eltern und dem Verhalten gegenüber dem Schüler, zu Umgangsweisen bei Doppeldiagnose (geistige Behinderung und psychische Störung)

Kollegiale Beratung
Empfehlungen von Psychiatern, Neurologen, Psychotherapeuten und Psychotherapie für den Bereich Menschen mit geistiger Behinderung, Nachbesprechung einer krisenhaften Situation, Ärztliche Einschätzung gewünscht (bei Medikation, Angemessenheit der Bedarfsmedikation, Medikamentenverweigerung), bei Eskalation fremdaggressiven Verhaltens eines Bewohners, von Lehrerin wegen bevorstehender Sterilisation eines Schülers, bei symbiotischem Mutter-Kind-Konflikt, bei Frage nach Kriseninterventionsmaßnahmen personen- und gB-spezifisch, bei Klärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung eines Bewohners

Tätige Unterstützung
Einleitung einer stationären Behandlung, Begleitung einer Zwangseinweisung, Bitte eines Klinikarztes um präventive Nachbetreuung eines Menschen mit geistiger Behinderung nach Klinikaufenthalt, erwünschte Teilnahme an Helferkonferenz

Die sich abzeichnende Beziehungskonstellation beim Kontakt eines Profis mit den BKD-Mitarbeitern verweist auf den Wunsch nach einer kollegialen Beziehung zwischen Anrufer und Berater: hier wird ein Kollege um eine Information oder um Mithilfe gebeten, es findet eine Beratung zwischen Arbeitskollegen statt. Es wird von den BKD-Mitarbeitern ein breites, teils sehr spezifisches Wissen und Können im Zusammenhang mit der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung erwartet. Auf das in diesem Zusammenhang immer wieder auftauchende Problem der Mandatierung wurde bereits hingewiesen (s.o.).

5.1.2.7.11 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Kontakte des BKD mit geistig behinderten Menschen qualitativ deutlich von der Gesamtgruppe bezüglich vieler Merkmale der Klienten, ihres Bedarfs und der durchgeführten Interventionen unterscheiden lassen – der BKD also seinem Konzept entsprechend ein differenziertes Angebot für diese Nutzergruppe vorhält und dieses auch in Anspruch genommen wird. Aus der Triangulation von Daten aus verschiedenen Quellen haben wir diesen Bereich mit besonderem Fokus untersucht und es lassen sich die Spezifika recht klar herausarbeiten.

Für die Angehörigen und Professionellen aus diesem Bereich haben wir ebenfalls erhobene und analysierte Daten vorgestellt, die illustrieren, wie verschieden die Bedarfe der Gruppen sind. Weiter wird deutlich, dass sich die Beziehungen zwischen den BKD-Mitarbeitern und Angehörigen eher auf der *Profi-Klienten-Ebene*, jene mit den Professionellen aber auf der *Profi-Profi-Ebene* konstellieren. Schließlich müssen die in den vorigen Kapiteln zum Thema dargestellten Ergebnisse mit einbezogen werden, sie verstärken die hier gemachten Aussagen insbesondere hinsichtlich der besonderen Problematik der institutionellen Eingebundenheit vieler Klienten sowie der besonderen Kooperationsaufgaben des BKD in der heilpädagogischen Versorgungslandschaft.

Die derzeit im BKD diskutierte Frage nach der Ausrichtung der Spezifizierung des Bereichs innerhalb der Organisation lässt sich allerdings nicht anhand dieser Daten beantworten, denn: Aus den Unterschieden lässt sich sowohl folgern, dass es eine *spezifische Krisenintervention* für diese Nutzer geben könnte, wie auch, dass die Kenntnisse und Kompetenzen für diese Interventionen grundsätzlich von allen Mitarbeitern geleistet werden müssten, es allerdings strukturelle (gB-Koordinatoren, Konsolententeams usw.) und inhaltliche (Fortbildungen usw.) Weiterentwicklungen geben müsste. Es ist anzunehmen, dass die hier vorgestellten Daten den Prozess der weiteren Klärung in diesem Bereiche auch unterstützen können.

5.1.2.8 Personen nach ihrer regionalen Herkunft, Gemeindenähe

5.1.2.8.1 Vorbemerkung und Datenquellen

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob Krisendienstnutzer häufiger aus bestimmten Berliner Bezirken bzw. Versorgungsregionen kommen als aus anderen oder ob die Nutzung über Berlin gleichmäßig verteilt ist. Als Versorgungsregion werden jeweils die Bezirke zusammengefasst, die von einer BKD-Region versorgt werden sollen.
Gleichzeitig soll überprüft werden, wie viele Nutzer der einzelnen Regionen auch in diesen wohnen.
Dazu werden die entsprechenden Items der BaDo ausgewertet, hier können die Daten nur auf der Personenebene verwendet werden, der Anteil der Missingwerte liegt für diese Daten relativ hoch (s.u.).

5.1.2.8.2 Personen nach ihrer Herkunft getrennt nach Berichtsjahren

In der nachfolgenden Grafik ist ersichtlich, aus welchen Versorgungsregionen die Personen, die den BKD nutzten, stammen, unabhängig davon, in welcher Region bzw. von welchem Standort des BKD sie beraten werden. Im Jahresvergleich wird deutlich, dass die Steigerungsraten nicht gleich sind.
Die größte Gruppe stellen diejenigen Personen dar, für die keine regionale Zuordnung bekannt wurde – ein Umstand der sicher zum größeren Teil der Arbeit in einem niederschwellig und potenziell anonym arbeitenden Dienst geschuldet ist. Die Steigerung bei den Personen, die nicht aus Berlin stammen, beträgt fast 50%, bei den als wohnungslos bzw. ohne festen Wohnsitz bezeichneten über 50%. Bei den anderen regionalen Zuordnungen gibt es unterschiedliche Häufigkeiten und Steigerungen, deren Ursache zweifellos komplex ist, bei denen man aber zumindest teilweise annehmen kann, dass sich darin auch regionale konzeptuelle Unterschiede widerspiegeln.

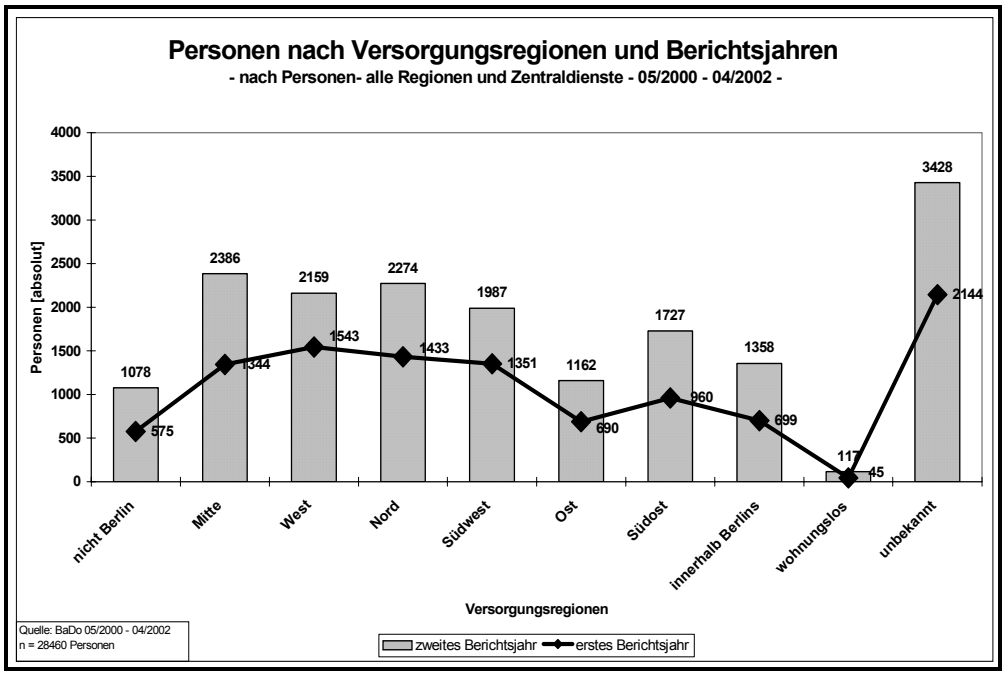

Abbildung 39: Personen nach Versorgungsregionen und Berichtsjahren

5.1.2.8.3 Regionale Herkunft der Nutzer nach Regionen des BKD

Im Folgenden soll untersucht werden, wie ausgeprägt regional die einzelnen Regionen arbeiten, d.h. wie hoch der Anteil der Klienten aus der ihr zugeordneten Versorgungsregion ist. Der Missinganteil hinsichtlich der bezirklichen Herkunft liegt bei knapp 50%, so dass die folgenden Ergebnisse nur für die Hälfte der Personen zutreffen. Es ist nachvollziehbar, dass die Frage nach dem Wohnort der Nutzer je nach Anlass und Art des Kontaktes längst nicht immer gestellt wird bzw. werden kann. Außerdem erscheint es vielen Mitarbeitern kontraproduktiv, wenn sie einerseits den Nutzern Anonymität zusichern, andererseits aber nach dem Wohnort fragen. Offenbar wurden aber sehr häufig die dafür vorgesehenen Kategorien (*unbekannt* oder *Bezirk unklar*) häufig nicht gewählt, sondern die Variable (leider) gar nicht ausgefüllt.

Die nachfolgende Tabelle gibt an, wie viel Prozent der Kontakte der einzelnen Regionen Kontakte mit Klienten aus der zugeordneten Versorgungsregion sind.

Es zeigt sich, dass die einzelnen Regionen tatsächlich den Schwerpunkt in der Versorgung der Bürger ihrer Region haben. Aber es lassen sich auch regionale Unterschiede finden. Die Region *West* weist einen vergleichsweise geringen Anteil unbekannter Herkunftsregionen auf sowie einen deutlich über dem Durchschnitt liegenden Anteil von Kontakten mit Klienten aus der eigenen Versorgungsregion. Mögliche Gründe für diese Verteilung sind, dass es in Charlottenburg/Wilmersdorf einen Vorläufer-Dienst gab, der in die Versorgungsregion gut eingeführt war und der Substandort Spandau hinzu kam, wodurch hier womöglich konkreter nach der regionalen Herkunft der Klienten gefragt wird.

Es zeigt sich weiter, dass der relative Anteil der regionalen Passung dann hoch ist, wenn der Anteil der unbekannten Zuordnung niedrig ist (u.u.). Der Anteil der Klienten, die nicht aus Berlin stammen, ist in der Region *Ost* am höchsten und in *West* am niedrigsten. Es bereitet methodische Schwierigkeiten, die Kategorien *Bezirk unklar* und *unbekannt* näher zu analysieren. Eine wenig gewagte Hypothese dürfte sein, dass durchaus ein höherer Anteil der regionalen Zugehörigkeit der Nutzer in Erfahrung zu bringen wäre und sicher auch in dem Bereich der Missing-Daten eine deutliche Verringerung zu erzielen wäre.

		Versorgungsregion								
		Mitte	West	Nord	Südwest	Ost	Südost	Tagd.	Nachtd.	Gesamt
Herkunftsregion	nicht Berlin	6,2%	4,4%	5,5%	4,9%	11,1%	6,9%	6,4%	9,4%	6,9%
	Mitte	46,4%	5,7%	3,6%	3,9%	9,3%	5,2%	17,6%	11,0%	13,1%
	West	4,7%	75,4%	1,7%	3,6%	1,6%	0,8%	11,7%	8,3%	15,1%
	Nord	6,6%	1,0%	65,0%	1,4%	3,8%	1,1%	11,9%	8,1%	11,2%
	Südwest	5,3%	2,5%	1,2%	51,6%	8,0%	4,4%	13,3%	10,0%	12,4%
	Ost	3,0%	0,4%	1,3%	0,3%	40,7%	1,3%	6,2%	5,5%	8,7%
	Südost	3,7%	0,7%	1,3%	5,2%	2,7%	59,3%	8,0%	7,1%	8,7%
Berlin	Bezirk unklar	5,1%	1,9%	3,5%	6,4%	6,6%	5,2%	5,6%	14,3%	6,0%
	wohnungslos	0,8%	0,4%	0,4%	0,5%	0,6%	0,5%	0,2%	0,4%	0,5%
	unbekannt	18,2%	7,6%	16,5%	22,1%	15,5%	15,3%	19,0%	26,0%	17,3%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 9: Relativer Anteil der Personen nach ihrer regionalen Herkunft

Betrachtet man die regionale Zuständigkeit getrennt nach einzelnen *Kontaktarten*, zeigen sich interessante Ergebnisse. Bei telefonischen Kontakten ist die regionale Herkunft der Klienten aus der versorgenden Region am geringsten, es folgt eine höhere Relation bei persönlichen Gesprächen und schließlich die höchste bei

mobilen Einsätzen. D.h., dass Klienten von den Mitarbeitern des BKD am häufigsten überregional am Telefon beraten werden.[16]

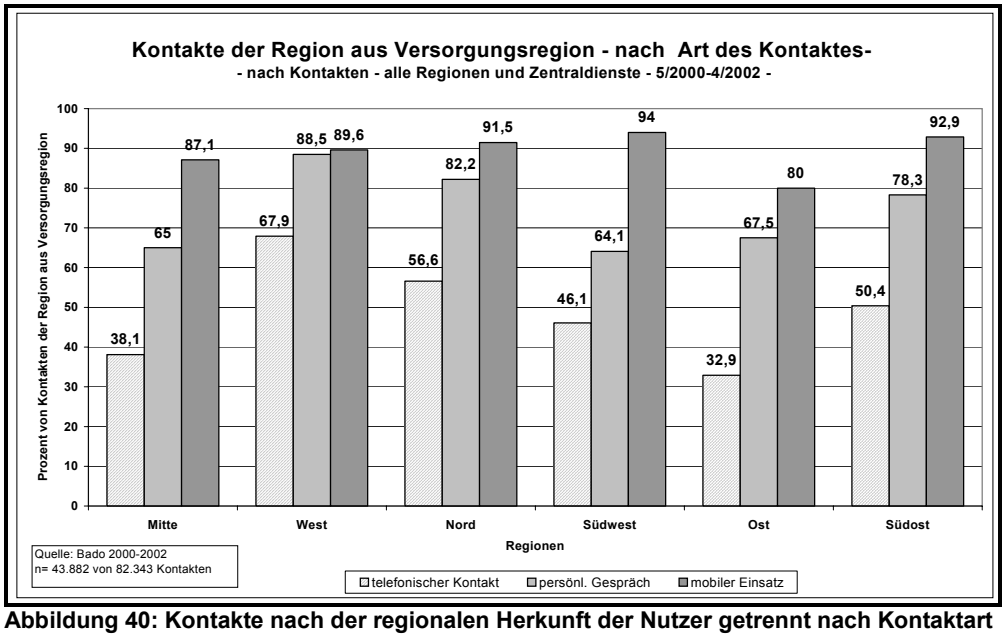

Abbildung 40: Kontakte nach der regionalen Herkunft der Nutzer getrennt nach Kontaktart

5.1.2.8.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der BKD als regional und gemeindenah arbeitender Dienst bezeichnet werden kann, wenn die aufwendigen persönlichen Gespräche und die mobilen Einsätze zum Maßstab der Beurteilung genommen werden. Die telefonische Beratung von anrufenden Klienten dagegen wird häufiger überregional durchgeführt. Es ist eine Frage der Perspektive, ob diese Ergebnisse als Indiz für „ausreichende“ Gemeindenähe interpretiert werden oder nicht. Der BKD befindet sich als ein Baustein der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft hinsichtlich der Gemeindenähe im Spannungsfeld zwischen niedrigschwelligem und anonymem Dienst einerseits und der gewünschten regionalen Zuständigkeit andererseits. Eine Weitervermittlung an den regional zuständigen Standort wird aber nicht automatisch vorgenommen, sondern nur dann, wenn dies sinnvoll und zumutbar für den Ratsuchenden erscheint. Außerdem haben Teile der Werbung (BVG-Werbung) durch die dortige Darstellung offenbar den Effekt, dass Nutzer häufiger zunächst im Standort Mitte angerufen haben (s. auch Kapitel 3.3).

[16] Aus Gesprächen mit Mitarbeitern wissen wir, dass es auch einige sog. Dauernutzer („Heavy User“) gibt, die überregional immer wieder telefonisch beraten werden.

5.1.2.9 Klientennetzwerke und Doppelbetreuung

5.1.2.9.1 Vorbemerkung, Datenquellen

Für Klienten können Professionelle und deren Institutionen als spezieller Teil des sozialen Hilfenetzwerks angesehen werden. Es handelt sich dabei um sogenannte tertiäre Netzwerke, auf die zurückgegriffen wird, wenn das primäre Netzwerk (Familie/ Freunde) und das sekundäre Netzwerk (Selbsthilfegruppe u.ä.) nicht mehr ausreichen. Die Bedeutung von Netzwerken für die Erhaltung der psychischen Gesundheit wird heute als erheblich eingeschätzt (siehe z.B. RÖHRLE et al. 1998).

Ein Indikator für solche Netze findet sich in der Basisdokumentation, in der die Mitarbeiter angeben, mit welchen Einrichtungen der Klient Kontakt hatte (*Kontakt besteht derzeit* und/oder *Kontakt bestand früher*). Diese Daten können nicht auf der Personenebene, sondern allein auf der Kontaktebene ausgewertet werden. Bei insgesamt 30.015 Kontakten des BKD wurden in den Berichtsjahren unterschiedliche Professionelle bzw. Einrichtungstypen eingetragen.

5.1.2.9.2 Spezielle Klientennetzwerke

Aufgrund vorausgegangener Untersuchungen der Forschergruppe lässt sich annehmen, dass die benannten Einrichtungen nicht alleine für sich stehen, sondern dass sie für unterschiedliche Klientengruppen interagierende Netze bilden. Aufgrund der in der folgenden Tabelle abgebildeten Befunde lassen sich zumindest vier Untersysteme beschreiben:

1. Das ärztliche System
2. Das psychiatrische bzw. gemeindepsychiatrische System mit psychiatrischer Klinik/Abteilung, Sozialpsychiatrischem Dienst, Einrichtungen der Tagesstrukturierung und Wohnen usw.
3. Das psychotherapeutische System
4. Der BKD selbst mit Klienten, die ihn immer wieder kontaktieren

Netz	Organisation	Derzeit Kontakt (absolut)	Derzeit Kontakt (%)	Früher Kontakt (absolut)	Früher Kontakt (%)
1	Allgemeinkrankenhaus	95	1,4	122	2,9
1+2	Arzt	1201	17,6	280	6,7
2	Psychiatrische Klinik	501	7,3	1338	32,2
2	Sozialpsychiatrische Dienste	626	9,2	297	7,1
2	Hilfe für Suchterkrankte	151	2,2	100	2,4
2	Einrichtungen der Tagesstrukturierung	434	6,4	114	2,7
2	Wohnen	346	5,1	70	1,7
(2)	anderer Krisendienst	63	0,9	29	0,7
(2)	Arbeit und Freizeit	41	0,6	5	0,1
2 (+3)	Krisenstation	31	0,5	137	3,3
3	Psychotherapeut	1140	16,7	537	12,9
3	psychosomatische, psychotherap. Klinik	33	0,5	92	2,2
4(+2)	Berliner Krisendienst	729	10,7	371	8,9
	Amt, Behörde	97	1,4	33	0,8
	Anderer ambulanter Professioneller	173	2,5	26	0,6
	Einrichtungen der Altenpflege	16	0,2	5	0,1
	Einrichtungen der Behindertenhilfe	153	2,2	29	0,7
	andere Beratungsstelle	152	2,2	78	1,9
	Bildung, Ausbildung	3	0,0	2	0,0
	Familien-, Frauen-Männerfragen	125	1,8	74	1,8
	Kinder und Jugendhilfe	89	1,3	58	1,4
	Kultur und Religion	9	0,1	6	0,1
	Notfall, Polizei, Feuerwehr	146	2,1	79	1,9
	Obdachloseneinrichtung	31	0,5	12	0,3
	Rechtliche Institution	42	0,6	8	0,2
	Selbsthilfe	98	1,4	43	1,0
	Sozialer Dienst	8	0,1	3	0,1
	Sozialstation	35	0,5	6	0,1
	sonstige Org. , Einrichtung	34	0,5	33	0,8

Tabelle 10: Derzeitige und frühere Kontakte zu Diensten vom Mai 2000-April 2002

Netzwerk 1
Arzt und Allgemeinkrankenhaus verweisen auf die allgemeine ärztliche bzw. *medizinisch-stationäre Versorgung*. Die Kategorie *Arzt* ist allerdings nicht eindeutig zuzuweisen, da dort auch die Kontakte mit Psychiatern dokumentiert werden. Es ist zu erwarten, dass auch der BKD in dieses System einbezogen ist, da BKD-Nutzer einerseits an körperlichen Beschwerden im Zusammenhang mit Krisenzuständen leiden können und viele Nutzer andererseits das ärztliche System als ersten Ansprechpartner bei Krisen betrachten (siehe Kapitel 3.3.2 und 4.2.3.5). Allerdings sind die Kontaktzahlen relativ gering. Dies ist als weiterer Hinweis dafür

anzusehen, dass die Vernetzung des BKD mit dem ärztlichen System verhältnismäßig gering ist. Auf diese Problematik wurde schon verwiesen.

Netzwerk 2
Psychiatrische Klinik/Abteilung, Sozialpsychiatrischer Dienst und Einrichtungen der Tagesstrukturierung und des betreuten Wohnens und ein Teil der unter *Arzt* dokumentierten Psychiater bilden das zweite, das *gemeindepsychiatrische Netzwerk*. Es ist anzunehmen, dass es sich hier um BKD-Nutzer handelt, die an psychischen Störungen leiden und die unter der Kennzeichnung psychiatrische Krisen/Notfälle bzw. „von der Enthospitalisierung Betroffene“ eine im Konzept definierte Nutzergruppe darstellen. Weiter wird der BKD in seinem Konzept ja als „Teil des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems“ bezeichnet. Dies zeigt sich besonders bei der großen Gruppe von Klienten, die frühere Kontakte zur psychiatrischen Klinik/Abteilung hatten.

Netzwerk 3
Die Kontakte mit Psychotherapeuten verweisen auf eine Eingebundenheit der Nutzer in die ambulante und stationäre *psychotherapeutische Versorgung*. In akuten Krisensituationen (wie etwa akuter Suizidalität) erscheint neben einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ein zusätzlicher Kontakt zum BKD angemessen, weil damit u.U. Zeiten überbrückt werden können, in denen der Kontakt mit dem Psychotherapeuten nicht möglich ist.

Netzwerk 4
Es gibt auch ein Netzwerk, das die unterschiedlichen Standorte des BKD miteinander bilden. Hier dürfte es sich um Klienten handeln, die den BKD häufiger nutzen oder die (auch) mit dem Tag- oder Nachtdienst Kontakt haben.

In der folgenden Abbildung sind die Verteilungsunterschiede der Kontakte zu externen Einrichtungen grafisch dargestellt.

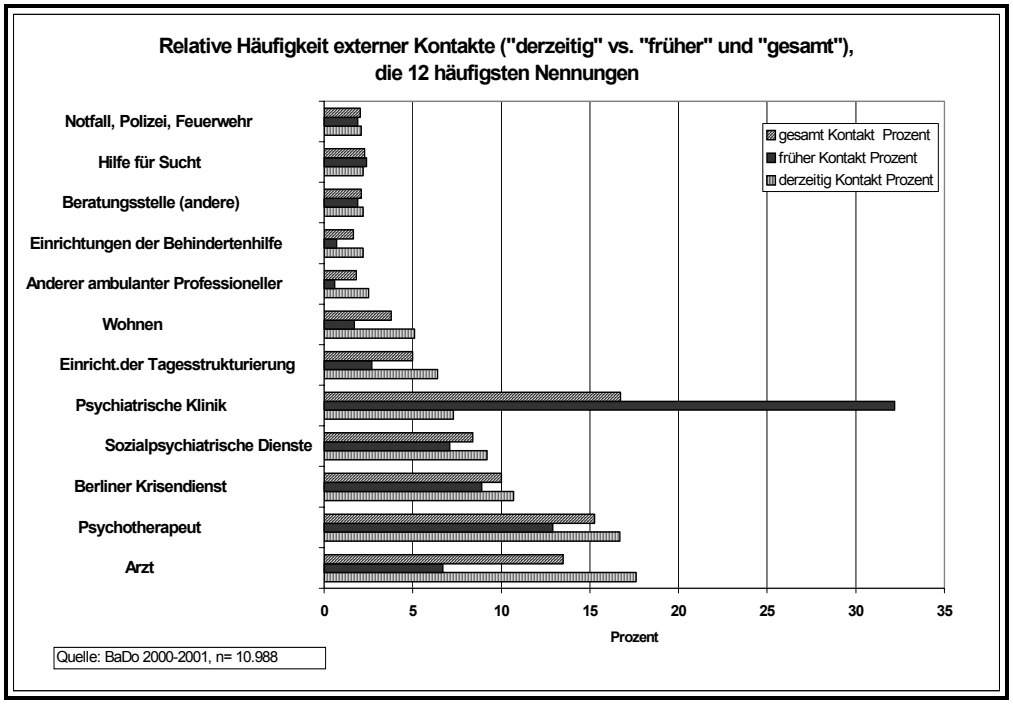

Abbildung 41: Einrichtungen, zu denen die Klienten früher oder derzeit Kontakt hatten/ haben

Die Rangfolge der Einrichtungen, mit denen zum Zeitpunkt der Beratung im BKD auch bzw. bereits Kontakt besteht, lässt eine erste, vorsichtige Antwort auf die Frage nach Doppelbetreuungen zu. Möglicherweise handelt es sich um unterschiedliche Gruppen, bei denen eine zusätzliche Betreuung durch den Krisendienst entweder notwendig oder aber fragwürdig ist.
Folgendes lässt sich mit gebotener Vorsicht interpretieren:

- Eine ärztliche Betreuung der körperlichen Probleme gleichzeitig mit einer Betreuung durch den Krisendienst, der solche Probleme nicht angehen kann, erscheint sinnvoll.
- Sinnvoll erscheint auch die Betreuung psychiatrischer Notfälle zusammen mit dem gemeindepsychiatrischen System, als dessen Teil sich der BKD definiert. Allerdings ist dabei weiter abzuklären, ob der Krisendienst sich auf seine Aufgaben begrenzt oder ob es zumindest teilweise zur Übernahme von Aufgaben kommt, die eigentlich durch das gemeindepsychiatrische System (etwa im Betreuten Wohnen) erfüllt werden müssten.
- In ähnlicher Weise erscheint der gleichzeitige Kontakt mit *Einrichtungen der Behindertenhilfe* angemessen. Dies wird aus den Befunden über die Arbeit des Krisendienstes mit geistig Behinderten deutlich und entspricht ebenfalls der Konzeption des BKD.

Möglicherweise problematisch kann der gleichzeitige Kontakt mit Psychotherapeuten sein. Hier besteht die Gefahr, dass Klienten den Krisendienst als eine zusätzliche Betreuung nutzen, die nicht unbedingt notwendig ist und über die einer

der beiden Anbieter nicht informiert ist. Zwar ist auch hier anzunehmen, dass der Krisendienst Notfallfunktionen in Zeiten außerhalb der Sprechstunde übernimmt, ähnlich wie er bei psychiatrischen Notfällen Funktionen außerhalb der Dienstzeiten etwa des Sozialpsychiatrischen Dienstes übernimmt. Allerdings besteht die Gefahr, dass einerseits übersteigerte Versorgungsbedürfnisse auf diese Weise befriedigt oder dass Versäumnisse der Psychotherapeuten kompensiert werden.

Ob ähnliche Bedenken, wie beim Psychotherapeuten auch auf die Gruppe der unterschiedlichen Beratungsangebote zutreffen, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht entscheiden. Hier müssten zumindest weitere Informationen herangezogen werden, um begründetere Aussagen machen zu können.

Ein ähnliches und damit bestätigendes Bild ergibt sich, wenn man die Reihenfolge der Einrichtungen betrachtet, mit denen früher Kontakte bestanden. Hier zeigen sich wieder das gemeindepsychiatrische und das medizinische Netz, der Krisendienst und die Psychotherapeuten. Bei letzteren wird die Frage nach dem Verhältnis zwischen Psychotherapeuten und Krisendienst noch deutlicher. Dies wird noch ausführlicher im Kapitel über die *Bewertung durch die Nutzer* (Kapitel 5.2.2) zu diskutieren sein.

5.2 Behandlungserfolg

5.2.1 Vorbemerkung, Datenquellen

Der Behandlungserfolg des BKD wird in den folgenden Kapiteln aus drei Perspektiven auf der Grundlage von drei verschiedenen Datenquellen dargestellt:

- Aus der Perspektive der Nutzer (aus der Analyse von Interviews und einer Fragebogenuntersuchung mit Nutzern)
- Aus der Perspektive der Mitarbeiter (aus der Analyse ihrer Einschätzungen in der BaDo)
- Aus der Perspektive von Fachleuten aus der Region (aus der Analyse der Fragebogenuntersuchung zur Vernetzung und Kooperation)

5.2.2 Bewertung der Leistung des BKD durch sein Nutzer

5.2.2.1 Vorbemerkung und Methoden(diskussion)

Klientenzufriedenheit im Sinne von Kundenzufriedenheit gilt einerseits als zentrales Kriterium für die Qualität eines Dienstes. Es ist allerdings zu bedenken, dass im Gegensatz zum Wirtschaftsbereich, wo man von *mündigen Konsumenten* spricht, sich zum einen die Produkte nicht so direkt in ihrer Qualität überprüfen lassen und zum anderen die Abhängigkeit vom Leistungserbringer vor allem dann groß ist, wenn noch seelisches Leid besteht und der Nutzer die Hoffnung hat, der Leistungserbringer könne dieses Leid mildern. Außerdem entsprechen diese Nutzer auch in sofern nur begrenzt den üblichen Konsumenten innerhalb eines Marktgeschehens, da sie die Dienstleistung nicht käuflich erwerben können und oft auch nicht über entsprechende Mittel verfügen. Schließlich ist die Bewertung der in Anspruch genommenen Leistung durch die Nutzer insofern schwierig, als sie einerseits Hilfe erwarten, nicht immer aber wissen können, welche Hilfe denn die adäquate ist.
So haben viele Untersuchungen gezeigt, dass die Antworten auf die unterschiedlichsten Untersuchungsinstrumente meist zu einer Überschätzung der Zufriedenheit der Klienten führen. Die Klienten neigen eher dazu, so zu antworten, wie sie glauben, dass dies sozial erwünscht sei, d.h. wie die Mitarbeiter der Institution dies ihrer Meinung nach wünschen. Das gilt vor allem für Fragebögen, beeinflusst aber die Antworten in Intensivinterviews ebenfalls.

Trotz dieser Einschränkungen bleibt die Klientenzufriedenheit ein wichtiges Kriterium für die Qualität eines Dienstes. Allerdings muss dieses Kriterium auch nochmals in einen versorgungstheoretischen Gesamtzusammenhang gestellt werden. Zufriedenheit der Nutzer mit einem Dienst kann nicht das einzige Kriterium sein. Es ist darüber hinaus zu bedenken, welche anderen Angebote sonst zur Verfügung stehen und in welchem Verhältnis der Aufwand für das vorliegende Angebot zu demjenigen für die anderen Angebote steht.

In der vorliegenden Untersuchung wurden zwei methodische Ansätze gewählt, um einen begründeten Eindruck von der Bewertung der erfahrenen Dienstleistungen zu gewinnen. Nutzer wurden ausführlich in Interviews befragt und es wurde ein Fragebogen entwickelt, auf dem die Nutzer ihren Eindruck von der unmittelbar vorausgehenden Beratungssitzung abgeben konnten. Die Interviews ermöglichen einen intensiven Einblick in die Vorstellungen und Bewertungen der Nutzer und bieten die Chance, einen Überblick über eine größere Zahl von Meinungen zu

erhalten, wobei das inhaltliche Spektrum auf die Fragen des Konstrukteurs des Fragebogens eingeschränkt ist. Jedes Vorgehen hat Vor- und Nachteile.
Methodische Probleme und Schwierigkeiten werden an der jeweiligen Stelle erörtert.

Methodische Probleme
Das Grundproblem der Untersuchung der Nutzerbewertung beim BKD besteht in der Zusicherung der Anonymität seitens des BKD. An dieser Stelle soll dieses Prinzip nicht in Frage gestellt werden (siehe Kapitel 6), es sind aber die Konsequenzen für eine Erforschung der Ergebnisqualität kurz zu diskutieren.
Anonymität bedeutet für die Aufgabe der Fallfindung und Stichprobenziehung, dass der einzelne Nutzer nicht identifizierbar ist. Insofern kann er auch nicht gezielt angesprochen werden. Damit ist es auch nicht möglich, eine Stichprobe von Nutzern zu gewinnen, die gesicherte Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit im Sinne einer repräsentativen Stichprobe zuließe. Jeder Versuch, Zugang zu den Nutzern zu gewinnen, wird also immer nur bestimmte Nutzer ansprechen und andere nicht. Darüber hinaus liegt es immer in der Entscheidung des Nutzers, ob er sich für eine Befragung zur Verfügung stellt oder nicht.

Es gibt aber noch weitere methodische Probleme: Eine große Zahl von Nutzern ist überhaupt nicht bereit, sich für Forschung zur Verfügung zu stellen. Der Kontakt zu den Klienten ist häufig nur zu einem Zeitpunkt möglich, an dem die Krise ihren Höhepunkt erfährt. Die Nutzer können sich nachvollziehbarer Weise kaum mit der Anfrage nach einem Interview auseinander setzten. Auch dann, wenn die Krise ansatzweise überwunden ist, möchten sie diese unangenehme Zeit in ihrem Leben als abgeschlossen betrachten und sich nicht weiter mit dieser Thematik auseinandersetzen. Infolgedessen kommt es zu keinem Kontakt mit der Forschung. Ein Problem stellt auch die Auswahl von Interviewpartnern durch den Krisendienst dar. Nach welchen Kriterien die Mitarbeiter einzelne Nutzer angesprochen und ermuntert haben, an der Untersuchung teilzunehmen, lässt sich nicht ermitteln.

Alle diese Faktoren tragen dazu bei, dass sich auf Grund der bisherigen Erfahrungen in den Interviews vor allem zwei Gruppen unterscheiden lassen. Die größte Gruppe möchte durch ihre Teilnahme ihre *positive Erfahrung* bekunden. Sie wollen den Mitarbeitern positive Rückmeldung geben oder auf dem Weg über die Forschung öffentlich machen, dass ihrer Meinung nach der BKD unbedingt weiterbestehen sollte. Im letzteren Fall handelt es sich um eine Aussage, die sich an die politische Ebene richtet. Man befürchtet, dass der BKD den Kürzungen im Lande Berlin zum Opfer fallen könnte. Ein kleine zweite Gruppe möchte sich über die Behandlung durch Mitarbeiter des BKD *beschweren*. In dieser Gruppe werden Gründe für eine negative Bewertung des BKD formuliert.

Bei diesen Besonderheiten der Stichprobe kann zu Recht gefragt werden, inwieweit die Ergebnisse überhaupt etwas über die Bewertung der Qualität durch die Nutzer allgemein aussagen können. Gelten die Aussagen nur für diejenigen Nutzer, die sie gemacht haben, oder sind weiterführende Schlüsse über die Qualität der Arbeit des BKD aus der Nutzersicht möglich? Wir versuchen in dieser Untersuchung, auf diese Frage dadurch zu antworten, dass wir einerseits unterschiedliche Daten, die denselben Sachverhalt betreffen, miteinander triangulieren (also

miteinander in Beziehung setzen) und dass wir andererseits vor allem Analysemethoden einsetzen, die es erlauben, *hinter* die unmittelbaren Aussagen zu sehen. Wir konstruieren anhand der Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den verschiedenen Aussagen ansatzweise die Struktur des Feldes der Bewertung, das eine allgemeinere Gültigkeit hat als die einzelnen Aussagen. Beispielsweise finden sich auch bei Nutzern, welche den Bestand des BKD durch ihre Aussagen sichern wollen, Berichte über gute und schlechte Erfahrungen, so dass es möglich wird, die grundsätzlichen Punkte der Kritik und der Zustimmung aus der Sicht der Nutzer anhand der Interviews zu rekonstruieren.

5.2.2.2 Erfahrungen der Klienten mit dem BKD I: Offene Befragung von Nutzern

Zunächst sollen die Ergebnisse der Befragung von 17 Nutzern dargestellt werden, die im Rahmen von zwei Diplomarbeiten[17] und von anderen Mitgliedern der Begleitforschung befragt wurden. Dabei wurden unterschiedliche Fallfindungsmethoden (Anschläge in den Standorten und verschiedenen psychosozialen Einrichtungen, Vermittlung durch Mitarbeiter, Anzeigen in Stadtmagazinen, persönliche Kontakte) und unterschiedliche Interviewformen (persönliches Interview und Telefoninterview) verwendet. Die Auskunftspersonen wurden anhand von Interviewleitfäden nach ihren Erfahrungen mit Krisen, mit dem Krisendienst und nach ihrer Bewertung der Hilfe befragt. Die Auswertung folgte inhaltsanalytischen Grundsätzen, die sich an der Methode der *grounded theory* von GLASER und STRAUSS (1998, 1967) und den späteren Weiterentwicklungen durch verschiedene Autoren orientierten.

Im Mittelpunkt der folgenden Darstellung steht die Bewertung durch die Nutzer. Bei einer solchen Bewertung werden die einzelne Aspekte der Erfahrungen mit dem BKD beurteilt. Die Nutzer tun dies auf dem Hintergrund anderer Hilfeerfahrungen, dem Vergleich ihrer Befindlichkeit vor der Krise, in der Krise und danach. Außerdem werden unterschiedliche Aspekte bewertet, die Person des Beraters, also ob er z.B. freundlich, empathisch oder abweisend war, die Beziehung zum Berater, das Setting des Krisendienstes, die Nützlichkeit der Interventionen usw. Darüber hinaus spielt auch noch der Zeitpunkt eine Rolle, auf den sich die Bewertung bezieht: während des Kontaktes, unmittelbar nach dem Kontakt und im längeren Abstand vom Kontakt mit dem BKD.

Es gibt also keine *einfache* Bewertung, sondern jede Bewertung setzt sich aus sehr unterschiedlichen Urteilen zusammen. Wir werden daher die Aussagen der Nutzer zum Interventionskonzept des Krisendienstes in Beziehung setzen. Es wird untersucht werden, inwieweit sich die Interventionsprinzipien, Interventionsmittel und Zielsetzungen aus dem Konzept des BKD in den Aussagen der Interviewten verbunden mit positiven Bewertungen wiederfinden.

Trotzdem gibt es einen Gesamteindruck, in dem alle verschiedenen Urteile zusammengefasst werden und der als erstes dargestellt werden soll. Auffällig ist zunächst, dass nur eine der 17 Befragten den Krisendienst aufgrund ihrer Erfahrungen ablehnt. Mehrere berichten zwar über schlechte Erfahrungen, die sie mit einzelnen Beratern gemacht hätten, aber nehmen dann letztendlich doch eine

[17] ROEHLING & HAMMER (2002) und MAY (2002)

positive Bewertung des BKD vor. Darin könnte sich das bereits erwähnte Problem der Stichprobenauswahl widerspiegeln. Die Zahl derjenigen, die sich für ein Interview zur Verfügung stellen, weil sie möglicherweise dem Krisendienst als Dank für die empfangene Hilfe etwas zurückgeben wollen, ist wesentlich größer als derjenigen, die das Bedürfnis haben, ihren Ärger und/oder ihre Enttäuschung über eine ihrer Meinung nach schlechte Behandlung *öffentlich* auszudrücken. Auf der Grundlage unserer anderen Informationen aus der Basisdokumentation und den verschiedenen Befragungen von Fachleuten aus den Regionen ist allerdings anzunehmen, dass es sich bei der Gruppe der Menschen mit grundsätzlich schlechten Erfahrungen um eine eher kleine Gruppe handelt. Die Stichprobe scheint also, was die Zufriedenheit mit der erfahrenen Hilfe angeht, nicht stark von der Grundgesamtheit abzuweichen.

Erfahrungen, die mit einer positiven Bewertung in Zusammenhang stehen
Die untenstehende Grafik gibt einen Überblick über die verschiedenen Aspekte, die von den Nutzern im Zusammenhang mit einer positiven Einschätzung ihrer Erfahrungen mit dem Krisendienst genannt werden.

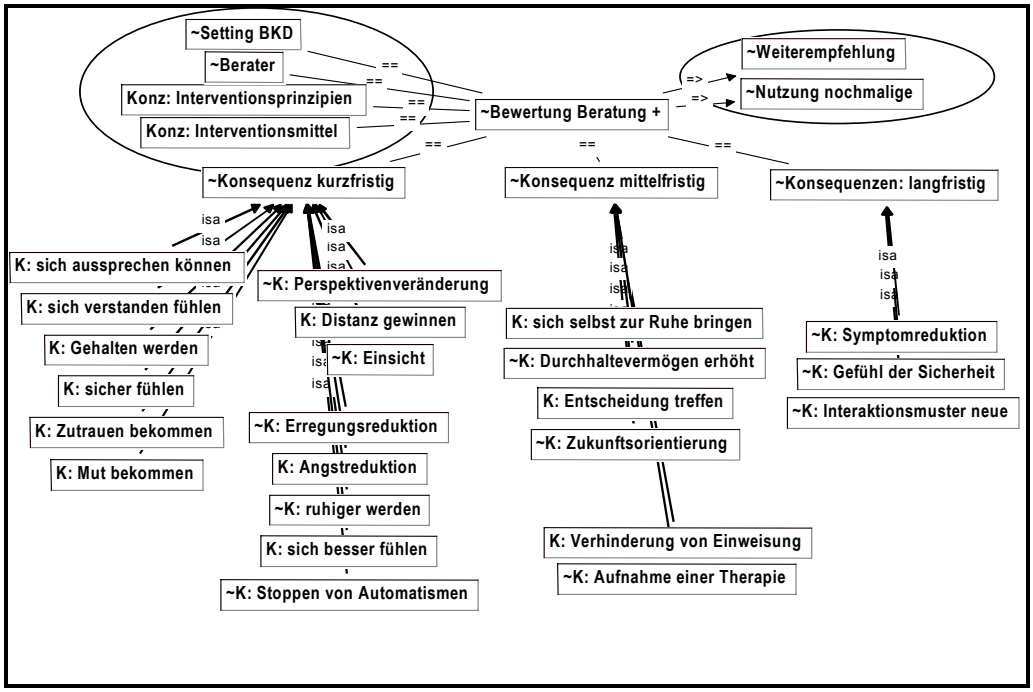

Abbildung 42: Konsequenzen beim Hilfesuchenden, die mit einer positiven Bewertung des BKD in Zusammenhang stehen

Zwei wichtige Kategorien erlauben eine erste, globale Einschätzung. Wenn der Nutzer selbst bei neuerlichen Problemen den Krisendienst wieder kontaktieren und ihn an Freunde weiterempfehlen würde, dann kann angenommen werden, dass der Nutzer selbst gute Erfahrungen gemacht hat. Ein häufiger geäußerter Satz lautet beispielsweise (Frau P17):

> *„Also ick bin wirklich froh, dass et den Krisendienst gibt.“*

Zusammen mit dem nächsten Zitat wird deutlich, dass den Nutzerinnen in einer schwierigen, für sie unlösbaren und bedrohenden Situation durch die Beratung geholfen wurde. Die Bereitschaft, den BKD in Krisensituationen wieder aufzusuchen, ist demgemäss sehr groß. Ebenfalls hoch ist auch die Bereitschaft, den Dienst weiterzuempfehlen. Die beiden Bewertungen werden in der Aussage einer Nutzerin zusammengefasst, die in einer für sie sehr kritischen Situation in Kontakt mit dem Krisendienst kam:

> *AP: „Das war ganz ganz toll, also das war in Prinzip für mich fast ne lebensrettende Erfahrung..."*
> *I: „ah ja..."*
> *AP: „das war, das hat mir auch extrem geholfen, das hätte ich nie gedacht. Ich würde das auch jedem empfehlen, der völlig am Ende ist. Ich kam da in einem sehr bedenklichen Zustand an. Ich hatte drei Nächte nicht geschlafen und war voll gestopft mit Tabletten und ne Freundin brachte mich..."*

Die Bewertung ist abhängig von den Veränderungen, welche die Nutzer an sich selbst und ihrer Lebenssituation feststellen und die sie der Beratung durch den BKD zuschreiben. Es handelt sich dabei um eine sogenannte Kausalattribution, d.h. der Nutzer sieht subjektiv den Grund für die Veränderungen in der Beratung durch den Krisendienst. Dies muss nicht bedeuten, dass die Veränderung nicht (auch) auf anderen Gründen beruhen könnte, es besagt nur, dass der Nutzer hier einen Zusammenhang sieht. Zu berücksichtigen ist auch, dass sich das Urteil auch mit der Zeit und den auftretenden Erfahrungen ändern kann. Daraus ergeben sich dann u.U. auch unterschiedliche Erfolgseinschätzungen.

Kurzfristige Konsequenzen sind solche, bei denen die unmittelbare Reaktion der Auskunftsperson während und nach dem Gespräch beschrieben wird. Dabei handelt es sich nach den Aussagen unserer Auskunftspersonen zum Ersten um das Gefühl, angenommen zu werden, sich aussprechen zu können, Zutrauen und Mut zu bekommen, also insgesamt um die Konsequenzen eines emotions- und beziehungsbezogenen Intervenierens, das auf Schutz, Entlastung und Stabilisierung abzielt, so wie es im Konzept auch beschrieben wird. Es ist stark durch die Person und die Fähigkeiten des Beraters bestimmt, Kontakt mit dem Nutzer aufzunehmen. Dies wird weiter unten noch deutlicher gemacht werden.
Auch die zweite Gruppe von Konsequenzen, die eine *Verminderung von Erregung* (Angst) und ein *Sich-Beruhigen* beschreiben, zielt in ähnliche Richtung.
Drittens werden Veränderungen in der *Sicht auf die Probleme* beschrieben. Einsicht, Perspektivenveränderung und Distanz sind Kategorien, die der Zielsetzung der Klärung und Situationsentspannung entsprechen.

Allerdings können solche erste positiv erlebten Konsequenzen nicht unbedingt bereits als Indikatoren für einen längerfristigen Erfolg betrachtet werden. Dies wird vor allem in einem Fall deutlich. Frau P7 findet die Art des Umgangs mit ihr, den sie im Krisendienst erlebt hat, angenehm und sie scheint auch guten Kontakt mit dem Berater gehabt zu haben. Durch eine ihrer Meinung nach fehlerhafte Überweisung, die sie als unprofessionell bewertet, wird ihre mittelfristige Einschätzung dann insgesamt negativ.

Mittelfristige Konsequenzen sind solche, die nach dem Ende der Beratungssitzung oder zwischen den Sitzungen eintreten können, und in denen sich die Auskunftsperson auch schon wieder als aktiv Handelnde beschreibt. Hier wird berich-

tet, dass der Nutzer die Fähigkeit wieder gewonnen habe, *sich selbst zur Ruhe bringen*, d.h. nicht mehr in einen Zustand zunehmender Erregung und Angst zu geraten, wieder *Entscheidungen* treffen zu können, eine gewisse *Zukunftsorientierung* gewonnen zu haben und ähnliches. Besonders wichtig erscheint, dass es in unserer Stichprobe zwei Nutzer gibt, die von sich sagen, durch die Beratung des Krisendienstes sei möglicherweise eine *Einweisung in die psychiatrische Klinik vermieden* worden. Dies entspricht dem Interventionsprinzip *ambulant vor stationär* aus dem Konzept des BKD. Frau P5 berichtet beispielsweise, dass sie als Konsequenz ihrer Erfahrungen bezüglich Klinikeinweisung heute Vorsorge trifft:

> *AP: „Ick hab' det och immer mit (zeigt den Flyer vom Krisendienst), wenn wir hier durch Berlin irgendwo fahren zu ner' Veranstaltung oder wenn irgendwo Feste sind und, da hab ick det immer mit ne, weil ja aus jedem Bezirk ist ja ne' Nummer."*
> *I: Das gibt Ihnen so'ne Sicherheit, oder?*
> *AP: „Ja, ick hab meine Tabletten und det (Flyer vom Krisendienst). [Pause] Ja schade, dass ick so spät davon erfahren habe, sonst wär ick vielleicht gar nicht im Krankenhaus (gelandet)."*

Eine weitere sehr wichtige Konsequenz ist unter dem Titel *Aufnahme einer Therapie* zusammengefasst. Hier wird die Funktion des BKD für eine Patientengruppe deutlich, die nur selten sichtbar wird, wahrscheinlich aber im Versorgungssystem erhebliche Kosten verursacht, weil diese Patienten immer wieder in kritischen Situationen in unterschiedlichen Betreuungs- und Behandlungsangeboten auftauchen, sich aber nach dem ersten Abklingen der Symptome wieder zurückziehen. Immerhin vier der Befragten bezeichnen sich als *therapiegeschädigt* oder berichten von so schlechten Erfahrungen bei einer stationären Aufnahme, dass sie auf keinen Fall wieder in eine Klinik wollen. Selbstverständlich kann der Krisendienst die dauerhafte Betreuung dieser Patientengruppe nicht übernehmen. Aber nach unseren Befunden kann er eine wichtige Funktion übernehmen, da er diese Nutzer wieder in das Versorgungssystem zurückführen kann. Das bedeutet, dass die Berater in diesen Fällen schrittweise die Ängste und Vorbehalte gegenüber Psychotherapeuten und stationären Angeboten abbauen müssen. Im erfolgreichen Fall wird dann von den Patienten wieder eine sinnvolle Behandlung im herkömmlichen Versorgungssystem aufgenommen und erfolgreich beendet. Eine solche Beratung dauert naturgemäß länger, weil zunächst überhaupt eine vertrauensvolle Beziehung zum Klienten hergestellt werden muss und dann die Ängste und Vorbehalte abgebaut werden müssen.

Langfristige Konsequenzen, die sich auf die Zeit nach der Beratung und später beziehen, werden in unserer Untersuchung weniger sichtbar, da die meisten Nutzer sich kurz nach dem Kontakt mit dem Krisendienst für eine Befragung zur Verfügung stellten. Immerhin erhielten wir Berichte über eine *Reduktion der Symptome*, ein *zunehmendes Gefühl der Sicherheit* und die *Entwicklung neuer Interaktionsmuster*, was darauf hindeutet, dass auch langfristige positive Konsequenzen aus den Interventionen des BKD resultieren.

Beratercharakteristika

Mit der Feststellung der unterschiedlichen Bewertung von *Zuhören* wurde bereits die Bedeutung der Person für die Bewertung der Beratung deutlich. Im Schema sind drei Bereiche angegeben, welche eine Bedeutung für die Beziehung zum Berater haben.

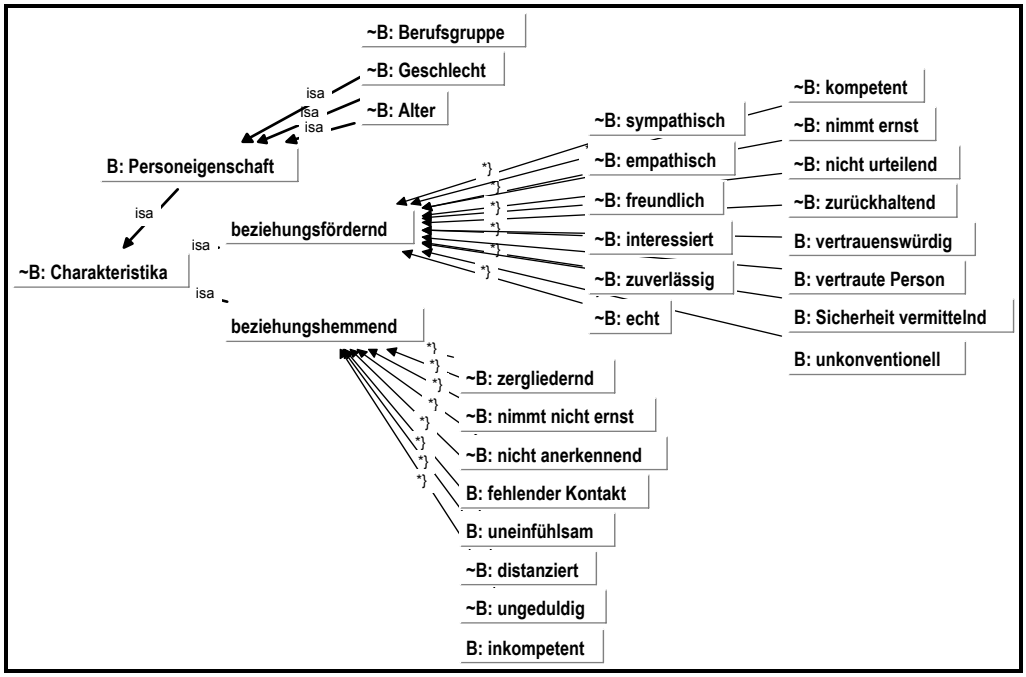

Abbildung 43: Bewertung und Beratercharakteristika

Beratercharakteristika wie Alter, Geschlecht und Berufsgruppe spielen durchaus eine wichtige Rolle und es wird daher von den Nutzern positiv bewertet, dass eine Auswahl an Beratungspersonen besteht. Unter Umständen erscheint es wichtig, mit einem Berater des gleichen oder gegensätzlichen Geschlechts zu reden oder eine Berufsgruppe vermeiden zu können. So war es z.B. für eine Klientin, die sich selbst als „therapiegeschädigt“ bezeichnete, von hervorragender Bedeutung, dass der Berater kein Psychologe oder Psychiater war.

Die Beratung findet im Kontext der Beziehung zwischen Nutzer und Berater statt und sie bestimmt weitgehend, ob der Nutzer die Interventionen des Beraters annehmen kann oder nicht. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, wie die Beziehung zum Berater wahrgenommen wird. Beratung soll Entwicklung fördern und auf diese Weise dazu beitragen, dass die Krise produktiv gelöst wird. Entwicklungsfördernde und -hemmende Charakteristika und Verhaltensweisen des Beraters sind daher von entscheidender Bedeutung.

Von unseren Auskunftspersonen wurde eine große Zahl von entwicklungsfördernden Charakteristika genannt. Man möchte, dass die Berater interessiert, freundlich, sympathisch, vertrauenswürdig, zuverlässig, vorsichtig und zurückhaltend sind und merkt an, dass dies bei vielen Beratern auch der Fall sei. Als wichtiger Aspekt der Beratung wird beschrieben, dass der Berater empathisch war, d.h. dass er einfühlend war und auch in diesem Sinne gehandelt hat. Frau P3 spricht beispielsweise davon, dass der Berater erkannt habe, wann sie zum nächsten Schritt bereit sei. Er habe „ein „Gespür“ für sie gehabt. Auch die Kompetenz des Beraters spielt eine große Rolle und die Tatsache, dass er den Nutzer ernst nimmt und ihn nicht verurteilt.

Diese Beschreibungskategorien, die in Zusammenhang mit einer positiven Bewertung auftreten, sind aus der Psychotherapieforschung als wünschenswerte Therapeutenmerkmale durchaus bekannt und bestätigen die Einschätzung, dass die Berater und die Serviceleistung des BKD von den Nutzern in hohem Maße positiv bewertet werden und dass diese Bewertungen auch auf dem Hintergrund der bisherigen Forschung als gültig betrachtet werden können.

Eine negative Bewertung der Beratungsleistung ergibt sich aus der dritten Gruppe, der entwicklungshemmenden Charakteristika. Es gibt Berater, die als nicht einfühlsam, ungeduldig und inkompetent empfunden werden, welche den Nutzer – in seinem Erleben – nicht ernst nehmen und nicht anerkennen, und bei denen dann auch nach Meinung der Nutzer der Kontakt fehlt. Außerdem wird eine professionelle Haltung beschrieben, bei welcher der Berater distanziert und zergliedernd erlebt wird. Eine solche Haltung scheint den Nutzern im Krisendienst nicht angemessen und führt zu negativen Urteilen über das Angebot.

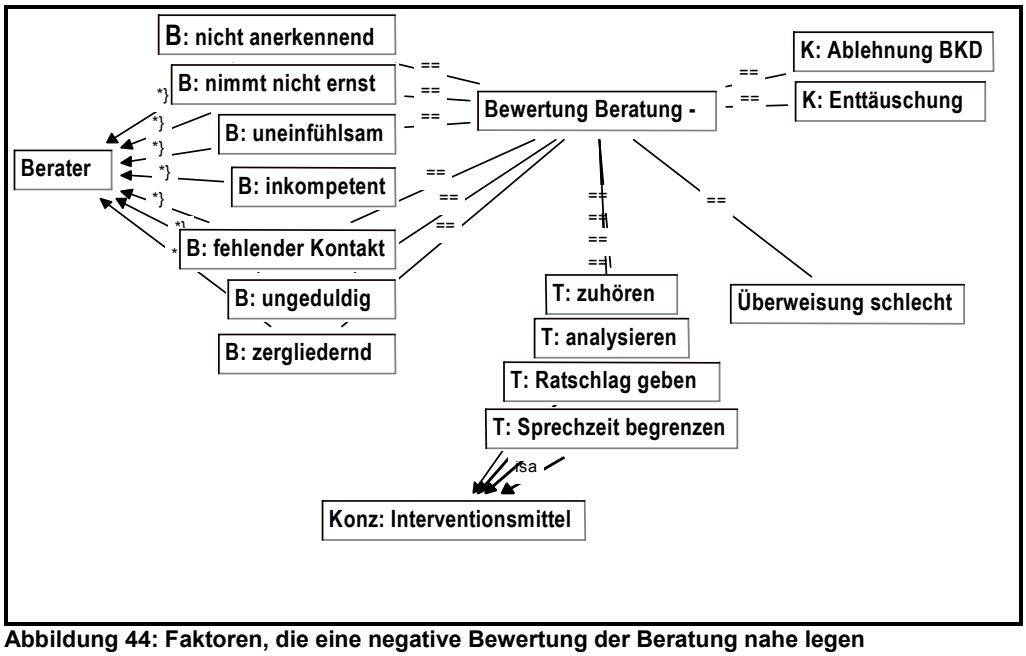

Abbildung 44: Faktoren, die eine negative Bewertung der Beratung nahe legen

In der schematischen Darstellung wird deutlich, welchen Einfluß die Beziehung zum Berater auf die Beurteilung der Beratung hat. Die Interventionen, die hier genannt werden, können sowohl im Zusammenhang mit positiven als auch negativen Bewertungen auftreten. Wenn sie mit problematischen Beratermerkmalen verbunden sind, werden sie immer selbst auch negativ bewertet. Als besonderes Merkmal soll hier noch vermerkt werden, dass sich auch Geschehnisse nach dem Kontakt auf die Bewertung auswirken können. Eine Nutzerin berichtet, sie habe zwar einen ganz guten Kontakt mit dem Berater gehabt, nachher habe sich aber herausgestellt, dass die fünf Psychotherapeuten, die ihr für eine Weiterbehandlung genannt worden wären, sich für ihr Problem als nicht zuständig erklärt hätten. Sie beurteilt daher die Arbeit des Krisenmitarbeiters als inkompetent und würde den Dienst auch nicht weiterempfehlen.

Insgesamt gibt es eine Reihe von negativen Urteilen über das Angebot, die zur Ablehnung des oder zur Enttäuschung über den Dienst führen. Dabei muss betont werden, dass die Nutzer durchaus differenziert urteilen.
Dies lässt sich bei Nutzern feststellen, die mit verschiedenen Beratern in u.U. verschiedenen Standorten Kontakt hatten. Sie berichten über sehr hilfreiche und gute und über schlechte Beratungskontakte. Dabei gibt es durchaus differenzierte Überlegungen darüber, wem denn nun der *schiefgelaufene* Kontakt anzulasten sei.
Frau P12 ist ein solches Beispiel. Sie sagt

> *„Ich weiß nich, ob ich nach ... nach (Standort X) würd ich wahrscheinlich nich nochmal gehen. Einfach, weil das ... ich weiß nich ob da die ehm ... ob die Beratung wirklich so schlecht war oder so komisch oder ob das einfach an ... an meinem Zustand lag. Bin ich mir nich so sicher."*

5.2.2.3 Erfahrungen der Klienten mit dem BKD II: Fragebogen zur Einschätzung des Erlebens beim Kontakt (FEEK)

5.2.2.3.1 Methoden

Um das Erleben der Klienten beim Kontakt auch hinsichtlich bekannter Dimensionen aus der bisherigen Forschung beschreiben und damit auch einen weiteren Vergleich mit diesen Ergebnissen herstellen zu können, wurde ein Instrument aus dem Bereich der Therapieforschung für die Situation bei einer Krisenberatung modifiziert. Der Ausgangspunkt hierzu war der Befund aus diesem Forschungsbereich, dass die Einschätzung der einzelnen Therapiestunde durch die Klienten einen zuverlässigen Prädiktor für den Gesamterfolg einer Therapie darstellt. Sogenannte *Stundenbögen* werden in der Psychotherapie schon seit längerer Zeit nach den Sitzungen an die Klienten ausgegeben, um den Therapeuten ein Feedback über das Erleben der Sitzung durch den Klienten zu geben. Auch in der Kriseninterventionsliteratur wird häufig betont, dass die Beziehung zum Berater einer der entscheidenden Faktoren für den Erfolg der Interventionen ist.

Die Diskussion in der Psychotherapieforschung ist in der letzten Zeit durch eine Reihe von Instrumenten angeregt worden, die aus unterschiedlichen Arbeitsgruppen stammen. Für die Entwicklung eines Instruments für den Bereich der Krisenintervention wurde ein Fragebogen als Ausgangspunkt gewählt, der von HÖGER und ECKERT (1997) auf der Basis von verschiedenen in der Literatur vorfindlichen Stundenbögen entwickelt worden war und einen Therapieschulen übergreifenden Anspruch hat. Die Autoren hatten sich bemüht, „interindividuell übergreifende Aspekte des Klientenerlebens herauszuarbeiten".

Bei einer teststatistischen Überprüfung stellten die Autoren fest, dass der „Bielefelder Klientenerfahrungsbogen" (BIKEB) ein reliables Instrument zur Erfassung von relevanten Aspekten des Klientenerlebens in der Psychotherapiestunde (Post-Session-Ourcome) darstellt, das zumindest die Aspekte *Zurechtkommen mit dem Therapeuten*, *Zurechtkommen mit sich selbst*, *Veränderungserleben* und *Allgemeine Befindlichkeit* spezifisch, zuverlässig und inhaltlich konsistent erfasst. Hinsichtlich der allgemeinen Befindlichkeit zeichnen sich drei Unteraspekte ab: *Erleben persönlicher Sicherheit und Zuversicht*, *erlebte Beruhigung* und *Erleben körperlicher Entspannung vs. Erschöpfung*.

Die Items des BIKEB wurden für die speziellen Bedürfnisse der Krisenintervention im BKD von den Begleitforschern modifiziert und es wurden spezielle Items hin-

zugefügt, die es erlauben, auch Aussagen über den Kontext der Beratungssituation zu machen. Hierzu wurden Erfahrungen herangezogen, die von MÜLLER et al. (1997) bei einer Untersuchung von Klienten des Krisendienstes KUB als wichtige Aspekte ihrer Erfahrung berichtet wurden. [18]

Als Ergebnis wurde ein Fragebogen mit 35 Fragen konstruiert, in dem die Klienten auch noch einige Fragen zu ihrer Person beantworten sollten (Fragebogen siehe Materialteil). Da die Klienten wegen der Anonymitätszusicherung nicht direkt angesprochen werden konnten, wurden die Berater gebeten, die Fragebögen an die Klienten zu verteilen. Diese konnten dann den fertig ausgefüllten Fragebogen in einen Umschlag und anschließend in einen versiegelten Kasten im Standort stecken. Dies sollte den Klienten die Gewissheit vermitteln, dass die Bögen nicht anschließend von den Beratern gelesen würden. Die 67 ausgefüllten Bögen wurden einer exploratorischen Faktorenanalyse unterzogen, um die Dimensionen des Klientenerlebens genauer beschreiben und um auch Vergleiche mit der bisherigen Literatur herstellen zu können.

Als Methode wurde die Hauptkomponentenanalyse (PCA) und anschließende Varimax-Rotation verwendet. Legt man als Kriterium für die Anzahl der Faktoren Eigenwerte >1 fest, ergeben sich neun Faktoren, die 74% der Varianz aufklären. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit der Untersuchung von HÖGER & ECKERT wurde aber dann eine 7-Faktorenlösung bevorzugt, bei der 67% der Varianz aufgeklärt wird.

Die Ergebnisse werden in einzelnen Tabellen für die jeweiligen Faktoren zusammengefasst und beschrieben. Es wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit und Verständlichkeit nur Faktorenladungen über .5 angegeben, da diese auch für die Interpretation der Faktoren genutzt werden, daher ist die Zahl der Items in den Tabellen geringer als 35. Das Kürzel „Kd“ in der ersten Spalte der folgenden Tabellen zeigt jene Fragen an, die von der Begleitforschung zusätzlich speziell für den Fragebogen entwickelt wurden. Einzelne Items des BIKEB wurden auch umformuliert, um der Krisenberatungssituation besser zu entsprechen.

Die Faktoren fassen aus der Sicht der Befragten zusammengehörige Aspekte ihres Erlebens des Kontakts mit dem Berater im Krisendienst zusammen. Nachfolgend werden die einzelnen Faktoren beschrieben und interpretiert.

5.2.2.3.2 Ergebnisse

Faktor 1 Erleben innerer Sicherheit und neuer Perspektiven
Dieser erste Faktor fasst eine größere Zahl von Items zusammen und kann auch den größten Varianzanteil von 18% erklären. Die Befragten beschreiben mit diesen Items, dass sie im Gespräch mehr Sicherheit und Vertrauen zu sich selbst gewonnen, eine neue Sicht auf sich selbst und die Probleme entwickelt haben und dass sie zuversichtlicher geworden sind. Dies ist verbunden mit dem Eindruck, Impulse und Informationen vom Berater bekommen zu haben. Hier zeigt sich ein wichtiges Kennzeichen der Beratung, das auch in therapeutischen Veränderungstheorien immer wieder betont wird. Es scheint einen Zusammenhang

[18] HUTTNER (2002)

zu geben zwischen dem Gewinn von Sicherheit und der Möglichkeit, sich und seine Probleme neu zu sehen (s. BERGOLD, 1981).

		Faktoren						
	Items	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
30	In diesem Gespräch habe ich mehr innere Sicherheit gewonnen.	0,819						
25	Ich habe durch dieses Gespräch mehr Vertrauen zu mir selbst gewonnen.	0,774						
32	In diesem Gespräch sind mir neue Zusammenhänge in meinem Verhalten und Erleben deutlich geworden.	0,763						
15	Ich sehe nach diesem Gespräch dem kommenden Tag zuversichtlicher entgegen.	0,673						
7	Durch das Gespräch bin ich zu einer anderen Sicht meiner Probleme gekommen.	0,636						
18	Nach diesem Gespräch habe ich mehr Hoffnung, meine Probleme selbst bewältigen zu können.	0,629						
9 Kd	In dem Gespräch erhielt ich Informationen, die mir praktisch weiterhelfen.	0,62		0,503				
34 Kd	Ich erhielt neue Impulse, mit meiner Situation umzugehen.	0,604						
24	Wir sind irgendwie weitergekommen.	0,597						
21	Ich fühle mich nach diesem Gespräch innerlich ausgeglichener als vorher.	0,522	0,519					
16	Der Berater/die Beraterin hat mir deutlich gemacht, dass ich mich auch an Freunde und Bekannte wenden kann, um Unterstützung zu bekommen.	0,506						

Tabelle 11: Faktor 1 des FEEK[19]

Faktor 2 Bewertung des Beraters

Bei diesem Faktor liegt der Fokus darauf, wie der Berater vom Klienten wahrgenommen wurde und auf der Frage, ob er sich als nützlich und hilfreich erwiesen hat. Dies ist mit einem Vergleich des inneren Zustands vor und nach der Beratung verbunden. In dem Faktor geht es sehr stark um eine kritische Bewertung des Gespräches anhand des Kriteriums des inneren Zustandes bzw. des Bedürfnisses des Klienten.

[19] Das Kürzel „Kd“ in der ersten Spalte kennzeichnet eigens für diese Studie konstruierte Fragen.

		Faktoren						
	Items	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
33	Ich finde, dass mein Berater/meine Beraterin zu wenig berücksichtigt hat, was ich wirklich brauche.		-0,838					
14	Ich fühle mich jetzt innerlich nervöser und unruhiger als vor der Gespräch.		-0,606					
27	Die Art, wie sich mein Berater/meine Beraterin mir gegenüber verhielt, war für mich hilfreich und nützlich.		0,519					

Tabelle 12: Faktor 2 des FEEK

Faktor 3 Praktische Information zum weiteren Vorgehen/Vermittlung
Hier werden krisendienstspezifische Interventionen des Beraters zusammengefasst, in denen der Klient Informationen erhält. Vor allem sind dies Informationen über weitere Hilfemöglichkeiten, es kommt aber auch die Entwicklung einer Perspektive überhaupt zum Ausdruck.

		Faktoren						
	Items	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
35 Kd	Ich erhielt Hinweise zur Weitervermittlung an andere Einrichtungen.			0,877				
19 Kd	Ich bekam Hinweise zu weiteren Therapiemöglichkeiten.			0,868				
31 Kd	Der Berater/ die Beraterin hat mit mir die nächsten Schritte besprochen.			0,61				

Tabelle 13: Faktor 3 des FEEK

Faktor 4 Zugang zu sich selbst in der Sitzung
In diesem Faktor werden die Hemmungen und Möglichkeiten beschrieben, sich auszudrücken und von sich und seinem Erleben zu sprechen. Gerade für die Krisenintervention dürften diese Aussagen eine wichtige Rolle spielen, da es vielen Klienten (mindestens zunächst) schwer fällt, sich auszudrücken und es in krisenhaften Zuspitzungen besonders darauf ankommt, eine Atmosphäre herzustellen, in denen Raum für das Ausdrücken der erlebten Probleme entsteht.

		Faktoren						
	Items	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
23	Es fiel mir leicht, über alles zu sprechen, was mich bewegte.				0,786			
8	Es fiel mir leicht, mich selbst, meine Probleme und mein Erleben ins Auge zu fassen.				0,711			
17	Es fiel mir schwer, meine Empfindungen und Gedanken in Worte zu fassen.				-0,673			
11	Ich hatte in dem Gespräch das Gefühl, innerlich blockiert zu sein.				-0,622			

Tabelle 14: Faktor 4 des FEEK

Faktor 5 Wohlfühlen mit Berater und Setting
Die Klienten beschreiben in diesem Faktor, wie sie mit dem Berater und dem Setting zurecht kommen. Dies ist auch wieder mit der Veränderung eines inneren Zustands, dem Ruhiger-werden, verbunden.

		Faktoren						
	Items	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
2	Ich fühlte mich bei meinem Berater/meiner Beraterin gut aufgehoben.					0,87		
3	Mit der Art, wie mein Berater/meine Beraterin mit mir umging, kam ich gut zurecht.					0,794		
5 Kd	In den Räumen des BKD fühle ich mich wohl.					0,664		
4	Durch das Gespräch bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden.					0,578		

Tabelle 15: Faktor 5 des FEEK

Faktor 6 Wissen um den BKD als Soziale Ressource
Dies ist der nächste Faktor, in dem krisendienstspezifische Merkmale zusammengefasst werden. Die Klienten beschreiben den Krisendienst als soziale, professionelle Ressource, dabei wird auch das räumliche Setting angesprochen. Er wird als Ressource auch für zukünftige Krisensituationen beschrieben. Es handelt sich um einen Faktor, in dem allerdings, wenn man die Mittelwerte betrachtet, nur eine mäßig positive Bewertung des Krisendienstes zusammengefasst wird.

		Faktoren						
	Items	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
13 Kd	Die räumliche Ausstattung des BKD wirkt freundlich und angenehm.						0,782	
10 Kd	In einer ähnlichen Situation würde ich mich erneut an den BKD wenden						0,764	
12 Kd	Es ist hilfreich für mich zu wissen, dass ich jederzeit wiederkommen kann.						0,645	

Tabelle 16: Faktor 6 des FEEK

Faktor 7 Gefühle und körperliche Befindlichkeit nach Gespräch
Die Klienten beschreiben in diesem Faktor emotionale und körperliche Konsequenzen des Gesprächs, nämlich sich erschöpft fühlen und/oder sich innerlich aufgewühlt sein.

		Faktoren						
	Items	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
26	Durch das Gespräch bin ich innerlich ziemlich aufgewühlt.							0,77
6	Das Gespräch hat mich körperlich ziemlich erschöpft.							0,653

Tabelle 17: Faktor 7 des FEEK

Die Beschreibung, die die Klienten von den Erfahrungen geben, die sie im Kontakt mit den Krisendienstberatern gemacht haben, deuten, ähnlich wie die Befunde von HÖGER & ECKERT, auf einen wichtigen Aspekt eines konstruktiven Therapieprozesses hin.
Die Autoren schreiben zusammenfassend:
„Ausgangspunkt ist die empirisch vielfach belegte komplementäre Beziehung zwischen dem Ausmaß der in einer Situation erfahrenen Sicherheit einerseits und dem Grad der Bereitschaft zu risikobehaftetem Erkunden andererseits (...). Hieraus leitet Bowlby (1988) als eine der zentralen Aufgaben des Psychotherapeuten ab, dem Patienten eine sichere Basis zu bieten. Von ihr aus kann er die bedrohlichen und ängstigenden Aspekte seines vergangenen wie auch des gegenwärtigen Lebens erkunden und dabei auch solche Erfahrungen bewußt teils aus der Erinnerung reaktivieren, teils in der Gegenwart zulassen, die ohne diese vom Therapeuten gebotene sichere Basis zu bedrohlich wären, als daß sie im Bewußtsein repräsentiert und bearbeitet werden könnten. Ihre dann mögliche erfolgreiche Verarbeitung vermittelt den Klient/inn/en die Erfahrung einer wachsenden persönlichen Kompetenz“ (HÖGER & ECKERT 1997, S. 136)

Diese Beziehung wird von den untersuchten Klienten vor allem in Faktor 1 (*Erleben innerer Sicherheit und neuer Perspektiven)* beschrieben und in den Faktoren 4 (*Zugang zu sich selbst in der Sitzung)* und 5 (*Wohlfühlen mit Berater und Setting)*. Zusätzlich konnten noch krisendienstspezifische Faktoren identifiziert werden, die stärker auf gemeindepsychologische Aspekte verweisen (*Praktische In-*

formation zum weiteren Vorgehen/ Vermittlung und *Wissen um Soziale Ressourcen*).

Es ist also zunächst festzuhalten, dass die Befragten ihre Erfahrungen mit dem BKD mit Hilfe der vorgegebenen Kategorien in einer Weise beschreiben, die von der bisherigen Therapieforschung als Voraussetzung für positive Veränderungen angesehen wird. Diese Befunde ergänzen die oben dargestellten Ergebnisse bei der Befragung mit offenen Interviews. Es wäre nun sicherlich weiterführend, wenn Aussagen darüber gemacht werden könnten, wie die Befragten ihre Erfahrungen mit dem BKD im Vergleich zu anderen Beratungserfahrungen bewerten. Dies ist zur Zeit leider nicht möglich, da vergleichende Untersuchungen nicht vorliegen und auch im Rahmen dieser Begleitforschung nicht gemacht werden konnten. Es liegt also kein Außenkriterium vor, mit dem die Ergebnisse verglichen werden könnten.

Ansatzweise wurde deshalb ein Vergleich mit der Untersuchung von HÖGER & ECKERT (1997) vorgenommen. Dabei lässt sich zunächst feststellen, dass es einige Übereinstimmungen, aber auch Unterschiede zwischen den Untersuchungen gibt. Gemeinsam haben sie die Anzahl der Faktoren und die Varianzaufklärung. Unterschiede zeigen sich bei der Zusammensetzung der Faktoren. Nur ein Faktor (von drei relevanten) konnte exakt reproduziert werden. Die Gruppe der untersuchten Patienten ist hinsichtlich Männer-/Frauenanteil und Alter in etwa vergleichbar.

Vergleicht man allerdings die Mittelwerte und Standardabweichungen in beiden Untersuchungen, die ja angeben, wie sehr oder wie wenig die Befragten dem jeweiligen Item zugestimmt haben, so zeigt sich, dass zwar in der Psychotherapieuntersuchung die Mittelwerte in vielen Fällen geringfügig höher sind. Die Unterschiede sind aber in allen (!) Fällen so gering, dass sie nicht signifikant werden (t-Tests). Auch die Standardabweichungen sind zwar in der Krisendienstuntersuchung geringfügig höher, aber ebenfalls nicht signifikant. Es lässt sich also feststellen, dass die Werte, welche die Befragten in der Berliner Stichprobe angeben, nicht signifikant von denjenigen der untersuchten Psychotherapie-Klienten abweichen. Dies kann als ein gewisser Beleg für den Erfolg der Krisenberatung bewertet werden. Dabei ist nämlich zu bedenken, dass die Befragten bei HÖGER & ECKERT im Durchschnitt immerhin 51 Therapiestunden absolviert hatten, d.h. dass angenommen werden kann, dass sie in der Mehrzahl bereits positive Erfahrungen mit der Therapie gemacht haben müssen. Im anderen Falle hätten sie wahrscheinlich die Therapie bereits abgebrochen.

5.2.2.3.3 Zusammenfassung

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Qualität des Krisendienstangebotes durch die befragten Nutzer vornehmlich positiv beurteilt wird. Es lässt sich auch zeigen, dass sowohl in den spontanen Beschreibungskategorien der Nutzer über ihre Erfahrungen mit Krisendienstmitarbeitern als auch bei der faktorenanalytischen Gruppierung vorgegebener Fragen diejenigen Kategorien genannt werden, die im Konzeptpapier als Zielsetzungen für die Intervention bezeichnet werden. Es darf also festgestellt werden, dass der BKD – aus Sicht seiner Nutzer – die Interventionen in Übereinstimmung mit seinem Konzept durchführt und dass

die Nutzer Erfahrungen beschreiben, die als entwicklungsfördernd bezeichnet werden können.
Allerdings zeigen sich bei den spontanen Beschreibungen auch negative Beurteilungen vor allem der Beratercharakteristika und dazu gehörige Interventionskategorien, die den Schluss zulassen, dass es unbedingt notwendig ist, die Mitarbeiterschulung in der Zukunft intensiv weiter zu betreiben. Wenn es richtig ist, dass die Art der Beziehung, die der Mitarbeiter aufnimmt, für die Akzeptanz und Wirksamkeit der Intervention von entscheidender Bedeutung ist, dann ist gerade diese Komponente vor allem weiterzuentwickeln. Aus den Interviews, die ja keine repräsentative Stichprobe darstellen, gewinnt man den Eindruck, dass es häufiger Honorarmitarbeiter sind, zu denen von Seiten der Nutzer kein vertrauensvoller Kontakt hergestellt werden kann. Eine sorgfältige Auswahl und Schulung dieser Mitarbeiter ist daher unbedingt gefordert (siehe auch Kapitel 3.4.3.1).

5.2.2.4 Bewertung des Erfolgs durch die Mitarbeiter

5.2.2.5 Vorbemerkung, Datenquelle

Die Erfolgseinschätzung der Mitarbeiter stellt ein weiteres wichtiges Kriterium dar, das allerdings ähnlich wie die Klienteneinschätzung immer in Zusammenhang mit anderen Einschätzungen betrachtet werden muss. Trotzdem hat sich in unterschiedlichen Zusammenhängen gezeigt, dass Verfahren von der Art des sogenannten *goal attainment scaling*[20] (KIRESUK & SHERMAN 1968) eine gute Abschätzung des Erfolgs von Interventionen oder Programmen erlauben.

Grundlage für die Untersuchung der Bewertung durch die Mitarbeiter sind unterschiedliche Eintragungen in der Basisdokumentation. Als Kriterien werden dort drei verschiedene Arten von Einschätzungen der Mitarbeiter abgefragt, welche als Indikatoren für erfolgreiche Interventionen betrachtet werden können:

- Die Mitarbeiter schätzen zusammenfassend ein, ob der Kontakt dem Klienten geholfen hat oder nicht,
- die Mitarbeiter geben den Bedarf des jeweiligen Klienten ein und schätzen dann im Sinne eines *goal attainment scaling* ein, ob dieser Bedarf bei diesem Kontakt gedeckt werden konnte,
- die Mitarbeiter schätzen den Grad der Suizidalität der Klienten zu Beginn und Ende des Kontaktes ein.

5.2.2.6 Zusammenfassende Einschätzung des Nutzens der Hilfe

Die Auswertung der ersten Kategorie über den Nutzen der Beratung bzw. Intervention ergibt das in der folgenden Grafik dargestellte Bild: über alle Kontakte wird der Nutzen mit *sehr hoch* bei 36,2% und bei 46,7% mit *ja, teilweise* eingeschätzt. Fasst man diese beiden Werte zusammen, so ergibt sich, dass ein Nutzen in 82,9% der Fälle, kein Nutzen in 5% und eine unklare Einschätzung in 12,1% der Kontakte gesehen wird.

Getrennt nach der Art der Kontaktpersonen ergeben sich interessante Unterschiede: am höchsten wird der Nutzen für die Gruppe der Professionellen, gefolgt von den Angehörigen und schließlich am geringsten für die Klienten eingeschätzt.

Erklärungsansätze für diesen Unterschied ergeben sich aus der qualitativen Analyse der Inhalte der Beratung bzw. der Art der Kontakte: während Professionelle und Angehörige eher knapp und konkret beraten werden wollen, handelt es sich bei den Kontakten mit den Klienten häufiger um komplexe Beratungs- und Interventionsanforderungen, deren Nutzen nicht einfach und womöglich erst im Verlauf sicher beurteilt werden kann.

---

[20] Beim Verfahren des „goal attainment scaling“, der Einschätzung der Zielerreichung, werden durch einen Experten oder durch den Klienten selbst konkrete Ziele aufgestellt. Später kann dann auf einer Skala eingeschätzt werden, ob und wie dieses Ziel erreicht worden ist oder nicht.

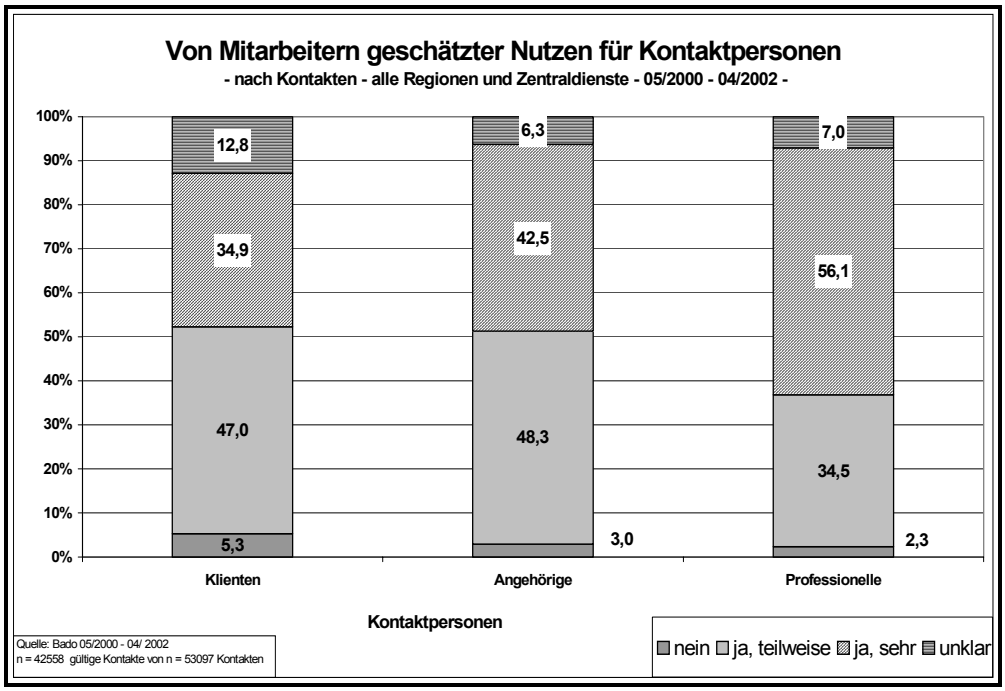

Abbildung 45: Von den Mitarbeitern geschätzter Nutzen der eigenen Arbeit

5.2.2.7 Abschätzung der eigenen Zielerreichung (goal attainment scaling)

In der folgenden Grafik ist die Einschätzung der Bedarfserfüllung in den einzelnen Kategorien dargestellt. Zur Erläuterung: Die Mitarbeiter geben einmal den Bedarf der Klienten zum Beginn der Beratung an und werden am Ende der BaDo entlang der zuvor angegebenen Bedarfe gefragt, inwiefern diese erfüllt werden konnten (oder nicht). Dabei geht die Bandbreite der Vorgaben nach der Frage *„Wie gut konnte der Bedarf gedeckt werden?“* von 0=*gar nicht* bis 5=*sehr gut*. Die Angaben spiegeln somit die subjektiven Einschätzungen der BKD-Mitarbeiter wider.
In der Grafik sind die errechneten Mittelwerte dargestellt: Je höher der Mittelwert, desto besser konnte der Bedarf erfüllt werden. Die Anzahl der verarbeiteten Fälle schwankt erheblich (von 22.638 bei *Zuwendung gegeben* bis 1.491 *Mobiler Einsatz*), da nur die Fälle ausgewählt wurden, in denen diese Bedarfskategorie angegeben war. Die Mittelwerte streuen um 3 (*mittelgute Bedarfserfüllung*) mit der Tendenz in Richtung *gute Erfüllung* (4) in den Kategorien *persönliche Zuwendung, jemanden, der zuhört und Folgekontakte*. Tendenziell *schlecht* (2) wird die Erfüllung nur in der Kategorie *sonstiger Bedarf* eingeschätzt.

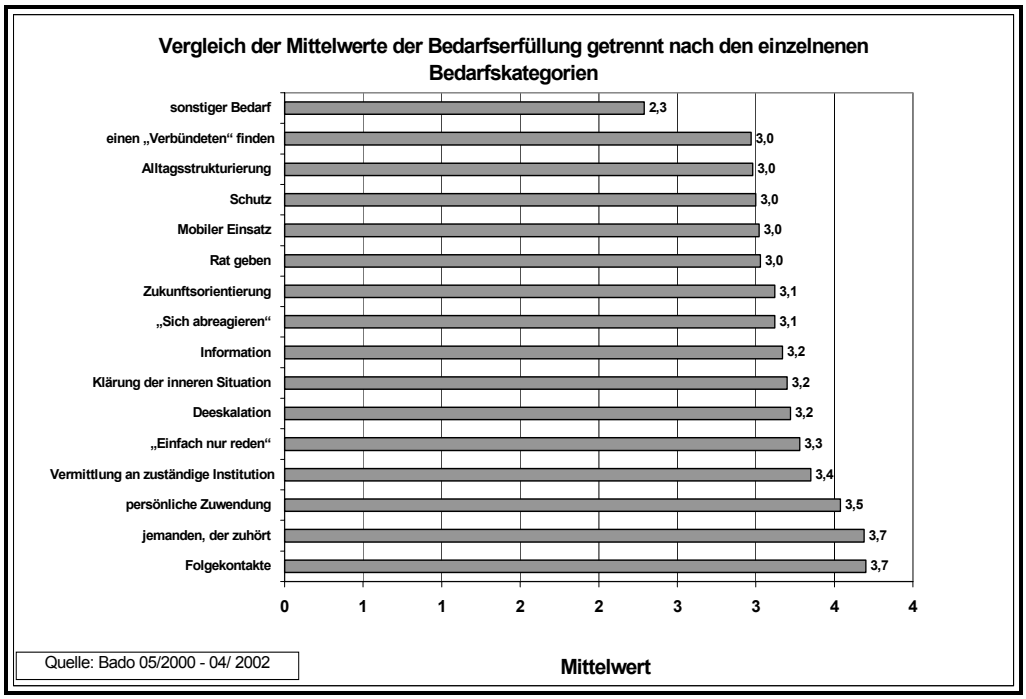

Abbildung 46: Zielerreichung anhand der Bedarfskategorien (Mittelwerte)

5.2.2.8 Suizidalität nach der Beratung

Eine wichtige Frage nach dem Nutzen sollte für die Gruppe der suizidalen Klienten dadurch beantwortet werden, inwiefern sich die Suizidalität im Laufe der Intervention verändert hat. Dazu ist in der BaDo eine Kategorie vorgesehen, in der die Mitarbeiter die Frage *Suizidalität am Ende des Kontaktes* auf einer Skala von 0-5 einschätzen sollten. Dabei ist:

0 = keine Suizidalität
1 = deutlich verminderte Suizidalität
2 = leicht verminderte Suizidalität
3 = unveränderte Suizidalität
4 = verstärkte Suizidalität
5 = unklar, nicht abschätzbar

Wir haben die Daten hinsichtlich der Gruppe von *Personen* (N=8.547) analysiert, bei denen zuvor *Suizidalität* angekreuzt war und jene noch in die Gruppen von eingeschätzter *latenter* bzw. *akuter* Suizidalität getrennt. Außerdem haben wir diese Werte der Gesamtgruppe aller *Kontakte* (N=67.184) gegenübergestellt**.** Die folgende Grafik zeigt eine Gegenüberstellung der Mittelwerte, aus der sich erkennen lässt, dass über alle *Kontakte* gesehen, die Suizidalität nach Ende des Kontaktes als sehr gering (MW=0,15) eingeschätzt wird. In der Gruppe der zuvor als suizidal eingeschätzten Klienten ist die Suizidalität nach Ende des Kontaktes mit einem Mittelwert von 0,42 zwar deutlich höher, aber immer noch zwischen *keine* und *deutlich verminderter Suizidalität.* Mit Abstand am höchsten ist der Wert mit 1,85 in der Gruppe der zuvor als *akut suizidal* eingeschätzten Klienten. Hier wird am Ende der Intervention also noch ein relativ hoher Grad an Suizidalität, allerdings zwischen den Graduierungen *leicht verminderter* und *deutlich verminderter* Suizidalität gesehen.

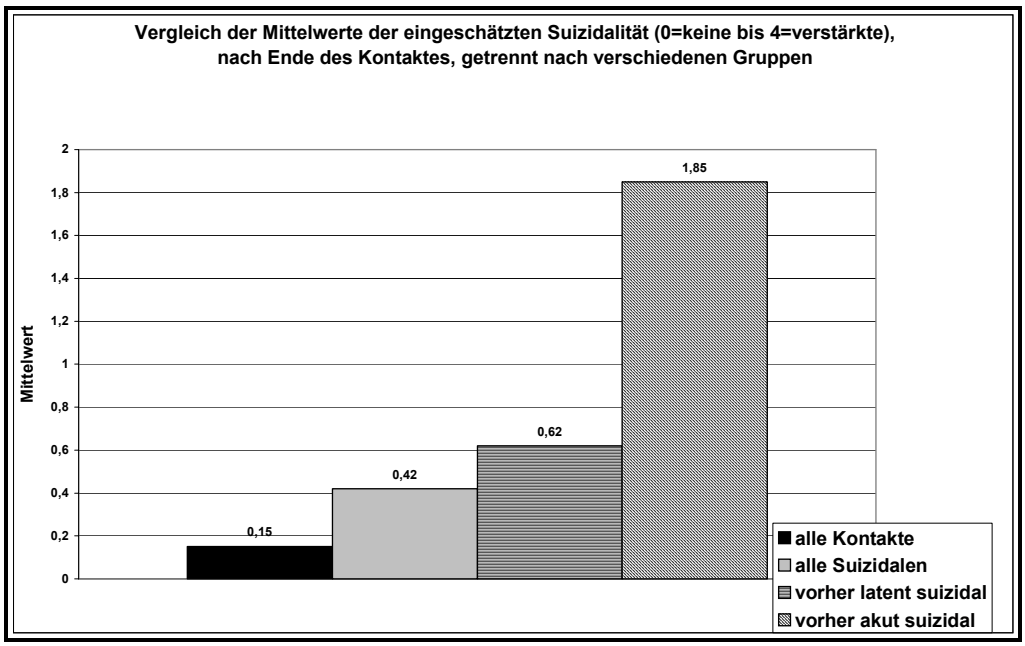

Abbildung 47: Suizidalität nach Ende des Kontaktes

Auf der Basis hoher Zahlen von Personen mit im Verlauf festgestellter Suizidalität lässt sich also ableiten, dass sich nach der Einschätzung der Mitarbeiter die Suizidalität durch die Intervention deutlich mindern lässt. Die differente Einschätzung der verbliebenen Suizidalität zwischen zuvor *latent* bzw. *akut* Suizidalen spricht für die Validität der Daten bzw. die differenzierte diagnostische Einschätzung und Dokumentation der Mitarbeiter.

5.2.2.9 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Nutzeneinschätzung ihrer Arbeit durch die Mitarbeiter auf verschiedenen Ebenen anzeigt, dass sie differenziert vorgenommen worden ist und nicht etwa euphorisch. Über die grobe Kategorie der Nutzeneinschätzung bewerten die Mitarbeiter nicht alles, was sie tun, als sehr nützlich und machen hier auch einen Unterschied bezüglich der einzelnen Kontaktpersonengruppen. Bezüglich der angebotenen Dokumentationsweise in Anlehnung an das *goal attainment scaling* können die aus Sicht der Mitarbeiter entlang der Bedarfskategorien vorgegebenen Items bewertet werden und es zeigt sich, dass ein breites Spektrum an Bedarf der Nutzer aus ihrer Sicht (relativ) gut erfüllt werden kann. Mit dem Fokus auf suizidale Klienten wird eine erhebliche Entlastung dieser Klienten von den Mitarbeitern eingeschätzt.

5.2.3 Bewertung der Leistungen des BKD durch Fachleute aus der Region

5.2.3.1 Vorbemerkung und Datenquelle

Die Erhebung der Bewertung des Evaluationsgegenstandes durch unterschiedliche beteiligte Gruppen ist bei einem Stakeholderansatz in der Evaluation, so wie er hier vertreten wird, grundlegend. Neben den unmittelbaren Nutzern, für welche die Dienstleistung erbracht wird, sind die Mitarbeiter in den Einrichtungen eine wichtige Gruppe, die zum Versorgungssystem gehören, in das die untersuchte Einrichtung eingegliedert ist. Diese Mitarbeiter haben u.U. mit den gleichen Klienten oder Patienten zu tun und erhalten in diesem Zusammenhang Informationen über die Arbeit der untersuchten Einrichtung. Eventuell erfahren sie durch diese Arbeit Erleichterungen oder Behinderungen ihrer eigenen Arbeit, sie stehen in einem Konkurrenz- oder Ergänzungsverhältnis zu der Einrichtung usw.

Aus dieser kurzen Kennzeichnung wird bereits deutlich, dass die Bewertung der Tätigkeit einer Einrichtung durch Fachleute in ihrem Umfeld (sog. Stakeholder) das Ergebnis eines komplexen Prozesses ist, an dessen Ende eventuell ein scheinbar einfaches Urteil über die Einrichtung steht. Das Ergebnis kann durch ganz andere Faktoren, z.B. Konkurrenz um finanzielle Ressourcen, unterschiedliche Grundauffassungen usw., geprägt sein, als die Arbeit der untersuchten Einrichtung.

Trotz dieser Schwierigkeiten sind die Bewertungen der Fachleute im professionellen Umfeld eine wichtige Information, um zu einer Einschätzung der Ergebnisqualität zu kommen. Darüber hinaus bestimmt der *Ruf* einer Einrichtung, ob sich Klienten an sie wenden und mit welchen Erwartungen sie den Kontakt aufnehmen. Ein *guter Ruf* prägt bereits vor Beginn des ersten Kontakts die Beziehung zur Einrichtung und zum potentiellen Berater. Außerdem beeinflusst die Beurteilung, ob man eine Einrichtung gut oder schlecht findet, in hohem Maße die Kooperationsbereitschaft, wie in Kapitel 4.2. *Synergie durch Vernetzung und Kooperation* dargestellt.

In der Fragebogenuntersuchung der Einrichtungen in der Region Mitte und der Einrichtungen, in denen Honorarmitarbeiter tätig sind, wurde deshalb einerseits nach der Bewertung der Arbeit des Krisendienstes gefragt. Um die Bedeutung dieser Bewertungen besser einschätzen zu können, wurden andererseits eine Reihe von Fragen nach den eigenen Leistungen und den Leistungserwartungen an den BKD gestellt.

5.2.3.2 Leistet der BKD das, was ein Krisendienst leisten sollte?

Als Erstes werden hier die globalen Bewertungen vorgestellt. Die Befragten waren gebeten worden, die Frage zu beantworteten, ob der BKD leisten würde, was ein Krisendienst leisten solle. Bei dieser Globalbewertung wurden den Befragten unterschiedliche Arbeitsbereiche vorgegeben, die sie einzeln bewerten konnten. Der folgenden Abbildung ist zu entnehmen, dass sich die Befragten auf einer Skala, die von *gut* (1) über *mittel* (2) bis *unbefriedigend* (3) reichte, im Mittel zufrieden (zwischen 1,5 und 2,1) mit den Leistungen des BKD zeigten. Die Befragten sind hiernach der Meinung, dass der BKD ein angemessenes Angebot vorhält und dass er effizient und nutzerorientiert arbeitet.

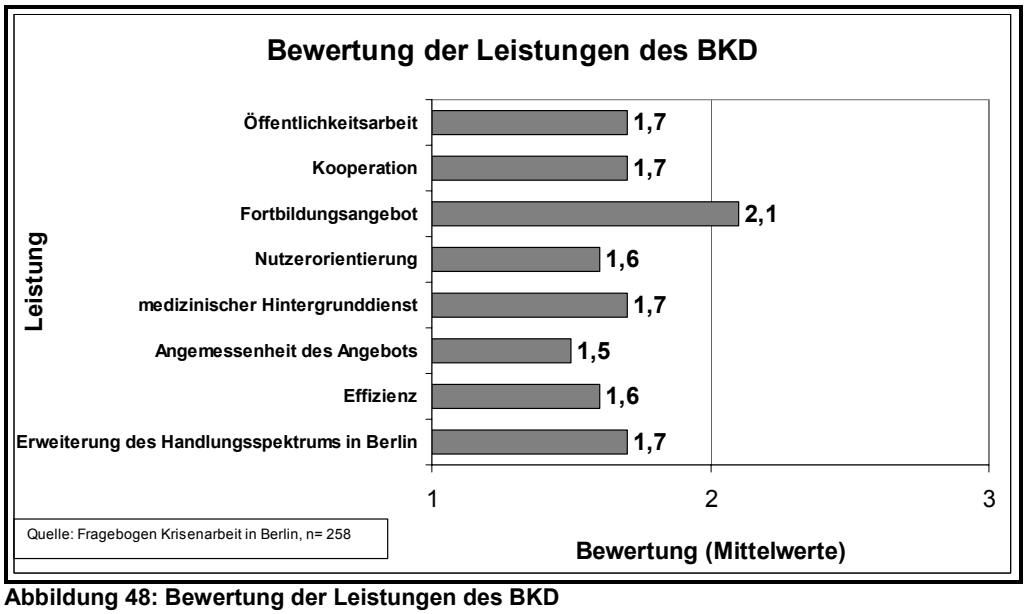

Abbildung 48: Bewertung der Leistungen des BKD

Allerdings sind diese Bewertungen nicht so klar und eindeutig, wie es zunächst scheint. Dies lässt sich an der Bewertung des Fortbildungsangebots des BKD zeigen, das hier im Mittel am schlechtesten (2,1) bewertet wurde. Von denjenigen, die es tatsächlich genutzt haben, wird es jedoch als sehr gut eingeschätzt (siehe folgende Abbildung). In der Beurteilung der Qualität des Angebots durch alle Befragten (unabhängig davon, ob sie den BKD in Anspruch genommen haben oder nicht) wird also die Leistung unterschätzt. Am Beispiel Fortbildung wird deutlich, dass aussagekräftiger als die Beurteilung durch *alle* Befragten die Bewertung durch diejenigen Befragten ist, deren Institution die jeweilige Leistung tatsächlich in Anspruch genommen hat.

In der folgenden Grafik ist dargestellt, wie viele der befragten Mitarbeiter angeben, dass die Einrichtung eine bestimmte Leistung in Anspruch genommen habe. Zum anderen wird abgebildet, wie diese Einrichtungen die erfahrene Leistung auf einer Notenskala bewerteten. Hier zeigt sich eine noch wesentlich positivere Einschätzung als bei der Bewertung durch alle Befragte. Im Mittel wird der Berliner Krisendienst für seine Angebote mit *gut* und *sehr gut* bewertet.

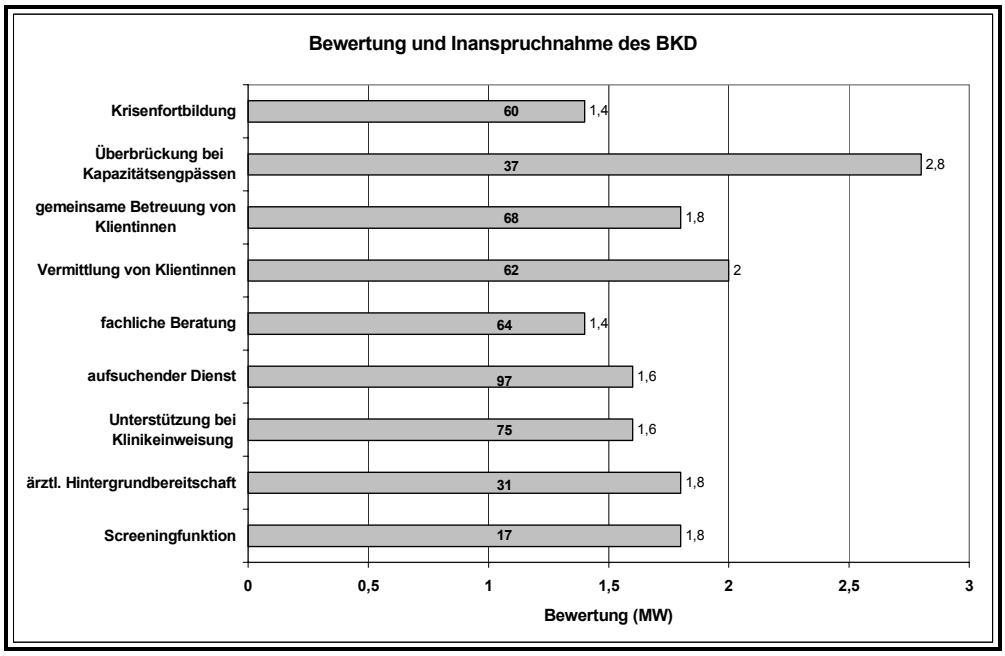

Abbildung 49: Bewertung und Inanspruchnahme (Zahlen innerhalb der Balken = Anzahl der Einrichtungen)

Eine Ausnahme stellen die 37 Befragten dar, die den BKD in Anspruch genommen haben, als in der eigenen Einrichtung Kapazitätsgrenzen erreicht waren. Sie beurteilen diese Leistung *Überbrückung bei Kapazitätsgrenzen* im Mittel eher als *befriedigend* denn *gut*. In der Praxis hat sich gezeigt, dass in solchen Situationen leichter und schneller institutionelle Krisen auftreten, zu denen der Krisendienst dann gerufen wird. Darüber wurde bereits an anderer Stelle berichtet (siehe 4.2.2.1.4 Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung). Allerdings ist zu diskutieren, ob dies überhaupt eine Aufgabe des Krisendienstes sein kann (siehe Kapitel 6 *Zusammenfassende Bewertung*).

5.2.3.3 Bewertung differenziert nach Einrichtungen

Eine weitere Möglichkeit, ein genaueres Bild von der Bewertung zu bekommen, ist die Analyse der Bewertungen durch die verschiedenen Einrichtungstypen. Eine Faktorenanalyse ergab, dass die acht in den beiden vorherigen Grafiken aufgeführten Bewertungsitems in großem Ausmaß dasselbe erfassen und deshalb mit tolerierbarem Informationsverlust durch eine singuläre Variable ersetzt werden können. Sie wurden in einem Gesamtfaktor *Bewertung* zusammengefasst, der 53% der Varianz aufklärt. Einbezogen werden konnten allerdings aus methodischen Gründen nur diejenigen Einrichtungen, die vollständige Werte auf allen relevanten Variablen angegeben hatten (N=104). Bezeichnenderweise wurden die Bewertungsitems vor allem von den Probanden ausgefüllt, die Erfahrungen mit dem BKD haben.

Die folgende Grafik zeigt die Gesamtbewertung der Arbeit des BKD, differenziert nach Einrichtungsgruppen. Bei den Werten handelt es sich um die neu gebildete Variable *Gesamtbewertung* (Faktorenwerte mit dem Mittelwert 0). Negative Werte bzw. Abweichungen nach unten sprechen für eine über dem Durchschnitt liegen-

de *positive* Bewertung, Abweichung nach oben verweisen auf eine darunter liegende Bewertung, Werte um Null zeigen eine durchschnittliche Beurteilung an.
Eine überdurchschnittlich positive Bewertung findet sich beim Sozialpsychiatrischen Dienst und der ambulanten Psychiatrie. Eher unterdurchschnittlich (d.h. *relativ* negativ im Vergleich zu den anderen Einrichtungen) fällt die Bewertung bei niedergelassenen Psychotherapeuten und psychosozialen Angeboten aus. Die Bewertung der stationären Psychiatrie und anderer Kriseneinrichtungen liegen im Durchschnitt.

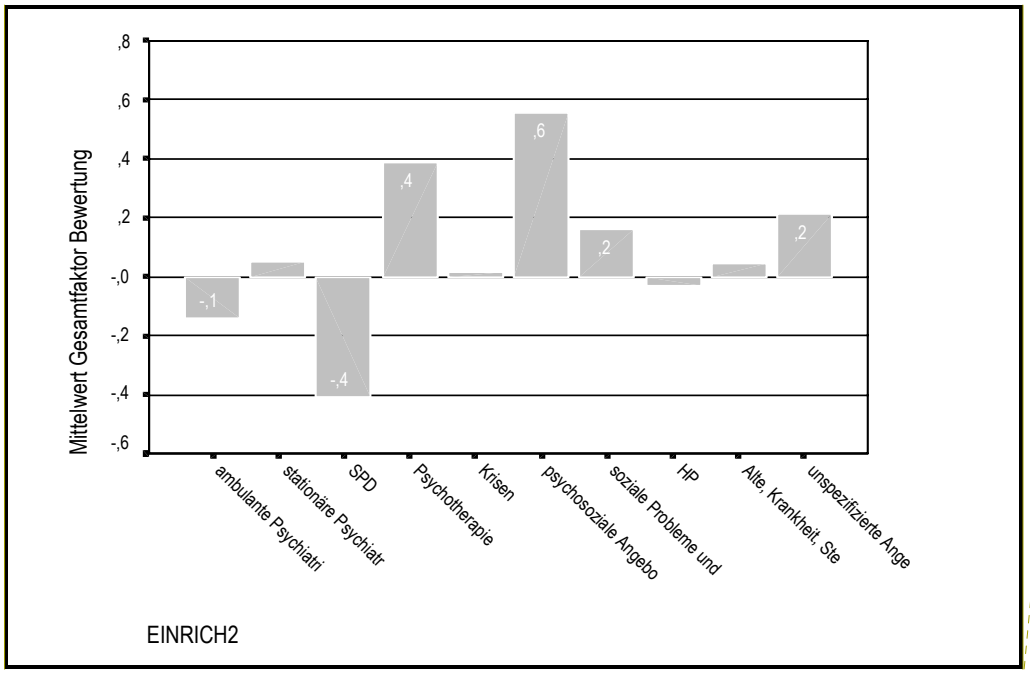

Abbildung 50: Gesamtbewertung des BKD

Kommentar: Seite: 98
auch andere Grafiken hatten Fehler, aber eher unbedeutende (nicht zu ändern), hier aber zum Teil Fehlen wichtiger Worte ?

Ähnlich wie bei der Vernetzung zeigt sich auch hier wieder, dass der BKD vor allem im gemeindepsychiatrienahen Versorgungsnetz angesiedelt ist und aus dieser Sicht auch positiv beurteilt wird.

In einem weiteren Auswertungsschritt wurde der Frage nachgegangen, womit die Bewertungsvariablen zusammenhängen. Es soll also die Frage beantwortet werden, ob es einen Zusammenhang zwischen theoretischen oder Praxisvariablen und der Bewertung des BKD gibt. Damit wird hier ein Auswertungsschritt wieder aufgegriffen, der in Kapitel 4.2.2 zu einer Klärung der Zusammenhänge zwischen diesen Variablen und der Kooperation genutzt worden war.
Die Ergebnisse der Korrelation[21] von in acht Faktorenanalysen ermittelten Theorie- und Praxisfaktoren der Institutionen mit der Zielvariablen Bewertung[22], weist auf den ersten Blick nur wenige Korrelationen zu den Theorie- und Praxisfaktoren der Institutionen auf. Allerdings weisen sie in eine ähnliche Richtung, wie dies schon bei Kooperation im Kapitel 4.2.2 sichtbar geworden war. Sie bestätigen

[21] Die Korrelationskoeffizienten beruhen auf 104 Fragebögen in denen die relevanten Werte vollständig ausgefüllt wurden.
[22] Methoden siehe Materialsammlung

damit die Annahme, dass der BKD eher in das gemeindepsychiatrische Netz eingebunden ist und durch die Mitglieder dieses Netzes auch besser beurteilt wird.

- Je eher in den Einrichtungen Menschen mit *psychiatrischen Diagnosen* (hohe Korrelationen bei Schizophrenie!) betreut werden und vom BKD eher diagnostische, medikamentöse und psychotherapeutische Leistungen erwartet werden, desto besser wird der BKD bewertet.

Im psychosozialen Netz ist die Bewertung schlechter, allerdings sind die Korrelationen schwach und daher nur vorsichtig zu interpretieren.

- Je mehr Einrichtungen mit dem Problembereich *Sexueller Missbrauch, Gewalt und Verfolgung* zu tun haben, je stärker Einrichtungen von einem Krisendienst *Klinikeinweisungen* und *Interventionen im gB-Bereich* erwarten und je höhere Erwartungen Einrichtungen an *Rahmenbedingungen* eines Krisendienstes haben, desto schlechter bewerten sie den Berliner Krisendienst.

Wie bereits unter Kooperation beschrieben, wurden alle relevanten Variablen außerdem in eine Regressionsanalyse einbezogen, um auch die wechselseitigen Interkorrelationen der Variablen zu berücksichtigen. Dabei zeigt sich, dass Bewertung als abhängige Variable

- vor allem durch den Faktor *Psychiatrische Diagnosen* stark (positiv) beeinflusst wird. Eine *pragmatische Krisenorientierung* und eine *Kurzzeitorientierung* in der Behandlung gehen ebenfalls mit einer eher positiven Bewertung einher.
- negativ ist, wenn ein Proband aus einer Einrichtung kommt, die eher Klienten mit dem Problembereich *sexueller Missbrauch, Gewalt* etc. betreut oder die Klienten an *Selbsthilfeeinrichtungen* vermittelt.

5.2.3.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der BKD von den Institutionen als Baustein der gemeindepsychiatrischen Versorgung angesehen, angenommen und positiv bewertet wird. Die Einrichtungen scheinen im BKD einen Kooperationspartner zu suchen, von dem sie als komplementäres oder ergänzendes Angebot vor allem psychologische und ärztliche (diagnostische, therapeutisch fundierte, psychiatrische) Handlungskompetenzen erwarten. Die eher negativen Ergebnisse in der Bewertung z. B. bei *sexuellem Missbrauch* oder im *Selbsthilfebereich* verweisen unserer Meinung nach darauf hin, dass mit bestimmten Versorgungsbereichen noch genauer ausgehandelt werden müsste, welche Erwartungen an einen Krisendienst gerichtet werden können und was ein Krisendienst auch tatsächlich leisten kann.

5.2.4 Gesundheitsökonomische Analyse: Ein Modell

5.2.4.1 Vorbemerkungen

Im Rahmen der Begleitforschung wurden auch Fragen der Gesundheitsökonomie betrachtet. Wir haben uns entschieden, einen Bereich der Arbeit des BKD besonders herauszugreifen, an dem beispielhaft gesundheitsökonomische Fragen entlang eines Modells analysiert und diskutiert werden können.[23]
In diesem Kapitel werden die Effektivität und Effizienz der vom Berliner Krisendienst bereitgestellten sowie der erbrachten Leistungen in bezug auf die möglichen Kosten im Falle von Klinikeinweisungen betrachtet und bewertet. Es handelt sich hierbei um eine *Modellrechnung*, denn sie beruht auf verschiedenen Vorannahmen. Zentrale Annahme ist, dass der Nutzer oder sein soziales Umfeld in den untersuchten Fällen ohne die Intervention des Berliner Krisendienstes die Alternative der Klinikeinweisung gewählt hätten. Eine weitere Wahlentscheidung, die in dieses Modell eingeht, ist die hier eingenommene Perspektive aus Sicht des BKD. Es gibt auch andere Perspektiven (z.B. diejenigen von Krankenkassen, Krankenhäusern, öffentlicher Hand u.a.) und je nachdem, welche Sichtweise vertreten wird, erhält man unterschiedliche Ergebnisse. Allerdings kann auch darauf verwiesen werden, dass diese Untersuchung auf die Daten der Basisdokumentation zurückgreifen kann, wodurch es möglich ist, Angaben über Interventionen, Kontaktzeiten usw. zu machen, die in dieser Genauigkeit selten in ähnlichen Untersuchungen zu finden sind.

Eine geeignete Methode, die Effektivität und Effizienz zu ermitteln, ist die in der Gesundheitsökonomie verwendete *Kosten-Vergleichs-Analyse*. Bei diesem Ansatz werden den Kosten, die für eine bestimmte Behandlungsmethode aufgewendet werden, die Kosten alternativer Behandlungsmethoden gegenübergestellt und mittels Vergleich die vermiedenen Kosten berechnet. Vorraussetzung einer sinnvollen Anwendung dieser Methode ist, dass die Behandlungsalternativen zu gleichwertigen Effekten führen (vgl. SCHULENBURG, 2000)[24]. Im Folgenden wird diese Methode ansatzweise verwendet. Verschiedene Kosten konnten nicht ermittelt werden oder sind nur teilweise verfügbar und nicht alle Aspekte werden aus gesundheitsökonomischer Sicht betrachtet.

Die Gesundheitsökonomie ist ein Zweig der klassischen Ökonomie und entwickelte sich aus Volkswirtschaftslehre. Sie beschäftigt sich mit dem Thema der Knappheit von Ressourcen (monetäre Mittel u.a.) im Gesundheitswesen. Der Begriff Ressourcen ist eine Bezeichnung aus der Volkswirtschaft, unter dem die Faktoren Arbeit, Boden und Kapital verstanden werden (LEIDL, SCHULENBURG, WASEM, 1999). Im weiteren Verlauf dieses Kapitels, werden unter dem Begriff nur das Kapital bzw. die monetären Mittel verstanden. Auf Grund der steigenden Kosten im Gesundheitswesen stellt sich immer drängender die Frage, ob die finanziellen Mittel in bezug auf die Kosten-Effektivität sinnvoll eingesetzt werden. Ziel der Gesundheitsökonomie ist es, die Ursachen der Knappheit zu ermitteln und Möglichkeiten der Verminderung der Kosten aufzuzeigen.

---

[23] Die Berechnungen dieses Kapitels wurden im Rahmen einer Diplomarbeit von S. VOGT (2002) erstellt.
[24] Inwieweit die Alternativen zu gleichwertigen Effekten führen, kann nicht im Rahmen der Begleitforschung beantwortet werden, da es sich hier um eine rein monetäre Betrachtung handelt.

Kosten
Der Verbrauch an Ressourcen eines Gesundheitsprogramms wird in der Regel durch die Kosten bestimmt. In der Gesundheitsökonomie werden die Kosten in direkte, indirekte und intangible Kosten untergliedert (SCHULENBURG, J.M., 2000).
Die *direkten* Kosten enthalten die direkt zuordenbaren Kosten (z.B. der Anwendung beziehungsweise Ausführung einer Behandlung) einer Gesundheitsleistung und entsprechen den konkreten Aufwendungen und Ausgaben. Die begriffliche Unterscheidung zwischen Ausgaben, Aufwand und Kosten kann hier nicht geleistet werden (vgl. WÖHE, 1990).
Unter *indirekten* Kosten werden die Kosten verstanden, die durch den Verlust an Arbeitspotential (Krankschreibung, eingeschränkte Leistung am Arbeitsplatz oder vorzeitigen Tod) entstehen. Ermittelt werden sie in der Regel nach dem Humankapitalansatz. „Die Bezeichnung des Ansatzes unterstellt, dass Gesundheitsleistungen aus volkswirtschaftlicher Sicht immer auch Investitionen in die Erhaltung der Berufsausübungsfähigkeit der Patienten, also auch in das Humankapital darstellen.“ (SCHULENBURG J.M. 2000)
Bei den *intangiblen* Kosten handelt es sich um Kosten, die schwer bis gar nicht monetär zu ermitteln sind. Gemeint sind mit diesem Begriff die psychosozialen Kosten, das heißt, Verschlechterung oder Verbesserung körperlicher, mentaler, psychischer und sozialer Funktionen des Patienten. Beide Kostenarten wurden der Vollständigkeit halber aufgeführt, sie werden jedoch hier nicht berechnet. Ihre Berechnung ist mit vielfältigen methodischen Problemen verbunden.

5.2.4.2 Datengrundlage

5.2.4.2.1 Kosten des Berliner Krisendienstes für einen Standort
Die Daten für die Ermittlung der direkten Kosten wurden zwei Verwendungsnachweisen des BKD aus dem Jahr 2001 (1.1.-31.12.2001) eines Standortes entnommen und berechnet. Die Summen in den Verwendungsnachweisen stellen *direkte* Kosten dar, da es sich um tatsächlich verausgabte Haushaltsmittel und somit um konkrete Ausgaben handelt. Aufwendungen wie z.B. Abschreibungen, Zinsen usw. lagen uns nicht vor.
Im *Verwendungsnachweis 1* werden grundsätzlich alle tatsächlichen Kosten für den Spätdienst des Standortes und im *Verwendungsnachweis 2* alle anfallenden Kosten der Tagdienste an Sonn- und Feiertagen und der Nachtdienste ausgewiesen. Enthalten sind die Personalkosten (Festangestellte, Koordination, Verwaltung, Honorarkräfte, Hintergrundärzte, Vertretungsmittel) sowie die Sachkosten.

Die *exakten* Kosten eines Standortes, wie die Kosten eines jeweiligen Dienstes, können im Rahmen dieser Arbeit nicht ermittelt werden. Sie müssten über eine detaillierte Kosten-Leistungsrechnung berechnet werden. Mitunter müsste jede einzelne Position betrachtet und ermittelt werden, um festzustellen in welcher Höhe sie dem jeweiligen Standort zugerechnet werden kann. Es ist nämlich zu beachten, dass z.B. die gesamten Personalkosten der Festmitarbeiter (alle Dienste) im *Verwendungsnachweis 1* aufgeführt sind.
Die Berechnung der *Kosten pro Stunde* eines Standortes kann unserer Meinung nach über die Ermittlung der Gesamtstundenzahl eines Standortes erfolgen. Diese Berechnung ist für die weitere Betrachtung nicht relevant, aber interessant, da

hieraus eine Einschätzung der Kosten pro Stunde des Standortes errechnet werden kann.
Die Verteilung der Stunden der Festmitarbeiter, Honorarmitarbeiter und Ärzte (s. Tabelle im Materialanhang: 10.7) wird aus den vorliegenden Dienstplänen aus 2001 und der Meldung an die Berufsgenossenschaft ermittelt. In dieser Meldung sind die Gesamtstunden der einzelnen Festmitarbeiter für das Jahr 2001 aufgestellt. Die Schwierigkeit ist hierbei, dass die Stunden der Ärzte (ein Arzt für zwei Regionen zuständig) zwar dem Spätdienst zugeordnet werden können, jedoch nach unseren Unterlagen nicht exakt der betreffenden Region. Das bedeutet, dass hier Durchschnittszahlen herausgerechnet werden mussten. Ähnliches gilt für die Hintergrundärzte (zwei für alle Regionen) im Nachtdienst und in den Diensten an Wochenenden und Feiertagen. Hier wurde jeweils 1/6 (sechs Standorte) der Stunden angesetzt.[25]

Die Zuordnung der Stunden auf die einzelnen Interventionsbausteine (persönliches Gespräch, telefonisches Gespräch, mobile Einsätze in den unterschiedlichen Diensten) wurden aus der Basisdokumentation des BKD ermittelt. Bei der Zuordnung der Stunden auf die Interventionsbausteine im Tag-, Nacht- und Wochenenddienst an Sonn- und Feiertagen wurden durchschnittliche Stundenanteile ermittelt. Der Grund hierfür ist, dass an diesen Tagen die Dienste von allen Standorten wahrgenommen werden und die Eingaben des betrachteten Standortes nicht ohne weiteres aus der BaDo ermittelt werden können. Trotz dieser zum Teil noch groben Aufgliederung könnten die vorliegenden Zahlen unserer Meinung nach als Grundlage einer Kosten-Leitungsrechnung dienen.

Die Anzahl der Kontakte mit den Nutzern des Berliner Krisendienstes wurden aus der BaDo entnommen. Wenn von Kontakten gesprochen wird, sind alle Nutzer außer den *Schweigern* und denjenigen, die auflegten, ohne sich zu melden, gemeint, wobei ein Nutzer auch mehrere Kontakte haben kann. Die Anzahl der Kontakte des Spätdienstes können für den betreffenden Standort aus der BaDo entnommen werden. Die Anzahl der Kontakte der restlichen Dienste kann nur mittels Durchschnittssätzen ermittelt werden. Der Grund hierfür ist derselbe wie bei der Berechnung der Stunden. Diese Dienste werden von allen Standorten anteilig wahrgenommen und der Aufwand der Ermittlung der Kontakte würde nicht in Relation zum Nutzen stehen.

5.2.4.2.2 Behandlungskosten des Krankenhauses Neukölln

Die Kosten und die durchschnittliche Verweildauer auf der Krisenstation und jenen der Psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Neukölln wurden dem Jahresbericht 2001 der Abteilung entnommen (vgl. FÄHNDRICH, 2001). Die Ermittlung der Kosten für einen Klinkaufenthalt ergeben sich aus der durchschnittlichen Verweildauer multipliziert mit dem Basispflegesatz und dem Abteilungspflegesatz pro Tag. Dies entspricht den Fallkosten pro Tag. Die Begründung für die Anwendung des Basispflegesatzes und des Abteilungspflegesatzes ist dem Krankenhausfinanzierungsgesetz §17b Abs.1 und 2a und der Psychiatrie-Personalverordnung §1 Abs. 2 zu entnehmen. Dort wird ausdrücklich darauf hin-

[25] Siehe hierzu auch die im Materialanhang dokumentierte Tabelle über die Berechnung der Mitarbeiterstunden.

gewiesen, dass die Abrechnung der Leistungen in der stationär-psychiatrischen Behandlung (noch) nicht nach Fallpauschalen erfolgt.

5.2.4.3 gesundheitsökonomische Betrachtung

Auf der Basis der oben genannten Annahmen stellen die folgenden Berechnungen und Ergebnisse nur eine grobe Einschätzung der Arbeit des betrachteten Standortes dar. Exakte Zahlen können nur Mittels einer Kosten-Leistungsrechnung[26] ermittelt werden. Trotz dieser groben Schätzungen erscheint es uns angemessen, eine Skizze der Arbeit und der Effizienz des einen Standortes des Berliner Krisendienstes zu erstellen.

5.2.4.3.1 Ermittlung der direkten Kosten, Verbrauch an Ressourcen

Der direkte zuordenbare Verbrauch an Ressourcen eines Gesundheitsprogramms wird durch die Ermittlung der direkten Kosten einer Gesundheitsleistung entsprechend den konkreten Ausgaben und Aufwendungen ermittelt. Auf den Berliner Krisendienst bezogen werden im Folgenden die Kosten eines Standortes für das Jahr 2001 ermittelt und dargestellt. Hervorgehoben sei, dass die nun folgenden Ergebnisse zunächst nur für den betrachteten Standort gelten, da davon ausgegangen werden kann, dass von Standort zu Standort unterschiedliche Kosten (z.B. Miete, Personalkosten u.a.) anfallen.

Die Gesamtkosten aller Dienste (Tag-, Spät- und Nachtdienste) eines Standortes im Jahr 2001 wurden den *Verwendungsnachweisen 1* und *2* entnommen. Im *Verwendungsnachweis 2* sind die Gesamtkosten für Nacht- und Tagdienst sowie der Dienste an Wochenenden und Feiertagen für alle sechs Standorte enthalten. Aus diesem Grund werden aus dem *Verwendungsnachweis 2* für den betrachteten Standort anteilig 1/6 berechnet. Begründet wird dies damit, dass diese Dienste im gesamten Jahr anteilig auf alle sechs Standorte gleichmäßig verteilt werden.

Die Gesamtkosten für das Jahr 2001 aller Dienste des untersuchten Standortes betragen 859.663,22 DM. Die Kosten des Spätdienstes dieses Standortes belaufen sich im Jahr 2001 auf 802.663,22 DM. Diese Zahl beinhaltet jedoch die gesamten Personalkosten der Festmitarbeiter und ist somit nicht genau.

Die Gesamtstundenzahl wird, wie bereits erwähnt, auf der Datengrundlage der Dienstpläne aller Mitarbeiter, der Meldung an die Berufsgenossenschaft (alle Stunden der Festmitarbeiter) und den durchschnittlichen Stundenanteil der Hintergrundärzte berechnet und in der Tabelle im Materialanhang dargestellt.
Die erste Spalte der Tabelle im Materialanhang enthält die Gesamtzahl von 18.434 Stunden verteilt auf die einzelnen Dienste (Tag-, Spät- und Nachtdienst), die anteiligen Stunden für die Hintergrundärzte und die Arbeitszeit der Festmitarbeiter außerhalb der Dienstzeit.
Die weitere Gliederung der Spalten stellt die Aufteilung und Zuordnung der unterschiedlichen Interventionsbausteine (persönliches, telefonisches Gespräch, mobiler Einsatze u.a.) auf die verschiedenen Dienste (Tag-, Spät- und Nachtdienst) dar. Die Zuordnung der Stunden zu den einzelnen Interventionsbausteinen ergeben sich aus der BaDo, wobei es sich mit Ausnahme des Spätdienstes um

[26] Die „Aufgabe der Kostenrechnung ist die Erfassung, Verteilung und Zurechnung der Kosten, die bei der betrieblichen Leistungserstellung und -verwertung entstehen,...“ (WÖHE, 1990)

Durchschnittssätze handelt, da aus der BaDo die Stunden der Interventionen für Tag- und Nachtdienste nur mit einem erheblichen Aufwand ermittelt werden könnten.

Die Arbeit der Mitarbeiter ist in *operative Arbeit*, *Präsenz* und *sonstige Arbeit* untergliedert. Unter der Rubrik *operative Arbeit* ist die direkte Arbeit mit dem Nutzer in den unterschiedlichen Dienstzeiten gemeint. Die vorletzte Spalte beinhaltet unter der Rubrik *Präsenz* die Zeit, in der keine direkte Arbeit mit dem Nutzer in der Dienstzeit stattfindet. Sie wird für die umfangreiche Eingabe der Daten in der BaDo, für die Erstellung von Dienstplänen, für den Austausch mit den Mitarbeitern u.a. genutzt. In der letzten Spalte sind die Stunden für die *sonstige Arbeit* abgebildet. Sie beinhaltet eine umfangreiche Palette verschiedener Arbeiten, die außerhalb der Standorte von Festmitarbeitern geleistet wird. Dies sind u.a. Koordinierung, Fortbildungen, Dokumentationen, Öffentlichkeitsarbeit. Zu beachten ist hierbei, dass ca. 5%, (entspricht ca. 137 Stunden von 2.719 Gesamtstunden) des Spätdienstes des betrachteten Standortes Folgegespräche mit den Nutzern sind. Auf Grund des geringen Anteils an den Gesamtstunden werden diese Stunden nicht gesondert berechnet bzw. dargestellt. Die undifferenzierte Darstellung der sonstigen Arbeit bedeutet nicht, dass diese Arbeit weniger wichtig wäre, aber um sie bewerten zu können, müsste eine detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung erstellt und der jeweilige dazugehörige zeitliche Arbeitsaufwand erfasst werden. Dies kann im Rahmen dieser Untersuchung jedoch nicht erfolgen.

Die *Kosten pro Stunde* des betrachteten Standortes können durch das Verhältnis der Gesamtstundenzahl zu den Gesamtkosten somit annähernd genau berechnet werden. Für das Jahr 2001 ergibt sich: Dividiert man die Gesamtkosten (859.596,16 DM) durch die Gesamtstundenzahl (18.434), ergeben sich als Kosten pro Stunde 46,63 DM.

Die *Fallkosten* ergeben sich in gleicher Weise aus dem Verhältnis der Kontaktanzahl (ohne *Schweiger* und *Aufleger*) für den Spätdienst (5.530) plus den durchschnittlichen Kontakten der restlichen Dienste (2.011) zu den Gesamtkosten (859.596,16 DM). Die Fallkosten aller Kontakte der Dienste belaufen sich somit auf 113,98 DM pro Kontakt.

5.2.4.3.2 Ermittlung der (hypothetisch) vermiedenen Kosten

5.2.4.3.2.1 Für „Alternative zur Klinikeinweisung entwickelt“

Ein wichtiges Ziel des Berliner Krisendienstes ist es, eine *Alternative zur Klinkeinweisung* zu entwickeln (s. Kapitel 4.1.4). Durch die BaDo kann ermittelt werden, bei wie vielen Kontakten nach Einschätzung der Mitarbeiter im Spätdienst eines Standortes eine solche Alternative entwickelt wurde. Im Folgenden werden nur die Kontakte des Spätdienstes betrachtet und bewertet, da diese exakt ermittelt werden können, nicht wie die Kontakte der anderen Dienste, die nur als Durchschnittszahlen berechnet werden können, wie weiter oben festgestellt.

In 125 Fällen wurde laut Basisdokumentation eine *Alternative zur Klinkeinweisung* im Spätdienst von den Mitarbeitern dokumentiert. Im Folgenden wird berechnet, welche Kosten (Klinikkosten) durch die Interventionen hypothetisch vermieden werden konnten, hypothetisch deshalb, da letztlich nicht genau gesagt werden

kann, wie sich der Nutzer nach der Intervention der Mitarbeiter tatsächlich verhält. Bei diesem Vergleich geht es auch nicht um die Frage der Vor- und Nachteile einer Klinikeinweisung und nicht um die Frage, welche Alternative wie von den Mitarbeitern des BKD entwickelt wurde. Es handelt sich hierbei um eine rein monetäre Betrachtung, die einer Momentaufnahme entspricht, da nicht gesagt werden kann, wie der Verlauf der Krise nach der Intervention tatsächlich verläuft.

Die vermiedenen Kosten werden am Beispiel der Kriseninterventionsstation und der psychiatrischen Stationen des Krankenhauses Neukölln berechnet. Grund dafür ist, dass genaue Angaben von Pflegesätzen, durchschnittlichen Liegedauern, Fallkosten und anderes Material im Jahresbericht 2001 des Neuköllner Krankenhauses vorliegen (vgl. FÄHNDRICH, 2001).
Die Fallkosten ergeben sich aus dem Basispflegesatz (208,63 DM) pro Tag plus dem Abteilungspflegesatz (311,01 DM) pro Tag multipliziert mit der durchschnittlichen Verweildauer in den beiden stationären Angeboten (∅ 6,9 Tage auf der Krisenstation oder ∅ 17,8 Tage auf den psychiatrischen Stationen). Somit ergeben sich bei Aufnahme auf die Krisenstation durchschnittliche Fallkosten (311,01 DM + 208,63 DM x 6,9 Tage) von 3.585,52 DM. Bei Aufnahme auf die psychiatrische Abteilung belaufen sich die Fallkosten pro Patient bei einer durchschnittlichen Liegedauer von 17,8 Tagen auf 9.249,61 DM.
Die durchschnittlichen Fallkosten des untersuchten Standortes des BKD belaufen sich, wie oben dargestellt, auf 113,98 DM pro Kontakt. Eine Gegenüberstellung der Fallkosten des Krankhauses Neukölln und derjenigen des Standortes des Berliner Krisendienstes kann unseres Erachtens vorgenommen werden, da es sich in beiden Fällen um Durchschnittswerte handelt.
In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse dieser Berechnung dargestellt.

	∅ Verweildauer (Tage)	Fallkosten DM	Kosten für 125 Kontakte in DM (Fallkosten x 125)	%-Satz zu den Gesamtausgaben des Standortes von 859.596,16 DM
Krankenhaus Neukölln Krisenintervention-sstation Kosten pro Tag 519,64 DM Basispflegesatz (208,63 DM) plus Abteilungspflegesatz (311,01 DM)	**6,9**	**3.585,52**	**448.189,50**	**52,13%**
Krankenhaus Neukölln Psychiatrische Stationen Kosten pro Tag 519,64 DM Gleiche Sätze wie auf der Krisenstation	**17,8**	**9.249,60**	**1.156.199,00**	**134,50%**
Statistischen Bundesamt Kosten pro Tag am Bsp. KH. Neukölln	**10,6**	**5.508,19**	**688.523,00**	**80,09 %**
Fallkosten eines Standortes des BKD 113,98 DM pro Kontakt		**113,98**	**14.247,50**	

Tabelle 18: Fiktive Krankenhauskosten für 125 Fälle (Alternative zu Klinikeinweisung) und relativer Anteil an den Kosten eines Standortes des BKD)

Von insgesamt 5.530 Kontakten des untersuchten Standortes wurde bei 125 Kontakten nach Einschätzung der Mitarbeiter eine Klinikeinweisung vermieden, dies entspricht 2,3% aller Kontakte im Spätdienst. Stellt man nun die vermiedenen Kosten (Spalte vier) in Relation zu den Gesamtkosten des betreffenden Standortes (859.596,16 DM), wird sichtbar, welcher Anteil der Kosten des Standortes gedeckt würde (Spalte fünf), wenn die vermiedenen Kosten dem Standort zufließen würden. Am Beispiel der Einweisung auf eine psychiatrische Station zeigt sich, dass durch die Intervention bei nur 2,3% der Kontakte die Gesamtkosten des Standortes gedeckt und zusätzlich 34,5% vermieden würden. Bei der Aufnahme einer Behandlung dieser Klienten auf der Krisenstation würden durch die 2,3% der Kontakte 52,1% - 80,1% der Gesamtkosten dieses Standortes anfallen, je nachdem, wie hoch man die Verweildauer veranschlagt.

Der Vergleich macht deutlich, dass durch die Intervention *Alternative zur Klinikeinweisung entwickelt* des BKD erhebliche Krankenhauskosten eingespart werden können. Ob eine Aufnahme auf die Krisenstation oder auf eine psychiatrische Station indiziert und angemessen ist, hängt von vielen Faktoren ab. Eine wichtige Dimension ist der Schweregrad der psychischen Störung bzw. der psychopathologischen Symptomatik des Klienten. Eine andere ist das Vorhandensein differenzierter und verlässlicher ambulant-komplementärer Angebote. Eine Alternative zu einem stationären Setting stellt natürlich nicht stets die bessere Variante dar, ob die Variante preiswerter ist, könnte im Einzelfall erst eine longitudinale prospektive Untersuchung zeigen.

5.2.4.3.2.2 Für die Beratung akut suizidale Klienten

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit im BKD ist die Krisenintervention und Prävention bei suizidalen Menschen. Gründe dafür liegen für den BKD in den alarmierend hohen Zahlen von Suiziden und Suizid-Versuchen. Die Statistik des Landesamtes für Statistik belegt, dass sich allein in Berlin im Jahr 1998 insgesamt mindestens 447 und 1999 483[27] Menschen das Leben genommen haben (vgl. SENATSVERWALTUNG für Arbeit, Soziales und Frauen, 2001).

Ein wichtiges Interventionsprinzip des BKD in diesem Zusammenhang lautet entsprechend eines Leitsatzes der Psychiatriereform und des Psychiatrieentwicklungsplanes Berlin (PEP) *ambulant-vor-teilstationär-vor-stationär*. Das bedeutet, dass Krisensituationen soweit wie möglich ambulant aufgefangen werden sollen. Eine stationäre Aufnahme soll, wenn möglich, verhindert und, falls doch notwendig, fachkompetent eingeleitet und begleitet werden.

Die den folgenden Berechnungen beziehen sich auf die Kontakte mit *akut suizidalen* Klienten, da davon ausgegangen werden muss, dass in diesen Fällen unbedingt nach Lösungsmöglichkeiten gesucht werden muss. Auf den gesamten BKD bezogen wurden 2001 von den gesamten 43.270 Kontakten in 3.814 eine latente Suizidalität und bei 560 Kontakten eine akute Suizidalität festgestellt. Nur auf die betrachtete Region bezogen, die im Spätdienst 2001 in 90 Kontakten mit akuter Suizidalität konfrontiert worden war, ergeben sich 64 Kontakte, in denen keine Klinkeinweisung erfolgte, in 26 Fällen dagegen wurde eine Einweisung notwendig. Auch hier lässt sich ein Kostenvergleich erstellen.

Um die hypothetisch vermiedenen Kosten durch die Intervention des BKD zu ermitteln, wird ähnlich wie bei der Ermittlung der Kosten bei *Alternative zur Klinikeinweisung entwickelt* vorgegangen.

Krankenhaus	Art des Aufenthaltes	∅ Verweildauer (Tage)	Fallkosten gesamt in DM	In 64 Fällen Kosten von DM
Neukölln	Krisenstation	6,9	3.585,52	229.473,28
Neukölln	Psychiatrische Station	17,8	9.249,58	591.973,12
Berliner Krisendienst (ein Standort)	-	-	113,98 DM	7.294,72

Tabelle 19: Ergebnisse der Berechung für 64 Klienten im Überblick.

In der Auswertung zeigt sich, dass durch die Intervention des BKD im Falle von *akuter Suizidalität* Kosten von unterschiedlicher Höhe vermieden worden wären. Hervorgehoben sei, dass die Gesamtzahl der akut suizidalen Kontakte 1,6% aller Kontakte des Spätdienstes des betrachteten Standort ausmachen.

[27] „Mindestens“, da die Dunkelziffer für Suizide als vergleichsweise hoch angenommen werden muss.

5.2.4.4 Ergebnis

Aufgrund der vorliegenden Berechnungen kann gesagt werden, dass sich der BKD mit dem Interventionsprinzip *ambulant vor stationär* und der Intervention bei *akuter Suizidalität* hypothetisch als kostengünstige Alternative erweist bzw. durch seine Arbeit Kosten im System einspart. Die folgende Tabelle fasst die gewonnenen Ergebnisse nochmals zusammen[28]. Es soll allerdings nochmals betont werden, dass diese Zahlen rein hypothetisch sind und auf den genannten Annahmen basieren. Letztlich kann nicht exakt gesagt werden, wie der jeweilige Klient nach dem Gespräch mit dem BKD gehandelt hat. Es müssten auch ev. notwendige Folgegespräche in die Berechungen einbezogen werden, was aber wegen der Anonymitätszusicherung an die Klienten in unserer Untersuchung nicht möglich war. Die Fallkosten beim BKD würden sich dadurch erhöhen, die grundsätzlichen Unterschiede blieben aber sicherlich der Richtung nach bestehen.

Die Kosten von zwei Aufgabenschwerpunkten bzw. Herausforderungen des BKD, die bei einer eventuellen Klinikeinweisung entstehen würden, gehen in diese Berechnung ein: *Alternative zur Klinkeinweisung entwickeln* und *akute Suizidalität.* Die Personengruppen überschneiden sich nicht.

Alternativen	Direkte Kosten (DM)	Fallkosten (DM)
Durchschnittliche Kosten eines Standorts des Berliner Krisendienst	**859.596,16**	**113,98**
1. Intervention *Alternative zur Klinkeinweisung entwickelt* in 125 Fällen (2,26 %)		
a. Kriseninterventionsstation	**448.189,50**	**3.585,52**
b. Psychiatrische Abteilung	**1.156.199,00**	**9.249,60**
c. Berliner Krisendienst	**14.247,50**	**113,98**
2. Suizidalität in 56 Fällen (1,02%)		
a. Krisenstation	**200.789,12**	**3.585,52**
b. Psychiatrische Abteilung	**517.977,60**	**9.249,60**
c. Berliner Krisendienst	**6.382,88**	**113,98**

Tabelle 20: Zusammenstellung der Ergebnisse der Berechnungen

In der folgenden Grafik sind (in der letzten Zeile) die Ergebnisse auch hinsichtlich der Gesamtkosten für die drei Alternativen zusammengestellt.

[28] Bei dieser zusammenfassenden Berechnung müssen von den 64 Fällen mit akuter Suizidalität noch einmal acht Fälle abgezogen werden, da diese bereits in der Berechnung „Alternative zur Klinikeinweisung“ enthalten sind. In 8 Fällen nämlich wurde laut BaDo eine Alternative zur Klinikeinweisung gefunden.

	Alternative	Alternative	Alternative
	BKD: Direkte Kosten (DM)	Kriseninterventionsstation KH Neukölln Vermiedene direkte Kosten (DM)	Psychiatrische Station KH Neukölln Vermiedene direkte Kosten (DM)
Alternative zur Klinkeinweisung entwickelt in 125 Fällen (2,26%)	14.247,50	448.189,50	1.156.199,00
Akute Suizidalität in 56 Fällen (1,02%)	6.382,88	200.789,12	517.977,60
Gesamtkosten (DM)	20.630,38	648.978,62	1.674.176,60

Tabelle 21: Zusammenstellung der Gesamtkosten

Es kann festgestellt werden, dass am Beispiel der Kategorie *Alternative zur Klinikeinweisung entwickelt*, deren Anteil im untersuchten Standort an den Gesamtkontakten 2,3% beträgt, unter Zugrundelegung der vorgelegten Annahmen bereits ca. 52-134% der Gesamtkosten des betrachteten Standortes eingespart werden könnten. Weiterhin könnten bei Einbeziehung der Kategorie *Suizidalität*, die bei 1,0% (56 Kontakte) der Gesamtkontakte des Standortes dokumentiert wurde, zusätzlich noch Kosten von ca. 23-60% der Gesamtkosten eingespart werden. Das bedeutet, dass hypothetisch durch die Interventionen bei 3,3% der Kontakte des Standortes bereits der größte Teil, wenn nicht sogar die Gesamtkosten des Standortes gedeckt werden könnten, wenn die vermiedenen Kosten dem BKD zuflössen.

Dabei ist zu beachten, dass es sich hier um eine rein quantitative Analyse handelt, die nichts über die Qualität der Arbeit des BKD aussagt und schon gar nichts über diejenige der beiden stationären Einrichtungen, die zum Vergleich herangezogen wurden. Es handelt sich auch nur um eine grobe Einschätzung, da exakte Zahlen nur mit einer umfangreichen Kosten-Leistungsrechnung ermittelt werden können. Die Berechung ist auch als eine Momentaufnahme in bezug auf die Probleme des Klienten zu sehen, da es sich zum größten Teil um einmalige Kontakte handelt und nicht mit Bestimmtheit gesagt werden kann, welche Lösungsmöglichkeiten der Klient letztendlich für sich gefunden hat. Sie ist als Hypothese aufgrund von Modellannahmen zu betrachten.

5.2.4.5 Diskussion

Mithilfe der kurz dargestellten gesundheitsökonomischen Methode und ihren Annahmen konnte exemplarisch für einen Standort berechnet werden, welche durchschnittlichen Kosten für eine Beratungsstunde (46,63 DM) bzw. einen Kontakt mit einem Nutzer (113,98 DM) entstehen.

Bei allen Unsicherheiten, die dieser Berechnung zugrunde liegen, kann gesagt werden, dass eine *Beratungsstunde* vergleichsweise kostengünstig erscheint. Dabei lässt sich eine Bandbreite der professionellen Tätigkeiten von *einfacher Informationsweitergabe* bis hin zu einer komplexen Systemintervention bzw. einer psychotherapeutischen Krisenintervention aufspannen. Während ein solcher Stundensatz für einfache Tätigkeiten relativ hoch erscheint, ist er deutlich unter dem üblichen Honorar für hochkomplexe psychotherapeutische Tätigkeiten.

Die *Kontaktkosten* mitteln sich etwa über die Pole *kurzes Telefonat* bis hin zu einem ausgedehnten, multiprofessionellen mobilen Einsatz, der mehrere Stunden in Anspruch nimmt. Auch hier sind für die erste Kategorie die Kontaktkosten im Durchschnitt eher hoch, für die zweite eher (sehr) preisgünstig.
Sowohl für den Kostenträger des BKD wie für den Dienst selbst dürften solche Kostenanalysen von großem Interesse sein, bieten sie doch die Möglichkeit, sich der Frage der Effizienz des BKD auch über die konkreten Kosten (pro Fall oder pro Stunde) zu nähern.

Die zweite Kategorie an Daten, die zur Beurteilung der Effizienz benötigt werden, beziehen sich auf den Bereich der *Wirksamkeit* der Arbeit des BKD. Für diesen Bereich bietet unser Abschlussbericht in diesem Ergebnisteil eine Reihe von Ergebnissen aus verschiedenen Perspektiven. In diesem Kapitel haben wir eine hypothetische Berechnung der potentiell eingesparten Kosten, die durch vermiedene stationäre Behandlungen von Klienten des BKD nicht entstehen, vorgelegt.
Plakativ lassen sich hier erhebliche Einsparungen im System darstellen, die in der einen Variante (durchschnittliche stationär-psychiatrische Behandlung bei 125 Fällen) mehr als die Gesamtkosten des untersuchten Standortes einsparen würden. Auch für die Klienten, die als *akut suizidal* eingeschätzt werden, lassen sich die vorgestellten Berechnungen anstellen.
Das hieße, dass durch die ambulante Versorgung eines kleinen Prozentsatzes der Klienten des BKD ein beträchtlicher Teil an Krankenhauskosten vermieden werden könnte bzw. der BKD dadurch – mindestens zum Teil – zu finanzieren wäre.[29]

Diese Ergebnisse einschränkend muss angeführt werden, dass für die in die Berechnung eingegangenen Fälle nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, ob eine stationäre Behandlung zunächst überhaupt wirklich indiziert gewesen wäre und wenn ja, wie lange sie tatsächlich gedauert hätte. Weiter ist nicht bekannt, ob es nicht kurze Zeit nach der dokumentierten Intervention durch den BKD doch noch zu einer Aufnahme in ein Krankenhaus gekommen ist. Andersherum ist die Vermeidung einer eigentlich indizierten bzw. sinnvollen stationären Behandlung für die betreffende Person mit hoher Wahrscheinlichkeit mit negativen Folgen verbunden und kann letztlich sogar höhere Kosten im System verursachen. Schließlich ist nicht bekannt, wie viele Folgekontakte im BKD mit den entsprechenden Klienten vereinbart wurden und welche Kosten durch die Interventionen des BKD entstanden sind, die außerhalb seines Spektrum liegen (etwa durch Vermittlung an andere Dienstleister).

[29] Auf die Problematik der unterschiedlichen Kostenträger der psychosozialen und gemeindepsychiatrischen Versorgung und Behandlung wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen.

Auch für die Gruppe der Menschen mit festgestellter *akuter Suizidalität* kann weder grundsätzlich noch bezüglich der Fälle des BKD postuliert werden, dass eine Klinikeinweisung *üblicherweise* indiziert sei oder durchgeführt werde, durch die Intervention des BKD aber verhindert würde. Erst Recht ist die durchschnittliche Verweildauer im stationären Setting für diese Gruppe der Patienten eher niedriger als für den Gesamtdurchschnitt der stationär behandelten Patienten. Hier wären exaktere Informationen über die individuellen Auslösesituationen und potentiellen psychischen Störungen der Klienten natürlich zur genaueren Einschätzung nötig.

Wichtige Informationen für viele dieser Aspekte liegen dieser Berechnung **nicht** zu Grunde. Wohl aber können wir auf eine qualitative Untersuchung entsprechender BaDo-Texte verweisen (s. Kapitel 4.1.4), aus denen hervorgeht, dass der BKD ganz offenbar tatsächlich nicht indizierte Klinikeinweisungen durch die Entwicklung von Alternativen verhindern kann. Das Spektrum der Situationen, die sich hinter dem ausgewählten Item der BaDo *Alternative für Klinikeinweisung entwickelt* finden lassen, ist breit und verweist u.a. auch darauf, dass mitunter der Wunsch nach Einweisung von einem Klienten oder aus seinem Umfeld kommt und durch den BKD im Sinne einer Weichenstellung in einen anderen, angemesseneren Bedarf umgeleitet wird. Andererseits werden – gerade mit akut suizidalen Klienten – offenbar häufig Folgegespräche vereinbart, so dass die Kosten im BKD selbst höher liegen als für einen einzigen Kontakt, der in dieser Modellrechnung aber Grundlage war.

Es kann hier eingedenk der angerissenen Einschränkungen der Aussagekraft der vorgestellten Berechnung insgesamt festgehalten werden, dass der BKD in der Tendenz durch seine Arbeit offenkundig (auch) zu Kosteneinsparungen im System der Gesundheitsversorgung beiträgt.
Der vordergründigen Exaktheit der errechneten Kosteneinsparungen stehen aber viele, hier nicht berücksichtigte Einflussgrößen gegenüber, die Anlass dazu geben, in der Zukunft für ausgewählte Fragestellungen longitudinale prospektive Untersuchungen durchzuführen, die auch gesundheitsökonomische Aspekte mit einschließen.

6. Zusammenfassende Bewertung

6.1 Vorbemerkung

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Begleitforschung knapp zusammengefasst, bewertet und Ausblicke bzw. Entwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt. Wegen der umfangreichen Forschungsinstrumente und der Fülle der Ergebnisse findet sich hier ein Kondensat unserer Arbeit, das naturgemäß die Datenbasis in der Regel nur nennen, nicht aber wiederholen kann. Deshalb ist es u.E. angezeigt, immer wieder auf die genannten vorherigen Kapitel zurückzublättern, um dort die speziellen Ergebnisse aufzufinden.
Wir haben hier bewusst eine andere Gliederung vorgenommen, um, ausgehend von den der Ordnungslogik der Qualitätsdimensionen, verschiedene Aspekte zusammen fassen zu können.

6.2 Der BKD und sein Start ins Feld

Der Berliner Krisendienst ist ein multiprofessioneller, regional ausgerichteter, psychosozialer und notfallpsychiatrischer Krisendienst, der seit Ende 1999 vormals bestehende Lücken in der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft 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.

Grundlage für die Arbeit war eine Konzeption, die von einer von der Senatsverwaltung einberufenen Arbeitsgemeinschaft in Diskussion mit dem Landespsychiatriebeirat entwickelt wurde. Diese Konzeption wurde von der Begleitforschung genauer analysiert und diente auch zur Entwicklung von Evaluationskriterien. Sie ist differenziert und entspricht dem augenblicklichen Stand der Fachdiskussion. Dies lässt sich auch daran ersehen, dass in ihr viele Punkte aufgenommen wurden, die in den *Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zur Organisation von Krisenintervention*[30] formuliert wurden. Die Differenziertheit konnte auch in einer Inhaltsanalyse gezeigt werden.

Der Beginn war geprägt durch intensive Aufbauarbeit, die auch noch unter großem Zeitdruck zu leisten war, da die Anschubfinanzierung durch die AOK am Ende des Jahres 1999 auslief. Hier wurde in kurzer Zeit Erhebliches geleistet, da alle Standorte neu aufgebaut und die gesamte Einrichtung, eingeschlossen Telefonanlagen, Computerausstattung usw., beschafft und eingerichtet werden mussten. Die Ausstattungsqualität der Standorte ist auf einem angemessen hohen materiellen Niveau. Dies wird auch aus den Aussagen der befragten Klienten deutlich, die die angenehme Atmosphäre besonders erwähnen. Für eine Krisenintervention ist gerade dies wichtig, da ein Kontext geschaffen werden muss, in dem sich die Klienten sofort wohlfühlen können.

Es ist allerdings anzumerken, dass nicht alle Standorte optimal gelegen sind. So wird in der Zukunft sorgfältig zu prüfen sein, ob in Einzelfällen eine Verlegung bzw. Modifikation eines Standortes angezeigt ist.

[30] Vgl. FREYTAG et al. (1998)

In diesem Zusammenhang ist auch genauer zu diskutieren, inwieweit das Konzept der Verbesserung der Krisenversorgung durch eine enge räumliche Verbindung zwischen Krisendienst und einer Rettungsstelle bzw. Notaufnahmestelle eines Krankenhauses weiter beibehalten werden sollte. Im Vergleich zwischen den Kontaktzahlen mit den Rettungsstellen und der Gesamtheit der Kontakte zeigt sich in der Basisdokumentation eine geringe Bedeutung dieser Konstellation. Dies gilt sowohl innerhalb der Dienste als auch im Vergleich zwischen den Diensten. Im letzteren Fall zeigt sich zwar, dass die Standorte, die in der Nähe von Rettungsstellen angesiedelt sind, prozentual mehr Kontakte mit der Rettungsstelle haben, aber die absoluten Kontaktzahlen sind dennoch gering.

Mit der Basisdokumentation (BaDo) wurde ein weiteres wichtiges Element der Ausstattungsqualität realisiert. Die grundlegenden Kategorien wurden aus einer Zusammenschau der Varianten der vorher von unterschiedlichen Trägern verwendeten Basisdokumentationen zusammengestellt und von der Begleitforschung methodisch weiterentwickelt. In einem sehr aufwendigen Prozess entstand dann in enger Zusammenarbeit zwischen den BaDo-Beauftragten der Standorte und den Begleitforschern die erste Datenbankversion, die auf dem Programm MS-Access® implementiert wurde, was längerfristig wohl nicht ganz befriedigend ist (s.u.). Hier ist festzustellen, dass die Konstruktion der Datenbank ursprünglich nicht Aufgabe der Begleitforschung gewesen war. Aus unterschiedlichen Gründen erwies es sich dann als notwendig, dass die Begleitforschung diese zusätzliche Aufgabe übernahm. Die Umsetzung konnte allerdings nur durch den Einsatz erheblicher Personalmittel der Freien Universität geleistet werden.

Die BaDo hat zwei grundsätzliche Aufgaben. Sie soll einerseits Dokumentationsinstrument für die Arbeit des Krisendienstes und für die Forschung sein und andererseits Arbeitsinstrument für die Mitarbeiter in der alltäglichen Praxis. Wie sich aus den im Weiteren vorgestellten Daten ergibt, erfüllt sie die Aufgabe des Dokumentationsinstruments in vielfältiger Weise. Auch als Arbeitsinstrument für die Mitarbeiter wird sie nach einer gewissen Eingewöhnungsphase inzwischen geschätzt. Eine ausführliche Beschreibung findet sich im Kapitel 3.2.2. Die BaDo erfüllt auch die Forderung der Nachhaltigkeit in dem Sinne, wie sie in der Aufgabenliste der Senatsverwaltung an die Begleitforschung gefordert wird. Da für die Forschung eine differenziertere Datenerhebung notwendig war als für den Gebrauch des BKD selbst, kann jetzt eine Reduzierung vorgenommen werden, die eher der Alltagspraxis und den Anforderungen an die Organisationsentwicklung gerecht wird. Dies ist aber ohne größeren Aufwand möglich, da diese Notwendigkeit bereits bei der Programmierung durch die Forschungsgruppe eingeplant wurde. Ebenso ist es programmtechnisch möglich, von der auf Dauer unbefriedigenden MS-Access®-Basis auf eine aufwendigere, aber angemessenere SQL-Server-Lösung zu wechseln.

Insgesamt kann also festgestellt werden, dass die Ausstattungsqualität des BKD als ausgesprochen gut bezeichnet werden kann und eine gute Voraussetzung für die inhaltliche Arbeit darstellt.

6.3 Der BKD und seine Organisationsstruktur

Die grundlegende evaluative Frage für diesen Bereich lautet, ob die Organisations- und Verwaltungsstruktur des BKD der Aufgabe der Bereitstellung von suizid-

präventiven Maßnahmen entsprechend dem zugrunde gelegten Konzept angemessen ist. Betrachtet man die hier vorgelegten Ergebnisse der Begleitforschung in ihrer Gesamtheit, so ist die Antwort eindeutig. Es ist im Rahmen dieser Organisations- und Verwaltungsstruktur gelungen, ein leistungsfähiges Angebot für die Krisenversorgung in Berlin zu entwickeln.

Es ist allerdings auch weiter zu fragen, ob diese Struktur nicht verbessert werden könnte oder ob nicht vielleicht eine andere Struktur zu noch besseren Ergebnissen führen würde. Wie in Kapitel 3.5. *Organisationsqualität* deutlich geworden ist, gibt es hierüber aus verschiedenen Perspektiven durchaus unterschiedliche Meinungen.

Nach Ansicht der Begleitforschung ist die interne Struktur durchaus noch verbesserungsfähig. In unserer Analyse wurde das Konzept der *lernenden Organisation* als Modell für die weitere Entwicklung vorgeschlagen.
Es geht zum Ersten von der Entwicklung gemeinsamer Leitgedanken aus, in denen u.a. die Ziele und die gemeinsame Ausrichtung der Organisation formuliert sind. Es gibt zwar durch die gut ausgearbeitete Konzeption und ihre Weiterentwicklung bereits einen Ansatz hierzu, aber eine systematische Diskussion auf allen Ebenen der Organisation wurde bisher kaum initiiert. Hier konnte auch die Begleitforschung nur sehr begrenzt und gegen Widerstand eine punktuelle Diskussion in Gang setzen. Die unterschiedlichen Traditionen der verschiedenen Träger erschweren eine solche Diskussion ungemein. Dies gilt allerdings vor allem für die Ebene der formal-konzeptuellen Einigung. Auf der konkreten Ebene des praktischen Handelns sind bereits vielfältige Entwicklungs- und Einigungsprozesse zustande gekommen (siehe Kapitel 3.5) Trotzdem vertritt die Begleitforschung die Meinung, dass auch auf der formalen Ebene eine Einigung zustande kommen sollte. Hier ist auch eine Chance gerade in der Unterschiedlichkeit der Traditionen zu sehen. In der modernen Managementtheorie hat augenblicklich der Begriff der *diversity* Konjunktur. Gerade die Vielfalt kann eine Chance für den Umgang mit unterschiedlichen Umweltanforderungen sein. Diese Chance sollte der BKD durch die Formulierung von Leitlinien ergreifen, in denen die Unterschiedlichkeit der Ansätze als Gemeinsamkeit begriffen wird.

Zum Zweiten wird ein organisationaler Kontext gefordert, der den Mitarbeitern die Möglichkeit gibt, sich gemeinsam gut informiert mit den Problemen auseinander zusetzen und in gemeinsamen Diskussionen zu neuen, kreativen Lösungen zu gelangen. Die Begleitforschung hat zu diesem Zweck u.a. die Gesamtteamtreffen der Kernmitarbeiter angeboten, in denen dann auch weiterführende Diskussionen entstanden. Bezeichnend allerdings war auch, dass sich eine Reihe von Mitarbeitern der unterschiedlichen Dienste erst auf diesen Treffen kennen lernten. Zwar finden Treffen von Mitarbeitern in kleinern Gruppen in den verschiedenen AGs oder im Arbeitszusammenhang statt, es wurde aber bisher noch kein Gremium geschaffen, in dem solche diskursiven Prozesse in ausreichendem Maße stattfinden könnten. Hier wäre zu empfehlen, eine solche Möglichkeit zu schaffen oder vorhandene Gremien wie die *Mitgliederversammlung* weiterzuentwickeln. Attraktiv und weiterführend wäre ein solches Gremium aber nur, wenn ihm bestimmte Mitsprachebefugnisse in genau definierten Teilbereichen eingeräumt würden.

Zum Dritten müssen Verfahren zur Verfügung stehen, die eine schrittweise Optimierung und Anpassung der *lernenden Organisation* an die jeweiligen Erfordernisse ermöglichen. Voraussetzung für einen solchen Prozess ist eine fehlerfreundliche Grundhaltung der gesamten Organisation. Hier gibt es sicherlich noch Bedarf an Veränderung, da Abgrenzungstendenzen zwischen den verschiedenen Trägern überwunden werden müssen. Als hilfreiches Instrument steht dem BKD allerdings die Basisdokumentation zur Verfügung, die eine sehr gute Voraussetzung für Qualitätssicherungs- und -entwicklungsprozesse darstellt. Sie bietet die Möglichkeit, auf unterschiedlichen Ebenen Informationen abzufragen, zu verarbeiten und dann für Veränderungen zu nutzen. Voraussetzung zum sinnvollen Einsatz dieser hochwertigen Verfahren ist ihre kenntnisreiche Nutzung, ihre langfristige Pflege und die gegenseitige Vernetzung der Datenauswertung. Hierfür müssen die Voraussetzungen im BKD z.T. noch geschaffen werden. Die *BaDo-Gruppe* der Mitarbeiter stellt bereits ein solches „Instrument" dar, das sich bewährt hat. Darüber hinaus sollten aber für interessierte Mitarbeiter auch Zeitbudgets zur Verfügung gestellt werden, so dass sie sich mit der Auswertung und Nutzung vertraut machen und innerhalb der internen Diskussion Ergebnisse bereitstellen können. In diesem Rahmen wären dann auch Aktivitäten zu fördern, die unter dem Titel und mit der Methode *Selbstbeforschung* von der Begleitforschung angeboten, aber nur sehr begrenzt angenommen wurden.

Die interne Leitungsstruktur des BKD hat sich im Beobachtungszeitraum verändert. Waren zu Beginn in der Aufbauphase die Geschäftsführer notwendigerweise an allen Entscheidungen bis hin zu kleineren Details beteiligt, hat sich zunächst mit Einführung der *Koordinatorenrunde* die Situation verändert. Die Hauptverantwortung für die Steuerung des BKD als Gesamteinrichtung liegt bei der *Gesellschafterversammlung*. Die *Koordinatorenrunde* bereitet Entscheidungen vor und gibt dann kritische Entscheidungen zur Vorlage in die Gesellschafterversammlung. Von letzterer erhält sie auch Arbeitsaufträge. Ähnlich arbeiten auch die verschiedenen Arbeitsgruppen, die sich um wichtige Themen gebildet haben (BaDo, Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung, Tagung usw.). Die *Gesellschafterversammlung* muss laut GbR-Vertrag alle Entscheidungen einstimmig fällen. Dies führt einerseits zu stärkerer Kooperation und möglicherweise zu konstruktiven Auseinandersetzungen. Andererseits kann es zur Verlangsamung und Verzögerung von wichtigen und/oder kritischen Entscheidungen führen. Da diese Konstruktion auch den juristischen Grundlagen des GbR-Vertrags zuzuschreiben ist, werden sich keine prinzipiellen Änderungen einführen lassen, solange diese gesetzliche Grundlage gewählt wird. Die Leitung hat immerhin insofern eine Verbesserung auch unter diesen Bedingungen erreicht, als sie eine Koordinatorin zur Vorbereitung und Organisation der Gesellschaftersitzungen eingesetzt hat. Hierdurch können die Kommunikationswege verbessert und Vorgänge zumindest teilweise beschleunigt werden und es gibt einen zentralen Ansprechpartner.
Ein grundsätzliches Problem der Leitung des BKD muss bei alledem mitgedacht werden: sie stand und steht in dem Dilemma, im Rahmen einer *Erprobungsphase* eine vergleichsweise große und komplexe Organisation aufbauen und auf hohem fachlichen Niveau implementieren zu müssen, aber nicht zu wissen, ob eine weitere oder gar sichere Finanzierung sich würde ergeben können. Es ist also ein Spannungsverhältnis zwischen der Notwendigkeit mutigen Handelns und vorsichtiger Zurückhaltung zu konstatieren.

6.4 Der BKD und seine Mitarbeiter

Laut Konzeption sind die Anforderungen an die Mitarbeiter sehr hoch, so sind u.a. Wissen, Engagement und persönliche Kompetenzen, insbesondere aber Krisenkompetenz gefordert, wobei gerade die zuletzt genannte Kompetenz für die Auswahl der Mitarbeiter leitend sein soll. Diese konnte allerdings in der Begleitforschung nicht direkt untersucht werden, deshalb sind wir einen indirekten Weg gegangen und haben die *subjektiv-professionellen Konzepte* untersucht, welche die einzelnen Mitarbeiter in der Arbeit und in ihren Diskussionen entwickelt haben. Elaboriertheit und Differenziertheit dieser Konzepte lassen zumindest vorsichtige Rückschlüsse auf die Qualität der Mitarbeiter zu. Hierfür wurden die Aussagen zu Beginn der Erprobungsphase bei einem Zukunftsworkshop herangezogen sowie Interviews mit Mitarbeitern über ihr Krisen- und Interventionskonzept im Verlauf der Untersuchung.
Es zeigt sich, dass sich sehr differenzierte Konzepte finden lassen, die meist aus unterschiedlichen Theorien und Methoden zusammengestellt sind. Mit diesem pragmatischen Umgang mit Theorien antworten die Berater auf die vielfältigen und unterschiedlichen Problemsituationen, mit denen sie konfrontiert sind. Es konnten auch unterschiedliche Konzepte für Menschen in chronischen Krisen, für suizidale Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und mobile Einsätze festgestellt werden. 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.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Mitarbeiterqualität ist der Umgang der Mitarbeiter mit den Belastungen, denen sie ausgesetzt sind. Es konnte festgestellt werden, dass die Belastungen der Mitarbeiter durch die speziellen Anforderungen eines Krisendienstes als erheblich eingeschätzt werden müssen. In der Forschung und in der Praxis hat sich herausgestellt, dass bei solchen Belastungen die Gefahr der Entwicklung eines sogenannten *Burn-Out-Syndroms*[31] besteht.
Die Befunde zeigen, dass die befragten Mitarbeiter eine Vielzahl von Maßnahmen im privaten und dienstlichen Bereich ergreifen, um diese Anforderungen bewältigen zu können. Auf der Seite des Arbeitgebers kann die Verarbeitung durch Förderung einer positiven Arbeitsatmosphäre und durch spezielle Maßnahmen wie die Supervision unterstützt werden. Letztere wird auch regional und überregional vielfältig angeboten. Allerdings gibt es in diesem Bereich auch Konflikte. Als Hauptproblem stellt sich dar, dass vor allem für die vernetzten Mitarbeiter ein Dilemma zwischen bezahlter Dienstzeit und Zeitaufwand für Supervision und Weiterbildung besteht. Bei wenigen Diensten pro Monat ist der Zeitaufwand für beide Aktivitäten im Verhältnis zur bezahlten Dienstzeit enorm hoch, so dass die Motivation zur Teilnahme sinkt. Dabei lässt sich klar feststellen, dass das Supervisions- und Weiterbildungsangebot auf Seiten des BKD durchaus als breit bezeichnet werden kann, wenn man es mit den Angeboten anderer Einrichtungen vergleicht. Dies gilt auch für den Fortbildungsbereich, in dem eine Vielfalt der für die Krisenintervention benötigten Kompetenzen in den einzelnen Fortbildungsbausteine angeboten wird und sich zusätzlich lokal und übergreifend verschiedene Weiterbildungskonzepte entwickelt haben.

---

[31] Hierunter wird eine Veränderung der Gefühle und Einstellungen der Betroffenen zur Arbeit und den Klienten verstanden, die sich in Merkmalen wie *Verlust von Kompetenzgefühl*, *Rückzug von Klienten* oder *Erschöpfung* zeigt und damit die Qualität der Arbeit stark verändert.

Von der Forschergruppe wird angeregt, dass in der Zukunft auch der Teamentwicklung ausreichend Aufmerksamkeit und Raum geschenkt wird. Die Erfahrung der Begleitforschung hat 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. Insgesamt ist festzustellen, dass der BKD erfolgreich versucht hat, seine Konzeptvorgaben hinsichtlich Fortbildung und Supervision umzusetzen und die Qualität der Mitarbeiter kontinuierlich weiterzuentwickeln.

6.5 Der BKD und seine administrative Steuerung

Durch die Art der Finanzierung des BKD bedingt, liegt die administrative Steuerungsverantwortung in den Händen der zuständigen Senatsverwaltung. Daher ist es verständlich, wenn von dieser Seite die Forderung aufgestellt wurde, verbindliche, langfristige und transparente Strukturen in der organisatorischen Abwicklung des Krisendienstprojektes sicherzustellen. Durch zwei Faktoren sind die Umsetzung dieser Ziele allerdings bereits von Beginn an erschwert worden. Zum einen wurde die Aufgabe statt an einen Anbieter an sechs eigenständige Träger vergeben. Diese Entscheidung bot eine Reihe von Vorteilen führte aber auch gerade hinsichtlich der Schaffung von klaren Strukturen zu einigen Schwierigkeiten. Auf der Verwaltungsseite wurde eine Lösung insofern gefunden, als das Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von den anderen Bezirken beauftragt wurde, die Steuerung zu übernehmen. Eine ähnliche Delegation fand aufseiten des BKD nicht statt. Zum anderen wurde aufgrund der Vorgaben des Senats und vor allem der Landeshaushaltsordnung der BKD im Rahmen des Zuwendungsrechts finanziert. Zwar wurde eine Finanzierungszusage für die Erprobungsphase gemacht, jedoch lag das Finanzrisiko prinzipiell bei den Auftragnehmern. Dies machte die von den Auftraggebern klar favorisierte Organisation in Form einer gGmbH für den BKD so problematisch, dass er sich gegen eine solche Organisationsstruktur und für eine GbR entschieden hat. Die Folge waren verschiedene Konflikte zwischen der Verwaltung und der GbR und nach außen fehlende klarere Ansprech- und Verhandlungspartner. Inzwischen ist diese Schwierigkeit zumindest teilweise durch die Schaffung der Position einer Koordinatorin abgemildert. Hierdurch können auch die Vorteile einer solchen Konstruktion sichtbar werden. Die entstandene Organisationsstruktur kann durchaus flexibel und plastisch auf Herausforderungen reagieren und ist auch zu Veränderungen und Anpassungen der Struktur an äußere Erfordernisse fähig. Es bietet sich die Chance, 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 würde. Allerdings erscheint es dringend erforderlich, gemeinsam mit der Verwaltung noch weitere Wege zu finden, wie die oben genannten Schwierigkeiten überwunden werden können, so dass eine nach innen und außen klare Struktur die Entscheidungsprozesse durchsichtig werden lässt und klare Verhandlungspartner zur Verfügung stehen.

6.6 Der BKD und die Öffentlichkeit

Eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Inanspruchnahme und damit für die Zielerreichung des BKD ist die Öffentlichkeitsarbeit. Dabei können mindestens zwei Öffentlichkeiten unterschieden werden: die allgemeine Öffentlichkeit der potentiellen Nutzer und die Fachöffentlichkeit. Letztere ist für die Über- und Verweisung von Klienten von besonderer Bedeutung.
Nach unseren Befunden ist es dem BKD gelungen, in beiden Öffentlichkeiten bekannt zu werden. Im ersten Jahr lagen der Schwerpunkt der Bemühungen vorwiegend in der Bekanntmachung des Arbeitskonzeptes und der vorgehaltenen Hilfsangebote, der Entwicklung von Kooperationsbeziehungen sowie bei der Informationsstreuung zur Erreichbarkeit des Krisendienstes, also bei der Fachöffentlichkeit. Wie die Inanspruchnahmezahlen (s. Kapitel 5.1) zeigen, ist es hier gelungen, den BKD so in der relevanten Fachöffentlichkeit bekannt zu machen, dass es schnell zu einer angemessenen Inanspruchnahme kam. Dies ist in hohem Maße auch der regionalen Öffentlichkeitsarbeit zu verdanken, die durch Pressearbeit, Gremienarbeit, Informationsgespräche in bezirklichen Einrichtungen und Fortbildungsangebote den BKD bekannt machten.

Aus dem Bedarf nach koordinierter Öffentlichkeitsarbeit entstand außerdem seit Herbst 2000 eine Arbeitsgruppe *Öffentlichkeitsarbeit* (AG ÖA). Durch diese Arbeitsgruppe wurde eine Vielzahl von Werbemaßnahmen bei unterschiedlichen Werbeträgern initiiert (z.B. landesweite BVG-Werbung mit Trailern im *Berliner Fenster,* der Plakatierung in U-Bahn und Bushaltestellen usw.). In den Daten der Begleitforschung lässt sich der Erfolg in der Basisdokumentation, im Fragebogen *Krisenarbeit in Berlin* und in Straßeninterviews mit der Berliner Bevölkerung erfassen. Aus diesen verschiedenen Quellen kann auch belegt werden, dass die Öffentlichkeitsarbeit des BKD Früchte trägt.

In der Fachöffentlichkeit ist der BKD nach den Ergebnissen der Fragebogenuntersuchung (zur Kooperation und Vernetzung) breit bekannt. Allerdings gibt es hier noch Lücken in bestimmten Angebotsbereichen (z.B. Einrichtungen für Flüchtlinge und Migranten).
Im Bereich der allgemeinen Öffentlichkeit lässt sich anhand der Eintragungen in die BaDo zeigen, dass die genutzten Werbeträger von den Klienten zunehmend genannt werden, wenn sie in Kontakt mit dem BKD treten. Es lassen sich mit großer Vorsicht auch Aussagen über die Wirksamkeit einzelner Werbeträger machen. Die Befragung von 285 zufällig ausgewählten Personen auf Berlins Straßen und Plätzen hat ergeben, dass 80 von 285 Personen (entspricht ca. 28%) den BKD kennen und 25 von 100 (25%) das Logo des BKD erkennen. Diese Zahlen sind nach unserer Einschätzung nach 2½jähriger Modellphase als ein Erfolg zu werten.
Es haben sich allerdings auch einige verbesserungswürdige Aspekte gezeigt, so ist die BVG-Plakatierung möglicherweise bisher noch nicht ausreichend nutzergruppenspezifisch genug konzipiert und bei der Veröffentlichung aller Telefonnummern (-10, -20, -30, -40, -50 usw.) sollte eindeutig auf die regionale Zuständigkeit der Standorte hingewiesen werden.

6.7 Der BKD und seine Vernetzung

Allgemein ist festzustellen, dass der BKD in vielfältiger Weise mit dem Ensemble der psychosozialen und gemeindepsychiatrischen Einrichtungen vernetzt ist und mit einem Teil dieser Einrichtungen auch eng kooperiert. Dadurch, dass die Begleitforschung zu dieser Thematik sowohl Daten und Informationen aus der BaDo, aus dem Fragebogen *Krisenarbeit in Berlin* und aus Interviews mit unterschiedlichen Partnern heranziehen kann, ergibt sich ein relativ gutes Bild der Vernetzung. Es ist deutlich, dass der BKD vor allem in zwei institutionelle Netze eingebunden ist, das *gemeindepsychiatrische* und das *psychosoziale* Netz. Dabei gibt es sowohl Unterschiede zwischen Institutionstypen wie auch zwischen Regionen. Dies deutet darauf hin, dass der BKD regional auf das jeweilige Versorgungsnetz eingeht und differenziell in die jeweiligen Netze eingebunden ist.
Vor allem aber finden sich hier vielerlei 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 gemeindepsychiatrischen Einrichtungen.

Bei der Befragung der Einrichtungen aus dem Versorgungssystem wurde deutlich, 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 eher kein Interventionsangebot durch einen Krisendienst. Es lässt sich 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 besondere Muster des Angebots und die Stellung im Versorgungssystem, das die Spezifität eines Krisendienstes ausmacht.
Dies wird auch bei der Analyse der Inhalte deutlich, die in den Kontakten mit Professionellen in der BaDo registriert wurden. Hier findet sich eine breite Thematik und vielfältige Anliegen, die die Professionellen an die Mitarbeiter des BKD herantragen. Es zeigt sich, dass der BKD eine wichtige Informationsfunktion für das professionelle System in Berlin gewonnen hat.

Einen wichtigen Beitrag zur Förderung dieser Vernetzung und von synergetischen Effekten leistet das Modell der vernetzten Mitarbeiter. Dadurch dass Mitarbeiter aus unterschiedlichen regionalen Einrichtungen Dienste im BKD übernehmen, entsteht gemeinsames Wissen über den jeweils anderen und oft auch die Bereitschaft, eher miteinander in der Region zu kooperieren.
Das Modell 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 wenige Dienste leisten kann. Dies ist sowohl für die interinstitutionelle Kommunikation wie für die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung nicht förderlich. Hier wurden bereits innerhalb des Krisendienstes regionale Lösungsvorschläge entwickelt.
Aus der Sicht der Forscher scheint ein Modell weiterhin bedenkenswert, obwohl es bereits in der Vorphase des jetzigen Krisendiensts kaum realisiert werden konnte. Es handelt sich um das stark gemeindepsychiatrisch orientierte Modell

der Vernetzung durch die Vereinbarung von Gestellungsverträgen. Dabei bekommen kooperierende Träger Finanzmittel für die Freistellung ihrer Mitarbeiter, die dann im Rahmen ihrer Dienstzeit an Diensten des BKD teilnehmen, sie stellen also ihre Mitarbeiter institutionell „frei“ für die Dienste im BKD. Die Umsetzung dieses Modells beinhaltet sicherlich eine große Zahl von Schwierigkeiten. Trotzdem schiene es weiterführend, wenn die Realisierungsmöglichkeiten dieses Modells noch einmal geprüft würden, da es einer der konsequentesten gemeindepsychiatrischen Ansätze zur Vernetzung und Kooperation zu sein scheint.
Im Rahmen von Interviews wurde auch die Kooperation mit einzelnen speziellen Institutionen und Berufsgruppen untersucht. Hierbei zeigten sich auch die Schwierigkeiten der Kooperation bzw. ihrer Herstellung. Bei Wohnprojekten aus dem ambulant-komplementären Bereich psychiatrischer Versorgung sowie Wohneinrichtungen für den Bereich von Menschen mit geistiger Behinderung zeigt sich eine durchaus ähnliche Problematik. Der Krisendienstmitarbeiter, der in die Einrichtung gerufen wird, steht vor der schwierigen Aufgabe, sich nicht vom institutionellen System vereinnahmen zu lassen. Er kann z.B. in einem Wohnheim die Rolle des Ersatzmitarbeiters bekommen oder als Instanz der Klärung und Handlung (z.B. Einweisung) angesehen werden. In beiden Fällen muss es notwendigerweise zu Konflikten und Enttäuschungen aufseiten der nutzenden Einrichtungen kommen, wenn der Krisendienstmitarbeiter den Erwartungen nicht nachkommt. Allerdings ist aus unseren Befunden auch zu ersehen, dass längerfristige Kontakte, wenn sie auch mit einer Bereitschaft zu offenen Diskussionen verbunden sind, die Arbeitsbasis zunehmend wirklichkeitsangemessener und damit auch tragfähiger machen. Letzterer Effekt scheint in besonderem Maße bereits im Bereich der Versorgung institutionell betreuter Menschen mit geistiger Behinderung gelungen zu sein.

Sehr eingeschränkt ist nach unserer Datenlage auch die Kooperation mit Haus- und Fachärzten. Dies ist umso bedauerlicher, als diese gerade von der Bevölkerung als Anlaufstelle bei Krisen betrachtet werden. Nur ein geringer Teil der befragten Ärzte zeigte sich bereit, mit einem Dienst wie dem Krisendienst zu kooperieren. Dies scheint mit der Definition der eigenen Kompetenz, der Definition des Krisendienstes und mit Überweisungsgewohnheiten zusammenzuhängen. Hier könnten besondere Informationsaktivitäten ev. in Kooperation mit der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den fachärztlichen Berufverbänden hilfreich sein.

Ein weiterer wichtiger Kooperationspartner ist die Polizei. Nach unseren Befunden hat sich in den vergangenen Jahren eine intensive Zusammenarbeit zwischen BKD und den Polizeiabschnitten und den -beamten entwickelt. Zwar entstand diese Kooperation quasi *zwangsläufig* durch die Überschneidung der Aufgabenbereiche, allerdings wurde diese durch enorme Informations- und Fortbildungsaktivitäten durch die Mitarbeiter des BKD in Richtung einer zunehmend besseren *fachliche* Zusammenarbeit verbessert. Weiterführend erscheint, dass sich aus der Kooperation auch neue Modelle der Zusammenarbeit ergeben können, hierfür existieren bereits konkrete Ansätze (z.B. professionelles Überbringen von Todesnachrichten). Ähnliche Entwicklungen lassen sich für die Kooperation mit der Feuerwehr und anderen Notfalldiensten beschreiben, hier wie dort ist der BKD als neue flächendeckende und *potente* Organisation in entsprechenden Fach- und Pla-

nungskonferenzen angekommen (z.B. bezüglich des Einsatzes bei Großschadensereignissen).

Im Forschungsauftrag an die Begleitforschung war vom Auftraggeber speziell gefordert worden, im Abschlussbericht die Frage eventueller synergetischer Effekte zu untersuchen, die durch die Einführung des Krisendienstes in das System der Gesundheitsversorgung in Berlin eintreten könnten. Naturgemäß ist das schwierig nachzuweisen, weil sich synergetische Effekte nicht an einer oder zwei Messgrößen ablesen lassen. Sie sind vielmehr nur an kleinen Veränderungen an vielen Orten im System zu identifizieren. Dafür allerdings gibt es Hinweise. Wenn die Honorarmitarbeiter beispielsweise berichten, dass sie durch die Mitarbeit im BKD die anderen regionalen Einrichtungen besser kennen lernen und leichter mit ihnen kooperieren, so kann das als synergetischer Effekt interpretiert werden. Durch die Einführung des BKD verändert sich das Gesamtsystem. Ein zweiter synergetischer Effekt wirkt in die Organisation einzelner Einrichtungen hinein. Die Mitarbeiter aus Wohnheimen für psychisch Kranke oder geistig Behinderte berichten beispielsweise, dass das Thema *Krise* erst durch das Auftreten des BKD in der Einrichtung und mit der Leitung diskutiert werden konnte. Teilweise wurden erst hierdurch Krisenpläne für die Einrichtung erstellt und Krisensituationen professioneller angegangen.
Es lässt sich also an unterschiedlichen Indikatoren feststellen, dass es durch die Einführung des BKD im relevanten Teilsystem der Berliner Gesundheitsversorgung zu Synergieeffekten gekommen ist. Diese wirken sich in der Kooperation und Vernetzung zwischen den Einrichtungen aus. Sie wirken sich aber auch auf die Struktur der Einrichtungen selbst aus und führen als *Verstörungen* zu Strukturveränderungen, die zu einem angemesseneren institutionellen Handeln führen können.

6.8 Der BKD und seine Nutzer

Aus unseren Evaluationsergebnissen lassen sich mittels verschiedener Methoden und Perspektiven die Nutzer des BKD beschreiben. Da das Konzept des BKD sehr ausführlich und detailliert seine potentiellen Nutzer beschreibt, wurden entsprechend umfangreich und detailliert Daten erhoben. Da die Gruppe der geistig behinderten Menschen besonders ausführlich in die konzeptionelle Konstruktion aufgenommen wurde, wird dieser Bereich hier gesondert abgehandelt.

Soziodemografische Merkmale der Nutzer

Anhand der soziodemografischen Merkmale[32] lässt sich feststellen, dass der BKD vor allem die Gruppe der Erwachsenen im mittleren Lebensalter mit seinem Angebot erreicht, diese deutlich häufiger weiblichen Geschlechts sind, der Anteil der Nutzung durch den nicht-deutsch bzw. nicht-deutschstämmigen Bevölkerungsteil unterdurchschnittlich ist, und die finanzielle Lage und die Beschäftigungssituation der Nutzer deutlich schlechter als die der Berliner Bevölkerung ist.
Diese Daten entsprechen grundsätzlich den Erwartungen an einen Krisendienst, wobei Entwicklungspotenziale für die bessere Erreichung einiger Zielgruppen insbesondere für Ausländer bzw. Migranten und für ältere Menschen gesehen werden können. Gerade die Erreichung der letzten Zielgruppe ist vom BKD aufgegriffen worden und es wird derzeit u.a. ein elaboriertes gerontopsychiatrisches Kon-

[32] Diese sind nur auf der Personenebene der BaDo zu berechnen.

zept in einer Region umgesetzt. Dies erscheint von besonderer Wichtigkeit, da es für Senioren und hochbetagte Menschen in Krisen (eben auch außerhalb gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen) bisher wenig spezifische Angebote in Berlin gibt. Die nach wie vor enorm hohe Suizidrate der Menschen über 65 Jahre sollte ein weiterer Anlass sein, für diese Zielgruppe besser erreichbar zu werden. Eine weitere besondere Herausforderung stellt zweifellos die bessere Erreichung der Gruppe der nicht-deutschen potentiellen Nutzer dar: neben der Notwendigkeit der *interkulturellen Öffnung* im BKD selbst ist hier ein hoher Aufwand der Kontaktaufnahme und Kooperation mit Institutionen mit entsprechenden Angeboten für diese Zielgruppe notwednig. Auch dieses Thema wird bereits im BKD intensiv diskutiert und es wurden entsprechende Initiativen ergriffen durch gezielte Kontaktaufnahme mit speziellen Diensten für Migranten und eine in allen Standorten vorliegende Liste der Sprachkenntnisse der BKD-Mitarbeiter.

Probleme und Bedarfe der Nutzer

Zu diesen Bereichen hat die Forschergruppe umfangreiche und detaillierte Ergebnisse vorgelegt. Trotz der grundsätzlichen Grenzen der Aussagkraft operationalisierter Problem- und Bedarfskategorien kann doch ein recht plastisches Bild der Nutzersituation aus den entsprechenden Items der BaDo (nach-)gezeichnet werden. Es zeigen sich eine Fülle an *Problemen*, mit denen sich die Nutzer an den BKD wenden. Dabei lassen sich die für Krisensituationen typischen Auslöser ebenso finden wie auch Problemlagen, die besonders in großstädtischen Metropolen gefunden werden (z.B. Einsamkeit).

Die registrierten *Bedarfskategorien* verweisen zum einen auf für Kriseninterventionen typische Verteilungen (s. Ergebnisse der Faktorenanalyse in Kapitel 5.1.2.4), zum anderen schält sich aber auch schon hier (mindestens) eine Nutzergruppe heraus, bei der es bereits anhand der Bedarfe um akute Notfälle zu gehen scheint.

Die Daten aus den qualitativen Analysen ergeben eine wichtige Ergänzung bzw. Verdichtung der Ergebnisse aus den operationalisierten Variablen, hier wird plastisch, um welche vielfältigen Anlässe es bei Einsätzen des BKD geht.

Wir können anhand der vorliegenden Daten auch eindeutig feststellen, dass es eine Differenzierung der Bedarfe nach den beratenen Personengruppen gibt: während die Klienten im engeren Sinne von den persönlichen und intensiven Interventionen des BKD profitieren wollen, wünschen sich Angehörige und Professionelle eine Weichenfunktion bzw. eine ergänzende Hilfe im System. Auf der Seite der Klienten kann also von einer Beratung und Krisenintervention im engeren Sinne gesprochen werden, für die Angehörigen und Professionellen übernimmt der BKD eine Informations- und Screeningfunktion bzw. eine komplementäre Beratungsaufgabe in Situationen der Überforderung bzw. in Notfällen.

Zustandsbilder und psychiatrische Diagnosen der Nutzer

Eine besondere Schwierigkeit stellte die Konzeption geeigneter Variablen dar, die eine Auskunft über Art und Schwere einer etwaig vorliegenden psychischen Störung der Klienten zulassen würde. Hier sei nur angemerkt, dass die deskriptiv-phänomenologische Zuschreibung von psychiatrischen Diagnosen oder Syndromen besondere Schwierigkeiten und Unschärfen mit sich bringt. Aus der oft ideologisch geführten Debatte über die grundsätzliche Frage, ob es überhaupt psychische Störung gebe und wie diese festzustellen wären, haben sich die Begleitforscher herausgehalten. Es geht in diesem Bereich um die Frage, ob entlang der

Konvention psychiatrischer Nosologie Aussagen über die Klienten gemacht werden können. Zur Verbreiterung haben wir aber auch Variablen konstruiert, die *Zustandsbilder* genannt wurden und eher eine beschreibende, denn eine nosologisch-einordnende Funktion haben.
Aufgrund dieser Befunde kann festgestellt werden, dass ein erheblicher Anteil der Klienten bzw. der Einsätze des BKD im Zusammenhang mit schweren und ernsten Krisen auch vor dem Hintergrund dessen, was als psychische Krankheit der Klienten bezeichnet werden kann, stattfindet. Dabei ist bei der Interpretation der vorgelegten Daten immer zu beachten dass der Missinganteil relativ hoch liegt, dadurch kann immer nur über einen (unterschiedlich großen) Anteil der Kontakte bzw. Personen eine Aussage gemacht werden.
Auf der Ebene der Zustandsbilder lässt sich eine größere Gruppe der Kontakte herausschälen, in denen die Klienten unter erheblichen Einschränkungen des Empfindens, der Vitalität und auch der Autonomie leiden, wie es etwa die Zustandsbilder *Verzweiflung/Ratlosigkeit*, *depressiver Zustand*, *Angst/Panik*, *Suizidalität*, *Aggressivität* andeuten.
Auf der Ebene der psychiatrischen Diagnosen, die teils von den BKD-Mitarbeitern selbst gestellt oder von anderen Professionellen übernommen wurden, ist eine nicht unbedingt erwartete Häufung in der Kategorie *Persönlichkeitsstörungen* und hier besonders der sog. *Borderline-Persönlichkeitsstörung* festzustellen. Aus der Verwendung der Logik der ICD-10 resultiert allerdings das Artefakt, dass nicht alle depressiven Störungen eindeutig zusammengestellt werden können. Es ist dies aber insgesamt die häufigste vergebene Diagnose. Es zeigt sich, dass der BKD mit einer großen Anzahl psychisch erkrankter Menschen Kontakt hat, wobei unklar bleibt, wie oft die psychische Störung Anlass der Kontaktaufnahme ist. Die häufigen Kontakte mit Menschen, die an Persönlichkeitsstörungen leiden, lässt sich durch die bei diesen Menschen häufig tiefgreifende Störung auf der Beziehungsebene (eben auch zu professionellen Personen) erklären. Hier scheint der BKD ein wichtiges Bindeglied darzustellen und es ergibt sich die Chance, dass diese Menschen über die Kontakte mit dem BKD in eine „reguläre“ und kontinuierliche Behandlung vermittelt werden. Eine spezielle Untersuchung dieser Klientengruppe, die offenbar auch einen erheblichen Anteil an Folggesprächen erhält, erscheint der Forschergruppe für die Zukunft von besonderer Bedeutung. Die Mitarbeiter des BKD haben sich auf verschiedenen Ebenen bereits mit dem Thema *Dauernutzer* beschäftigt.

Die Klienten, die einen *ärztlichen Einsatz* benötigen, zeigen ein deutlich anderes Profil: sie werden in hohem Maße von den Ärzten als psychisch krank eingeschätzt, wobei die akute Suizidalität[33] als Ausdruck einer krisenhaften Zuspitzung bei ¾ der Kontakte aber im Vordergrund steht. Während bei den ärztlichen Einsätzen mit Abstand am häufigsten die Diagnose „Schizophrenie“[34] vergeben wird und mit dieser sehr häufig eine Einweisung (auch nach PsychKG) verknüpft ist, korreliert die akute Suizidalität eher mit der Diagnose einer *Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Der hohe Grad der Bedrohung von Menschen oder Gü-

[33] Die eben nicht als *psychische Störung* im engeren Sinne verstanden werden kann, allenfalls im Zusammenhang mit einer solchen häufig entsteht.
[34] Der Begriff wird in Anführung gesetzt, da die Diagnose einer schizophrenen Störung lege artis nur im Längsschnitt gestellt werden kann und es unklar ist, wie häufig entsprechende Befunde vorlagen. Außerdem wurde hier die gesamte Gruppe psychischer Störungen entsprechend ICD-10: F –20-29 zusammengefasst.

tern, der von den Ärzten in etwa 40% ihrer Einsätze vermerkt wird, ist ein weiteres Indiz dafür, dass diese Klienten in äußerst zugespitzten Situationen befindlich sind, die als psychiatrische *Notfälle* bezeichnet werden müssen.

Spezielle Nutzergruppen

Mittels mehrerer Methoden wurden verschiedene Nutzergruppen differenziert betrachtet. Bereits im Vorfeld der Entwicklung der BaDo konnte keine sinnvolle Operationalisierung für Menschen gefunden werden, die aus psychiatrischer Langzeitbehandlung *enthospitalisiert* wurden, obwohl dies eine avisierte Zielgruppe des BKD sein sollte und die Errichtung des BKD im Zusammenhang mit der Psychiatriereform in Berlin auch vor dem Hintergrund der Versorgung dieser Menschen stand.

Eine Gruppe von Nutzern kann mit hoher Wahrscheinlichkeit als *Menschen mit chronischen psychischen Störungen* bezeichnet werden, sie kann allerdings nur partiell aus den Datensätzen abgeschätzt werden.[35] Mindestens knapp 2.000 Kontakte hatte der BKD mit diesen Klienten.

Insgesamt 3.461 mal wurde Klienten eine Diagnose aus dem *schizophrenen Formenkreis* zugeschrieben. Auch diese Klientengruppe ist also eine quantitativ erhebliche.

Eindeutig als *suizidal* wurden Klienten in 7.928 Kontakten eingeschätzt, das entspricht einem Anteil von 26% der verwertbaren Fälle, dabei wird der größere Anteil der Klienten als *latent*, der kleinere als *akut suizidal* beschrieben. Aber immerhin in 16% der Kontakte wurde eine *konkrete Suizidabsicht* von den Nutzern geäußert. Auf der Basis hoher Zahlen von Personen mit im Verlauf festgestellter Suizidalität lässt sich in einem weiteren Analyseschritt ableiten, dass sich die Suizidalität nach der Einschätzung der Mitarbeiter durch die Intervention deutlich mindern lässt.

Die genannten Nutzergruppen lassen sich anhand der Häufigkeiten der einzelnen Kontaktarten und anhand ausgewählten Interventionen *tendenziell* unterscheiden, daraus lässt sich ableiten, dass der BKD auch differenziert nach einzelnen Merkmalen der Klienten vorgeht. Dabei soll hier nicht der Eindruck erweckt werden, der BKD gehe „nach Diagnosen“ vor, gleichwohl stellen die hier genannten Merkmale offenbar Prädiktoren für bestimmte Interventionen dar, die auch in anderen wissenschaftlichen Untersuchungen nachgewiesen wurden.

Menschen mit geistigen Behinderungen, ihre Angehörigen und Professionelle als Nutzer

Es gibt methodische Probleme, die Gruppe der Menschen mit geistigen Behinderungen vollständig aus den Datensätzen herauszufinden. Die für unsere quantitativen Ergebnisse zugrunde gelegten Gesamtzahlen haben aber eine Dimension, mit der valide Berechnungen angestellt werden können. Aus der BaDo lassen sich aus den zwei Untersuchungsjahren mindestens 1.250 Kontakte mit geistig behinderten Menschen ableiten. Handausgezählt ergeben sich mehr Kontakte,

[35] Hier konnten allein jene gefunden werden, die in betreuten Wohneinrichtungen leben und **nicht** geistig behindert sind. Es ist anzunehmen, dass der Anteil der chronisch psychisch erkrankten Nutzer weitaus größer ist.

die auch auf die Verteilung der einzelnen Kontaktpersonengruppen (Klient, Angehöriger, Professioneller) zurückgeführt werden können.
Der BKD erreicht inzwischen eindeutig und kontinuierlich Menschen mit geistigen Behinderungen und/oder ihre Angehörigen und/oder ihre professionellen Betreuer. Es ergeben sich bezüglich vieler Variablen und Merkmale deutliche Unterschiede zwischen dieser und anderen Klientengruppen bzw. der Gesamtklientengruppe. Wir haben aufwendige qualitative und quantitative Analysen vorgelegt, aus denen das Profil der Nutzer, der spezifische Bedarf und die angewendeten Interventionen deutlich werden. Die Kontakte mit geistig behinderten Klienten sind z.B. signifikant kürzer, es werden häufiger Folgekontakte vereinbart und es kommt häufiger zu mobilen Einsätzen. Die Klienten sind im Schnitt deutlich jünger und eher männlichen Geschlechts, sie wohnen häufig im betreuten Setting oder bei den Eltern, haben aber tendenziell ähnliche Probleme wie die anderen Klienten (entlang der vorgegebenen Items). Deutlich verschieden sind die Verteilungen auf die *Zustandsbilder*, aus denen eher Krisensituationen im Zusammenhang mit *Erregungszuständen*, *Verwirrtheit* und *Aggressionen* erkennbar werden. Durch qualitative Analysen gestützt können viele Situationen (häufig auch mit einer Angst- und/oder Gewaltproblematik) auch auf die institutionelle Lebenswelt der Klienten bezogen werden, mindestens nur *in* ihr oder *mit* ihr und ihren Protagonisten gelöst werden. So kommt es sehr häufig zu *Systeminterventionen* durch den BKD, immer wieder mit Folgegesprächen auch mit Professionellen im Sinne einer Beratung und Prävention. Insgesamt werden deutlich häufiger Kontakte mit Professionellen und seltener mit Angehörigen und Klienten dokumentiert als in der Gesamtgruppe. Weiter wird deutlich, dass sich die Beziehungen zwischen den BKD-Mitarbeitern und Angehörigen eher auf der *Profi-Klienten-Ebene*, jene mit den Professionellen aber auf der *Profi-Profi-Ebene* konstellieren.
Es lässt sich insgesamt nachweisen, dass der BKD in diesem Feld angekommen ist und der Paradigmenwechsel hin zu einer integrierten Krisenversorgung auch geistig behinderter Menschen bereits gelungen ist. Ein besonders hoher Aufwand besteht darin, das Angebot in Einrichtungen bekannt zu machen und eine besondere Schwierigkeit, Angehörigen, die Klienten zu hause betreuen, von der Existenz des BKD in Kenntnis zu setzen.
Aus den skizzierten Unterschieden lässt sich sowohl folgern, dass es eine *spezifische Krisenintervention* für diese Nutzer geben könnte wie auch, dass die Kenntnisse und Kompetenzen für diese Interventionen grundsätzlich von allen Mitarbeitern geleistet werden müssten, es allerdings strukturelle (gB-Koordinatoren, Konsolententeams usw.) und inhaltliche (Fortbildungen usw.) Weiterentwicklungen geben müsste. Es ist anzunehmen, dass die hier vorgestellten Daten den Prozess der weiteren Klärung der Konzeptarbeit des BKD unterstützen können.

Der BKD hat also ein breites Spektrum an Nutzern erreicht, die teilweise auch anhand verschiedener Merkmale differenziert werden können. Unter ihnen sind Menschen in schweren Lebenskrisen, mit schweren und chronischen psychischen Krankheiten und Menschen mit geistigen Behinderungen. In einem erheblichen Anteil der Kontakte geht es um die Lösung schwerwiegender Krisensituationen bis hin zu psychiatrischen Notfällen.

6.9 Der BKD und seine Interventionen

Wegen des großen Umfangs des Ergebnismaterials sei auch auf die entsprechenden Kapitel 4.1 verwiesen. Auf die Arbeitsweise des ärztlichen Hintergrunddienstes wird im Kapitel 6.10 der Zusammenfassung eingegangen.

Hier sei nur kurz verwiesen auf die Differenzierung der Auswertung nach der Dauer der verschiedenen groben Kategorien *Kontaktart* (Telefongespräch, persönliches Gespräch, mobiler Einsatz) bzw. *Art der Kontaktperson* (Klient, Angehöriger, Professioneller). Es zeigt sich, dass die Dauer der Kontakte durchschnittlich erheblich differiert, je nachdem wer in welcher Form beraten wird.

Inhaltliche und methodische Aspekte

Mittels verschiedener methodischer Herangehensweisen konnte das Spektrum des von den Mitarbeitern angebotenen und eingesetzten Inventars der Interventionen dargestellt werden. Es zeigt sich, dass ein breites Spektrum an Methoden und Aktivitäten voneinander abgegrenzt werden kann und auch in verschiedenen Situationen differenziert zur Anwendung kommt, das heißt spezifisch eingesetzt wird. Durch die Triangulation der Ergebnisse lässt sich nicht nur ein klareres Bild der Vorgehensweise der Mitarbeiter zeichnen, sondern auch die Kongruenz der Angaben der Mitarbeiter in der BaDo nachweisen. Wenn auch mit den Methoden nur indirekt Aussagen über den Prozess der Beratung gemacht werden können, so ergeben sich eindeutige und plausible Zusammenhänge zwischen der vorgefundenen Problematik und eingesetzten Methoden der Krisenintervention. Diese ließen sich auch faktorenanalytisch zusammenfassen bzw. in klaren Bezug zu den *Zustandsbildern* der Klienten setzen. Während die in der Konzeption aufgeführten Interventionsprinzipien eher implizit im Handeln vorkommen, werden Interventionsmittel (Beziehungsaufbau, diagnostische Abklärung usw.) ausführlich bei den konkreten Interventionen beschrieben. Die Zielsetzungen aus dem Konzept finden nach unseren Ergebnissen alle in den Interventionen ihre Entsprechung.

Die Beratungen von Menschen mit geistiger Behinderung bzw. ihren Angehörigen und Professionellen aus diesem Feld haben wir eigens untersucht und gefunden, dass der BKD auch hinsichtlich der angewendeten Interventionen hier Neuland betreten hat. Zwar handelt es sich längst nicht immer um *spezifische* Interventionen im engeren Sinne, jedoch werden diese in besonderen Lagen und Situationen differenziert angewandt. Nur durch die in vielen Fällen erwiesene Kompetenz der Mitarbeiter und die aufwendige spezielle Öffentlichkeitsarbeit der gB-Koordinatoren konnte es gelingen, die Interventionen gerade im institutionellen Kontext der Betreuung geistig behinderter Menschen auch anzuwenden. Neben besonderen Aspekten des professionellen Umgangs mit Betroffenen lässt sich auch ein besonderer Beratungsbedarf und entsprechende Interventionen gerade für Professionelle (oft in Form sog. Systeminterventionen) aus diesem Bereich aus den Daten ableiten.

Klinikeinweisungen
Wegen der besonderen Relevanz dieses Bereichs der Interventionen haben wir verschiedene Datenquellen genutzt und analysiert, um ein klareres Bild von den Kontakten des BKD zu bekommen, in denen Klinikeinweisungen eine Rolle spielen.
Insgesamt spielen bei etwa 10% der verwertbaren Fälle Klinikeinweisungen[36] eine Rolle, sei es, dass der BKD diese empfiehlt oder selbst mit durchführt. Ein anderer Aspekt ist die *Entwicklung von Alternativen zu Klinikaufenthalten*, die in 1.783 Fällen vermerkt wurde. Auch für diese Spezialfälle haben wir detaillierte Auswertungen unternommen (s. Kapitel 4.1.4).
Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der BKD eine wichtige Rolle als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung spielt. Er hat mit vielen Klienten primär und sekundär (über Angehörige und Professionelle) Kontakt, bei denen aufgrund ihrer Krise eine stationäre Behandlung zum Thema gemacht wird. Im Ergebnis werden Klienten in ein breites Spektrum stationärer Behandlung vermittelt. Die Auflistung der einzelnen Krankenhäuser zeigt, dass zwar der größte Teil der Vermittlung an psychiatrische Abteilungen erfolgt, aber eben auch die Kriseninterventionsstationen und andere Abteilungen eine Rolle spielen. Hinsichtlich der Frage, wann und wie stationäre Behandlungen durch die Entwicklung von angemessenen Alternativen vermieden werden können, kann nur der Blick auf die speziellen Ergebnisse empfohlen werden, da eine Verallgemeinerung nicht sinnvoll ist. Bei den Ergebnissen fällt auf, dass es sich um höchst verschiedene Situationen und Umstände handelt, in denen die Mitarbeiter Alternativen zu stationären Aufenthalten entwickeln. Dabei handelt es sich – auch aus Sicht der Mitarbeiter – nicht in allen Fällen um zunächst nachvollziehbare Indikationen für eine Einweisung, gelegentlich müssen Klienten (oder andere Personen) davon überzeugt werden, dass eine Einweisung nicht die richtige Antwort auf die vorliegende Krise darstellt. Am anderen Ende des Spektrums sind Situationen gelagert, in denen die Mitarbeiter eine Einweisung für sinnvoll und notwendig halten, die Klienten aber nicht wollen und gleichzeitig keine juristische Handhabe einer Zwangseinweisung vorliegt. Hier müssen aus einer ganz anderen Notwendigkeit heraus *Alternativen* entwickelt werden. Zwischen diesen Polen sind eine Fülle von verschieden gelagerten Krisensituationen rekonstruierbar, in denen die Mitarbeiter – teils mit großem Aufwand – ein außerstationäres, tragfähiges und adäquates Hilfesystem erarbeiten bzw. initiieren.
Ganz eindeutig kann aus den vorliegenden Daten geschlossen werden, dass der BKD Teil des Systems der gemeindepsychiatrischen Versorgung ist und der häufigste Kooperationspartner im Bereich der Vermittlungen die Krankenhäuser sind. Aus den Freitexten und Interviews geht an verschiedenen Stellen hervor, dass im Versorgungsnetz eine komplementäre „stationäre“ Kriseneinrichtung im Sinne von Krisenbetten in einer Krisenwohnung o. dgl. eine sinnvolle Ergänzung darstellen würde.

[36] Zum Aspekt der Einweisung nach dem PsychKG siehe folgendes Kapitel.

6.10 Der BKD und seine Hintergrundärzte

Das Konzept des BKD sieht einen ärztlichen Bereitschaftsdienst vor, der zu allen Dienstzeiten (außer an den Wochentagen im Tagdienst) zur Verfügung steht. Es handelt sich um Ärzte für Psychiatrie oder in der Psychiatrie sehr erfahrene Ärzte. Dabei ist eine überschaubare Anzahl von Ärzten im Einsatz. Aus der Analyse der Daten unserer eigens konstruierten Ärzte-Basisdokumentation lässt sich ableiten, dass der Hintergrunddienst im Verlauf deutlich zunehmend genutzt wird, zum Ende der Begleitforschung wurden die Ärzte im Durchschnitt knapp drei mal pro Tag in Anspruch genommen. Die Einsätze erfolgen sowohl zur telefonischen Beratung der Mitarbeiter des BKD und der Nutzer wie zu mobilen Einsätzen, die vornehmlich im privaten und professionell betreuten (Wohn-) Umfeld der Nutzer stattfinden. Weiter können Einsatzorte in den Standorten des BKD, den Polizeiabschnitten und anderen Orten (Straßen, Plätze, Institutionen) rekonstruiert werden. Deutliche regionale Unterschiede in der Nutzung hängen offenbar am ehesten mit historischen und konzeptionellen Besonderheiten einzelner Standorte sowie regionalen Besonderheiten (*Brennpunkte für psychiatrische* Krisen) zusammen. Aus der Analyse der gestellten Diagnosen, der durchgeführten Interventionen bzw. der veranlassten Vermittlungen lässt sich eindeutig ablesen, dass es sich bei den Anlässen für mobile Einsätze der Ärzte häufig um akute Notsituationen im Sinne psychiatrischer Notfälle handelt.[37] So ist der Anteil der als akut suizidal eingeschätzten (knapp 25%) oder erheblich gefährdeten bzw. gefährdenden Klienten bzw. Situationen (ca. 40%) sehr hoch.

Aus den Interviews mit Ärzten und nichtärztlichen Mitarbeitern lässt sich ablesen, dass es verschiedene Kooperationsmodelle gibt, die nebeneinander – in Abhängigkeit von den zusammenarbeitenden Personen – bestehen. Die Ärzte selbst beklagen eine bisweilen schwierige Zusammenarbeit mit Polizeidienststellen bzw. -beamten, da diese oft nicht genau über die Modalitäten der Einweisungsmöglichkeiten nach dem PsychKG informiert sind. Letztere spielen eine wichtige, wenn auch quantitativ nicht herausragende Rolle (ca. 100 Einweisungen pro Jahr).

Eine Fragestellung ist in bezug auf die potentielle Beleihung des BKD bzw. seiner Hintergrundärzte mit dem Hoheitsrecht nach dem PsychKG vorläufige Einweisungen ohne oder gegen den Willen der Klienten selbst verfügen zu können. Dafür spräche, dass es in vielen Situationen eher wenig hilfreich ist, wenn nach längeren Gesprächen dann noch die Polizei hinzugerufen werden muss, gelegentlich eskaliert dann eine bereits therapeutisch beruhigte Situation erneut. Auf der anderen Seite verfügen wir nicht über annähernd konkrete Daten darüber, wie hoch der Anteil der Einweisungen nach dem PsychKG durch den BKD überhaupt ist. Die Bereitschaft von zwei Ärzten in den Nachtstunden kann in psychiatrischen Notfällen zu einer erheblichen zeitlichen Verzögerung führen, bis der Arzt vor Ort ist. Inzwischen kann eine Einweisung durch die Polizei, am besten therapeutisch durch die nichtärztlichen Mitarbeiter des BKD begleitet, längst zum Wohle des Betroffenen vollzogen sein. Es kann davon ausgegangen werden, dass Einweisungen nach dem PsychKG während der Dienstzeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste in allen Bezirken Berlins in aller Regel hochprofessionell durchgeführt werden, in den Abend- und Nachtstunden und an Wochenenden gibt es dieses Angebot nicht, obwohl es gerade in diesen Zeiten naturgemäß entsprechende psychiatrische Notfälle gibt. Ein Modell der Ausweitungen der Dienstzeiten der

[37] Zum Problem der Differenzierung zwischen psychiatrischem Notfall und Krise s. ZIMMERMANN (2001)

Sozialpsychiatrischen Dienste wäre eine weitere Variante, die dazu führen würde, die Versorgungslücke in den Abend- und Nachstunden auszufüllen. Zu dieser Thematik hat die Begleitforschung interessante Daten geliefert und Diskussionsprozesse in Gang gesetzt: so wurde dieses Thema im Rahmen des Forschungsforums diskutiert und es zeigte sich große Zurückhaltung bei den anwesenden Mitarbeitern und einem Psychiatrieerfahrenen, den BKD mit dem Recht zur Einweisung nach dem PsychKG zu beleihen. Ähnlich war das Ergebnis während einer Diskussion im Psychose-Seminar in Karlshorst[38]: Psychiatrieerfahrene, Profis und Angehörige waren durchweg gegen eine solche Beleihung.

Aus Sicht der Begleitforschung hat sich der ärztliche Hintergrunddienst als wichtiges und benötigtes professionelles Profil des BKD bewährt. Eine potentielle Variante wäre eine strukturelle Einbindung der Ärzte aller Sozialpsychiatrischen Dienste in den BKD zur Abdeckung des Bereitschaftsdienstes, dadurch würde eine fachliche Kontinuität (nicht nur) der Einweisungen gegen oder ohne den Willen der Klienten gesichert. Zur Umsetzung dieser Variante bedürfte es wohl erheblicher Regelungen, die von der Begleitforschung nicht übersehen werden können. Eine Beleihung des BKD mit dem Hoheitsrecht auf dem Boden der augenblicklichen Konstruktion des Hintergrunddienstes scheint dagegen problematisch.

6.11 Der BKD und seine Finanzierung (gesundheitsökonomische Aspekte)

Ob der BKD ein *preiswertes* oder ein *teures* Angebot ist, kann die Begleitforschung nicht beantworten. Wir haben aber Daten zusammengetragen und Modellberechnungen vorgelegt, die konkreter werden lassen, welche Kosten pro Kontakt und Mitarbeiterstunde zu veranschlagen sind und wie die Auslastung der Mitarbeiter einzuschätzen ist (vgl. Kapitel 5.2.4.3 und 4.1.2). So kann nach den vorliegenden Zahlen eines Standortes errechnet werden, dass ein Kontakt mit dem BKD im Durchschnitt mit rund 113,98 DM (58,29 €) und eine Beratungsstunde 46,63 DM (23,84 €) Kosten veranschlagt werden muss. Da das Spektrum der Tätigkeiten und Interventionen des BKD sehr weit ist, fällt eine eindeutige Bewertung schwer, in der Tendenz kann aber sicher von einem finanziell günstigen Angebot gesprochen werden.[39]

In der Tendenz ergeben die Befunde der Begleitforschung, dass die finanziellen Mittel zweckgebunden und in hohem Maße für die Nutzer verausgabt werden. Da sich quantitativ und qualitativ darstellen lässt, wie oft schwerwiegende Krisensituationen bzw. psychiatrische Notfälle professionell *behandelt* werden, erscheinen die errechneten Kosten eher gering. Die Arbeitszeit der Mitarbeiter ist zum Ende der Erprobungsphase durch die direkte Arbeit mit Nutzern und die damit indirekt zusammenhängenden Arbeiten phasenweise bereits erheblich ausgelastet (s. auch Kapitel 6.12), für eine Einschätzung der Effizienz ist aber auch die Notwendigkeit des Vorhaltens einer Notdienstfunktion in Erwägung zu ziehen, die eben niemals durchgehend annähernd voll ausgelastet sein kann.

Es ergeben sich eindeutige Hinweise darauf, dass durch die Arbeit des BKD auch erhebliche Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden. Unsere hierzu vor-

---

[38] Das Psychose-Seminar wird seit fünf Jahren in einer Kooperation zwischen Katholischer Hochschule und Albatros e.V. angeboten.

[39] Da die gesundheitsökonomischen Betrechnungen komplex sind und von verschiedenen Annahmen ausgehen s. zur genaueren Einschätzung die ausführlichen Darstellungen im Kapitel 5.2.4.

gelegten Modellrechnungen sind als Hinweise zu verstehen, an welchen Stellen bzw. mit welchen Interventionen nicht notwendige kostenintensive Maßnahmen durch die Arbeit des BKD seltener anfallen. Die dort am Beispiel vermiedener Krankenhauseinweisungen errechneten Beträge sind aus den im Kapitel genannten Gründen aber sicher eher zu hoch veranschlagt. Es gibt aber weitere Bereiche, die wir nicht untersuchen konnten, deren Einsparungseffekt aber nicht zu vernachlässigen sein dürfte. Dies gilt für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen des BKD, die notwendig sind, aber von keinem anderen Dienstleister in dieser Form oder zu diesen Zeiten angeboten werden.
Es wird also deutlich, dass der BKD naturgemäß auch Aufgaben übernimmt, die regulär durch andere *Kostenträger* übernommen werden müssten bzw. in ihren Ausgaben mindernd wirksam sind. Inwiefern sich eine Mischfinanzierung des BKD bewerkstelligen ließe, muss sicher vom Auftraggeber sorgfältig geprüft werden, dazu wäre womöglich eine fokussierte Evaluation notwendig.

6.12 Der BKD und sein „Erfolg“ (Inanspruchnahme und Behandlungserfolg)

Inanspruchnahme
Ein wichtiges Kriterium für die Bewertung des BKD sind die Daten zur Inanspruchnahme. Durch das Instrument der von den Begleitforschern entwickelten BaDo lassen sich entsprechende quantitative Daten vorlegen. Ein grundsätzliches Problem stellt aber die den Klienten zugesicherte anonyme Beratung dar, da dadurch die Datensätze nicht immer eindeutig einzelnen Personen zugeordnet werden können.[40]

Der BKD hat demnach schnell nach seiner Installation viele Kontakte mit Nutzern vorweisen und im Verlauf der Erprobungsphase seine Inanspruchnahme noch erheblich steigern können: so stiegen die Kontakt- und Personenzahlen vom ersten zum zweiten Berichtsjahr um jeweils etwa ein Drittel. In absoluten Zahlen stieg die Inanspruchnahme auf der Kontaktebene von 32.561 Kontakten im ersten auf 43.270 Kontakte im zweiten Erhebungsjahr, das entspricht einer Zunahme von knapp 33%. Diese Kontakte entfielen im ersten auf 22.117 und im zweiten Erhebungsjahr auf 29.715 Personen. Die Zunahme auf der Personenebene entspricht einer ähnlichen Steigerungsrate (34%), so dass die relative Zunahme der Kontaktanzahl auch dem relativen Anstieg in der Personenzahl entspricht. Die letzten evaluierten Monate (Frühjahr 2002) deuten an, dass es zu einer Trendwende in der Steigerungsrate gekommen ist, dabei ist ein signifikant geringerer Anstieg der Kontaktzahlen mit der Gruppe der Professionellen zu registrieren. Es darf angenommen werden, dass sich früher (bei den Professionellen) oder später (bei Klienten und Angehörigen) ein Deckeneffekt einstellen wird, dass also die Inanspruchnahme an Grenzen stoßen wird. Diese werden einerseits durch die begrenzte Anzahl möglicher (gleichzeitiger) Gespräche durch den BKD im Sinne einer *Kapazitätsgrenze* bestimmt, andererseits durch eine *Sättigung* des Bedarfs zu beratender Menschen in Berlin. Eine Zunahme in den Kontakten zu Professionellen kann sicher dann noch eintreten, wenn der BKD auch in Einrichtungen und Beratungsstellen bekannter wird, die nicht klassisch zur gemeindepsychiatrischen

[40] Es wurde aber in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des BKD versucht, mögliche Dauernutzer verschiedener Standorte zu erkennen, so dass die Inanspruchnahmedaten auch auf der Personenebene recht valide erscheinen.

Versorgungslandschaft gerechnet werden, gleichwohl aber Kontakt mit potentiellen Nutzern des BKD haben und eine Kooperation als hilfreich ansehen könnten. Allerdings würde dies vermutlich einen erheblichen Kommunikationsaufwand verlangen und in die Konzeption eingreifen.

Ein weiterer wesentlicher Faktor für die Bestimmung und Beurteilung der Auslastung ist die Berechnung der anteiligen Arbeitszeit der Mitarbeiter, die auf die direkte Beratungsarbeit sowie die unmittelbar damit zusammenhängende zeitliche Beanspruchung (wie Dokumentation) entfällt. Wir haben hier Daten ermittelt, welche die durchschnittlich (steigende) zeitliche Beanspruchung der Mitarbeiter und eine Modellrechnung der Auslastung wiedergeben. Hier wird zum jetzigen Zeitpunkt bereits eine hohe Auslastung deutlich, 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 bzw. Tageszeiten unterschiedlich bleiben wird.

Annähernd fundierte Anhaltspunkte für eine prognostische Einschätzung, wann diese Effekte eintreten werden, liegen wegen der Komplexität der Wirkfaktoren nicht vor. Hier geht es nach unseren Ergebnissen darum, weiterhin sorgfältig zu evaluieren, wann und wo Grenzen der Kapazität überschritten werden bzw. in welchen Zeiten eine Auslastung eher gering ist. So könnten mittels personaler Umverteilungen auf diese Befunde reagiert werden. Inzwischen wurde bereits auf die erhebliche Auslastung während der Tagdienste der Wochenenden mit dem Einsatz zusätzlicher Mitarbeiterressourcen reagiert, ohne dass Mehrkosten entstanden wären.[41]
Die Aufschlüsselung der Befunde zu der Verteilung der Kontakte auf die unterschiedlichen Personengruppen zeigt, dass sie über alle Dienste und Regionen etwa ¾ mit Klienten im engeren Sinne stattfinden und das letzte Viertel sich in etwa gleich auf die Gruppen der Professionellen bzw. Angehörigen verteilt. Unterschiede lassen sich für die einzelnen Dienste feststellen, so werden im Tagdienst deutlich mehr Professionelle und Angehörige und weniger Klienten beraten, in den Standorten außerhalb des Tagdienstes deutlich mehr Klienten. Der größte Anteil der Kontakte entfällt auf die telefonische Beratung, der Rest mit knapp 20% auf die persönlichen Gespräche in den Standorten und gut 2% auf mobile Einsätze. Diese Befunde spiegeln zunächst *formal* eine Arbeitsweise und Inanspruchnahme entsprechend den konzeptionellen Vorgaben wider.[42]

Behandlungserfolg
Die Bewertung der Arbeit des BKD wurde von der Begleitforschung aus verschiedenen Perspektiven mit verschiedenen Methoden erhoben.
Bei der *Befragung der Nutzer* treten besondere methodische Probleme der Stichprobengewinnung auf, die wir ausführlich diskutiert haben. Vorsichtig kann aber aus den Interviews und der faktorenanalytischen Auswertung der ausgefüllten Klientenfragebogen geschlossen werden, dass die Bewertung des BKD durch seine Nutzer differenziert und positiv ausfällt. Aus ihrer Sicht führt der BKD die

[41] Die Möglichkeiten der Umwidmung von Mitteln ist nur eingeschränkt möglich und rechtlich problematisch.
[42] Zu den regionalen Unterschieden s. Kapitel Der BKD und seine Regionen.

Interventionen in Übereinstimmung mit seinem Konzept durch und sie beschreiben Erfahrungen, die als entwicklungsfördernd bezeichnet werden können. Negative Äußerungen beziehen sich auf die Gestaltung der Beratungsbeziehung durch die Mitarbeiter und weisen auf eine Notwendigkeit der (spezifischen) Fortbildung in diesen Bereichen hin.
Die *Mitarbeiter* beurteilen in der BaDo ihre Arbeit selbst ebenfalls differenziert und keineswegs euphorisch. Während die Kategorie *gar kein Nutzen* sehr selten konstatiert wird, werden die Beratungen der Professionellen gefolgt von den Angehörigen am positivsten eingeschätzt. Die Klientenkontakte werden zurückhaltender beurteilt, wohl weil hier die Situationen und notwendigen Interventionen hinsichtlich ihres (unmittelbaren und mittelfristigen) Erfolges weniger einfach beurteilt werden können. Mit der Methode des goal-attainment-scaling lässt sich zeigen, dass die Mitarbeiter getrennt nach den angewandten Interventionen ihre Arbeit bewerten. Diese Ergebnisse sind geeignet, in der Mitarbeiterschaft diskutiert zu werden und das eigene Handeln kritisch zu überprüfen. In Bezug auf die Beratung suizidaler Klienten werden deutliche Entlastungen der Klienten durch die Mitarbeiter eingeschätzt, hier also für eine speziell im Konzept ausgewiesene Nutzergruppe der entsprechende Behandlungserfolg nachgewiesen werden.
Die Bewertung der Arbeit des BKD durch *Fachleute aus der Region* wurde nach dem *Stakeholderansatz* unter anderem durch unseren Fragebogen *Krisenarbeit in Berlin* evaluiert. Hier ergibt sich, dass die Mitarbeiter anderer Einrichtungen den BKD sehr unterschiedlich bewerten und zwar auch abhängig von ihren eigenen Arbeitsschwerpunkten, den Erwartungen an und der Häufigkeit der Nutzung des BKD. Als Baustein der gemeindepsychiatrischen Versorgung mit entsprechenden Arbeitsschwerpunkten wird der BKD angenommen und positiv bewertet. Insofern wundert es nicht, dass von ihm vor allem psychologische und ärztliche (diagnostische, therapeutisch fundierte, psychiatrische) Handlungskompetenzen erwartet werden. Im Zusammenhang mit eher negativen Bewertungen scheinen Klärungsprozesse zwischen BKD und anderen Einrichtungen sinnvoll in Bezug auf die Aufgabenschwerpunkte und Kompetenzen des BKD.

Aus allen Daten zusammen kann festgestellt werden, dass der *Erfolg* einer hohen Inanspruchnahme sich schnell einstellte und eine erhebliche Steigerung erfuhr.
Daten zur inhaltlichen Bewertung der Arbeit des BKD zeigen ganz überwiegend eine positive Resonanz auf Nutzer- und Kooperationspartnerseite. Die Bewertungen der Mitarbeiter selbst müssen naturgemäß zurückhaltend interpretiert werden, sie verweisen aber auf eine differenzierte, selbstkritische Sicht der Mitarbeiter auf ihre eigene Arbeit hin. Alle vorgestellten Daten und Befunde sind geeignet, im BKD selbst diskutiert zu werden und Modifikationen entlang der negativen und Stabilisationen entlang der positiven Kritikpunkte vorzunehmen.

6.13 Der BKD und seine Spannungsfelder

Regionale Besonderheiten

An verschiedenen Stellen unseres Berichtes werden Befunde dargestellt, die auf eine unterschiedliche Ausrichtung des BKD in seinen Regionen bzw. Standorten hinweisen. Beispielhaft seien hier Unterschiede in der (Zunahme der) Inanspruchnahme, der Nutzung des ärztlichen Hintergrunddienstes und des Profils der Vernetzungspartner genannt. Aus anderen Datenquellen (etwa Interviews, Teilnahme an Sitzungen und AGs, Durchführung der Gesamtteamtage) ergeben sich weitere Hinweise auf unterschiedliche Profile des BKD in seinen Regionen.

Zusammenfassend bewertend kann gesagt werden, dass sich der BKD hier in einem besonderen Spannungsfeld zwischen *Einheitlichkeit* und angemessener *Diversifizierung* befindet. Auf der einen Seite plädiert die Begleitforschung aus grundsätzlichen Überlegungen hinsichtlich der Organisationsentwicklung auf die Arbeit an gemeinsamen Leitlinien, andererseits ergibt sich die sinnvolle Notwendigkeit, sowohl auf regionale Besonderheiten (etwa der Versorgungslandschaft) auch regional zu reagieren. Weiter kann es für die Qualität des BKD von herausragender Bedeutung sein, regional spezifische konzeptionelle Ausformungen einzuführen, sie kritisch zu evaluieren und dann eine landesweit Umsetzung zu beschließen oder abzulehnen.

Der BKD ist als Teil der gemeindepsychiatrischen Versorgung konzipiert und arbeitet auch weitgehend nach diesem Prinzip. Nach unseren Untersuchungen wird in sinnvoller Weise das gemeindepsychiatrische Prinzip verfolgt und an Stellen, an denen eine Verweisung in die *eigentlich zuständige* Region (bzw. Standort) nicht sinnvoll erscheint, dieses Prinzip durchbrochen. Kritisch muss diskutiert werden, wie sich der BKD in breit angelegten Aktionen der Werbung darstellt: wird zu stark die regionale Zuständigkeit transportiert, kann es für die potentiellen Nutzer unübersichtlich werden, wird zu stark vereinfacht (etwa eine Rufnummer angegeben), erfolgt reflexiv eine besonders hohe Inanspruchnahme der zentralen Rufnummer (etwa der Standort *Mitte*).

Aus dem genannten Spannungsfeld wird eher eine Zukunftschance abgeleitet, wenn es bewusst wahrgenommen und aufgrund evidenter Daten konstruktiv genutzt wird. Die Präsentation nach außen sollte allerdings weiterhin auf das gleichsinnige Angebot der Krisenversorgung abstellen und in geeigneter Form die regionale Aufteilung transportieren.

Generalisierung versus Spezialisierung

Wie die Begleitforschung an vielen Stellen darstellen konnte, lassen sich aus der Gesamtgruppe der Nutzer des BKD eine Reihe spezifischer Subgruppen herausarbeiten, die ein je verschiedenes spezifisches Angebot benötigen. Vor diesem Hintergrund taucht immer wieder die Frage nach einer aufgefächerten Spezialisierung und deren Kenntlichmachung auf. Der Gegenentwurf kann als kontinuierliche Weiterentwicklung elaborierter Krisenkonzepte und -methoden für alle Nutzergruppenbezeichnet werden.

Anhand der Gruppen der Menschen mit geistigen Behinderungen, der älteren und hochbetagten Nutzer, der Dauernutzer, der Migranten usw. kann dargestellt werden, dass der BKD unter einem erheblichen Druck steht, teils sehr spezifischen Bedarfen ein entsprechendes Angebot entgegenzubringen. Dabei besteht aus Sicht der Begleitforschung im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung

momentan die größte Herausforderung, da es ein solcherart integriertes Modell der Krisenversorgung bisher nirgends gibt. Hier wie in anderen Bereichen stellt sich aber eher die Frage, wie und durch wen eine angemessene Krisenberatung und -intervention erfolgen kann, wie der BKD durch konzeptionelle Arbeit, die Einstellung entsprechend ausgebildeter Fachleute und die intensive Kooperation mit den fast für alle Bereiche in Berlin vorhandenen Spezialangebote seine Arbeit optimieren kann. Eine innere Zergliederung in Fachleute für je die eine Zielgruppe oder gar eine spezifische Methode wird von der Begleitforschung als kontraproduktiv angesehen. Im Sinne eines Notdienstes geht es zunächst v.a. um die fachgerechte Einschätzung der Situation (Screening, Diagnose) und die Vermittlung angezeigter Interventionen und nicht um die Bindung von speziellen Nutzern an Spezifikationen des BKD.
Aus unseren Befunden wird erkennbar, dass der BKD sich auf dem Weg der Integration der verschiedenen Aufgabenbereiche befindet und dabei die Verbesserung bzw. Verbreiterung der Kompetenzen der Mitarbeiter vorantreibt.

Anonyme Beratung, Anonymisierung der Daten
Der BKD bietet konzeptionell die Möglichkeit zur anonymen Beratung an und hebt sich damit bewusst von vielen Anbietern im psychosozialen und gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetz ab. Zusätzlich sollten in der BaDo die Personendaten, gleich, ob sie eine anonyme Beratung gewünscht hatten oder nicht, anonymisiert werden.

Fernab einer methodischen Problematik in der Datenerhebung und -auswertung im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation muss sich der BKD aus Sicht der Begleitforschung diesem Thema intensiv erneut widmen, da unsere Befunde zeigen, dass in vielen Kontakten nicht etwa eine als *niederschwellig* zu bezeichnende Beratung stattfindet, sondern vielmehr eine Krisenintervention auf hohem therapeutischen Niveau. Für solcherart Tätigkeiten sollte eine anonyme Beratung und auch die Anonymisierung der Dokumentation eine wohl begründete Ausnahme sein.[43]
Für die Evaluation stellte diese Voraussetzung von Anfang an ein größeres Problem dar, da dadurch eine Rückführung der Kontaktdatensätze auf die Personenebene nur eingeschränkt möglich war. Auch die Nutzerbefragung via Interview und Fragebogen wurde durch diese Vorgehensweise erschwert. Wir haben in den entsprechenden Absätzen auf diese Probleme der Datenauswertung und Dateninterpretation hingewiesen.
Nun ist die Begleitforschung im Falle des BKD bewusst nicht zum Selbstzweck eingeführt worden sondern das vorgegebene Ziel war eine Evaluation auch zum Zwecke der gezielten Organisationsentwicklung. Durch die anonyme Beratung und v.a. die Anonymisierung der Daten wurde ein Teil dieser Möglichkeiten erschwert bzw. beschnitten.

[43] Vgl. WIENBERG (1993: 230)

6.13 Der BKD und „seine“ Begleitforschung

Zunächst könnte man vermuten, dass über eine solche Perspektive zu berichten, der Begleitforschung nicht obliegt. Wenn wir doch darüber schreiben, so wollen wir den Mitarbeitern des BKD ihre Perspektive nicht nehmen und das können wir sicherlich auch nicht. Sie werden sicherlich auch darüber berichten, wie sie die Forschung wahrgenommen haben oder vielleicht auch wie sie sich als Gegenstand oder „Opfer“ von Forschung gefühlt haben.

Wenn wir es hier aus unserer Perspektive tun, stützen wir uns auf Erfahrungen aus der neueren Evaluationsforschung, für die man den Begriff des *Prozessnutzens* eingeführt hat. Wir hatten darüber schon berichtet. Er verweist darauf, dass allein die Tatsache, dass eine Organisation evaluiert wird, zu Veränderungen in der Organisation führt. Dies zwingt die Forscher dazu, eine Metaperspektive einzunehmen und auch darüber nachzudenken, wie sie selbst die Reaktion des BKD auf die Forscher, also auf sich selbst, erfahren haben und einschätzen.
Die Tatsache, dass innerhalb der Erprobungszeit eine Forschergruppe die Arbeit begleiten sollte, hat zunächst viel Zustimmung und Interesse ausgelöst, aber gleichzeitig auch Bedenken. Forschung ist immer begleitet von der Angst vor Kontrolle, umso mehr, wenn sie vom Geldgeber mit dem Ziel eingesetzt wird, dass am Ende der Erprobungszeit die Forschungsergebnisse bei der Entscheidung für oder gegen Fortsetzung des Projekts eine Rolle spielen werden. Mit dieser Ambivalenz umzugehen war zum Teil schwierig. Das zeigte sich an Punkten, an denen auch aus vielfältigen anderen Gründen Konflikte möglich waren.
Das umfangreiche Programm der Begleitforschung hat dem BKD als Organisation und den meisten seiner Mitarbeiter mehr oder weniger viel (Mit-) Arbeit abverlangt. Ein sicherlich sehr kritischer Punkt, an dem es auch zu offenen Auseinandersetzungen kam, war die Entwicklung des Datenbankprogramms für die Basisdokumentation. Hier musste sowohl inhaltlich wie technisch Neuland betreten werden. Inhaltlich mussten für z.T. sehr unterschiedliche Traditionen der ehemaligen Krisendienste Kompromisse gefunden werden. Bei der Datenbank musste ein völlig neues Programm erstellt werden. Dies ist, wie man aus der Software-Entwicklung weiß, äußerst aufwendig und es dauert lange, bis ein solches Programm fehlerlos läuft. Für die Mitarbeiter, die gleichzeitig den BKD aufbauen und bereits voll in die Beratung einsteigen mussten, war das eine Geduldsprobe - und manchmal riss auch der Geduldsfaden. Dass es trotzdem letztendlich gelungen ist, gemeinsam ein Instrument zu entwickeln, das auf Dauer – mit sinnvollen Kürzungen für die Zeit nach der Begleitforschung – dem BKD und seinen Mitarbeitern Nutzen bringen wird, spricht für die Frustrationstoleranz auf beiden Seiten. Es zeigt unserer Meinung auch, dass der BKD und seine Mitarbeiter schwierige institutionelle Anforderungen letztendlich bewältigen können, dass sie also in diesen Konflikten gerade die *Krisenkompetenz* gezeigt haben, die in der Konzeption von ihnen verlangt wird.

Auch gegenüber anderen zeitaufwendigen Anfragen der Forscher haben sich die Mitarbeiter aufgeschlossen gezeigt. Eine besondere Chance dieser Evaluation durch die beiden Hochschulen war der Einsatz von Studierenden im Rahmen von Qualifikationsarbeiten. Für die Mitarbeiter bedeutete dies allerdings, dass eine ganze Schar von Studierenden in den verschiedenen Standorten auftauchten und um Informationen und Interviews baten. In den Interviews mussten die Mitarbeiter

ihre Vorstellungen, Konzepte und Arbeitsstrategien öffentlich machen. Zwar wurde ihnen Anonymität zugesichert, aber gegenüber Insidern gibt es quasi keine Anonymität. Wer den BKD und seine Mitarbeiter kennt, der weiß auch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit, wer was gesagt haben könnte. All dies mehr oder minder aufgeschlossen und kooperativ ertragen zu haben, spricht für das Interesse und die Aufgeschlossenheit der Mitarbeiter.
Eine Gruppe, für die diese Probleme eine besondere Relevanz haben, sind die Geschäftsführer und die spätere Gesellschafterversammlung. Sie hatten einerseits ein besonderes Interesse an der Evaluation und hatten auch bei der Entscheidung über Vergabe des Evaluationsauftrags für den Vorschlag einer Kombination von Evaluation mit Aspekten der Organisationsentwicklung gestimmt, wie er von der Forschergruppe vorgeschlagen worden war. Diese Kombination war und ist durchaus umstritten. Für die Geschäftsführer wurde hierdurch eine Gratwanderung zwischen *offenem Diskurs* und der Weitergabe von Informationen und *vorsichtiger Zurückhaltung* notwendig. Waren es doch die Begleitforscher, die der Organisation in ihrer Entwicklung behilflich sein sollten und andererseits diese kritisch-reflektiert gegenüber dem Finanzier bewerten sollten. Diese Doppelrolle erzeugte bisweilen schwierige Momente und Konflikte.

Jede Organisation, so gut sie auch sein mag, hat „Leichen im Keller“, über die nicht geredet wird. Für die Organisationsentwicklung ist es aber gerade wichtig, diese tabuisierten Bereiche zusammen mit den Mitgliedern der Organisation zu reflektieren. Dies wird noch schwieriger, wenn die Angst besteht, dass diese tabuisierten Bereiche in die Öffentlichkeit, in diesem Fall in die Fachöffentlichkeit kommen könnten. Konkret entstand z.B. das Problem, ob die Diskussionen in der Gesellschafterversammlung lückenlos den Forschern zugänglich gemacht werden sollten oder ob man auf der Möglichkeit bestehen sollte, zunächst ins „Unreine“ reden zu können, um dann den Forschern nur die veröffentlichbaren Ergebnisse zur Verfügung zu stellen. Auch wurden nicht alle unsere methodischen Vorschläge umgesetzt, manche gar nicht, andere in veränderter Form.
Der kritische Diskurs über Methoden und Zielsetzung der Begleitforschung riss aber nie ab und wohl auch diese Kommunikation hat Prozesse der Entwicklung im BKD induziert. Wir konnten feststellen, dass auch an Punkten, an denen unsere Vorschläge zunächst abgewiesen worden waren, aus dem BKD heraus neue Lösungen entwickelt wurden. In der Systemtheorie wird davon ausgegangen, dass man soziale Systeme, seien es nun Familien oder auch große Organisationen nicht direkt steuern, sondern dass man sie von außen nur *verstören* kann. Auf die Störung reagieren sie dann in der ihnen eigenen Weise. Genau das fand teilweise im BKD statt und führte zu Organisationsveränderungen (siehe Kapitel 3.5), die zwar so nicht von der Forschung vorgeschlagen worden waren, aber insgesamt zu einer wirksameren Organisationsstruktur führten, die vielleicht auch dem BKD angemessener ist.

Insgesamt ergibt sich aus unserer Sicht der Eindruck, dass die Einsetzung einer Begleitforschung durch den Auftraggeber auch für die Organisationsentwicklung eine förderliche Maßnahme war, nicht im Sinne einer direkten Steuerung sondern im Sinne einer Förderung der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten des BKD.

6.14 Die Begleitforschung und der BKD

Zum Abschluss soll auch noch die Begleitforschung kritisch reflektiert werden. Wie der vorliegende Bericht zeigt, ist es gelungen, einen breiten, empirisch begründeten Einblick in die Entwicklung und die Arbeit des BKD zu geben. Mit Hilfe eines umfangreichen und zugleich komplexen wissenschaftlichen Instrumentarium wurde der Forschungsgegenstand evaluiert und in seiner Entwicklung unterstützt.
Allerdings ist es nicht gelungen, den Untersuchungsplan genau in der beabsichtigten Form umzusetzen. Von den in unserem Antrag formulierten Methoden und Instrumenten mussten wir an einigen Stellen zeitlich und inhaltlich abweichen. Darüber wollen wir zunächst Rechenschaft ablegen.
Gegenüber der Planung gab es in folgenden Bereichen Abweichung:

a. Arbeitsgruppe zur Leitbildentwicklung
b. Selbstbeforschung
c. Feedback über www-Seiten
d. Fragebogen „Krisenarbeit in Berlin“

ad a. In Kapitel 3.5. wurde darüber berichtet, dass es in dem ersten gemeinsamen Treffen aller Mitglieder, das in Form einer Zukunftswerkstatt abgehalten wurde, nicht gelungen ist, eine AG Leitlinien zu initiieren. Die Entwicklung von Leitlinien und einer *corporate identity* gehört zu den Bereichen, in denen es der Begleitforschung nicht gelungen ist, eine systematische, zielführende Diskussion anzuregen. Die unterschiedlichen Traditionen der einzelnen Träger waren zunächst so stark, dass eine solche formal festgelegte AG wahrscheinlich in der Anfangszeit die Trägeridentität zu stark gefährdet hätte. Das bedeutet nicht, dass nicht an vielen verschiedenen Orten über dieses Thema diskutiert worden wäre, aber eine formale Struktur für diese Diskussion ließ sich nicht einrichten. In der letzten Zeit sind allerdings Aktivitäten zu beobachten, die zu einer expliziten Formulierung von Leitbildern führen können.

ad b. Die Implementierung von Selbstbeforschung war ein besonderes Anliegen der Begleitforschungskonzeption gewesen. Es sollte auch die Nachhaltigkeit von wissenschaftlicher Reflexion garantieren. Dieses Ziel konnte nur sehr begrenzt an einem Standort umgesetzt werden. Selbstkritisch ist zu bemerken, dass die Forscher den Zeitaufwand unterschätzt haben, der für dieses Vorhaben notwendig ist. Gerade in der Aufbauzeit eines neuen Dienstes, in der die Mitarbeiter zusätzlich zu ihrer Beratungsarbeit noch mit vielfältigen zusätzlichen Aufgaben belastet sind, bleibt kaum mehr Zeit für weitere Aktivitäten. Aus diesem Grund sollte eventuell mit der Einführung von Selbstbeforschung erst zu einem Zeitpunkt begonnen werden, an dem eine gewisse Routinisierung der Organisationsarbeit eingesetzt hat. In diesem Sinne wäre es wünschenswert, wenn die nun wenigstens an einem Standort gemachten Erfahrungen mit Selbstbeforschung schrittweise von den anderen Standorten übernommen würden.

ad c. Es war geplant, die Mitarbeiter des BKD kontinuierlich über die Auswertungen der Basisdokumentation auf einer www-Seite zu informieren. Dieses Feedback sollte es ihnen ermöglichen, Einblicke in die Entwicklung der eigenen Arbeit zu gewinnen und daraus eventuell auch Konsequenzen für die Steuerung ziehen

zu können. Aus mehreren Gründen konnte dieser Plan nicht umgesetzt werden. Die Entwicklung der BaDo-Software war sehr aufwendig und verbrauchte die eingeplante Zeit. Da die Selbstbeforschung durch die Mitarbeiter nicht im geplanten Umfang realisiert werden konnte, bestand nicht die Notwendigkeit, Daten jederzeit zur Verfügung zu haben. Durch Zwischenberichte und Berichte für unterschiedliche Zwecke wurden Zwischenergebnisse im BKD bekannt gemacht, so dass eine zusätzliche Bekanntmachung über eine www-Seite nicht mehr notwendig erschien. Um die Diskussion der Befunde anzuregen, wurde von der Begleitforschung ein neues Instrument entwickelt. Im *Diskussionsforum Berliner Krisendienst* wurden Teilergebnisse aus unterschiedlichen Untersuchungen vorgetragen und in einer Öffentlichkeit bestehend aus BKD-Mitarbeitern, Studierenden der beiden Hochschulen und interessierten Fachleuten aus der Stadt diskutiert.

ad d. Nach der ursprünglichen Planung sollte die Fragebogenerhebung „Krisenarbeit in Berlin“ zu zwei Zeitpunkten durchgeführt werden, um eventuell Veränderungen in den Einstellungen zum BKD erfassen zu können. Dies konnte nicht verwirklicht werden. Zum Einen dauerte die Fragebogenentwicklung länger als geplant, da anfangs die Arbeit an der Basisdokumentation im Vordergrund stand, zum Anderen erwies sich die Zahl der einzubeziehenden regionalen Einrichtungen in den beiden Untersuchungsbereichen als so groß, dass eine zusätzliche Untersuchung das Zeitbudget der Begleitforschung bei weitem überschritten hätte.

Trotz dieser Einschränkungen sind wir der Meinung, dass die Untersuchung weitgehend plangemäß durchgeführt werden konnte. Vor allem konnten neben den Pflichtaufgaben auch die sogenannten Küruntersuchungen realisiert werden, da hier zusätzliche Arbeitskapazität durch die Studierenden beider Hochschulen zur Verfügung stand.

Wie bereits erwähnt, stellte die Softwareentwicklung bei der Basisdokumentation eine besondere Herausforderung für die Begleitforschung dar. Sie war ursprünglich nicht im Volumen des Forschungsauftrags enthalten, wurde aber dann aus verschiedenen Gründen als Auftrag von der GbR übernommen. Rückblickend muss festgestellt werden, dass diese Übernahme zwar einen außerordentlichen Aufwand für die Forschung bedeutete, der auch nur dadurch bewältigt werden konnte, dass durch die Freie Universität eine Programmiererin als zusätzliche Mitarbeiterin zur Verfügung gestellt wurde, dass es aber auch nur auf diese Weise möglich war, ein problemangemessenes Instrument zu entwickeln. Die intensive Arbeit an dem Programm und die Kooperation mit der BaDo-Gruppe des BKD hätten die finanzielle Planung des Auftraggebers weit überschritten.
Problem dieser zusätzlichen Aufgabe war, dass die Mitarbeiter als Beta-Tester und Mitentwickler des Programms fungieren mussten, was anfangs zu erheblichen Konflikten zwischen der Begleitforschung und den Mitarbeitern führte. Es kam zu zeitlichen Verzögerungen, zunächst unbefriedigendem Funktionieren des Programms usw., was immer wieder Auseinandersetzungen auslöste und die Beziehung zwischen den Mitarbeitern und der Begleitforschung belastete. Wir sind allerdings der Meinung, dass es auf diesem mühseligen Weg gelungen ist, ein Dokumentationsprogramm zu entwickeln, das für den Bereich der Krisenintervention erstmalig einen Standard setzt, der zwar z.B. in den Leitlinien der Deutschen

Gesellschaft für Suizidprävention gefordert wird, aber bisher in dieser Weise im deutschsprachigen Raum noch nicht umgesetzt werden konnte.

Über das besondere Spannungsverhältnis einer konzeptionellen Verbindung von Evaluation mit Organisationsentwicklung haben wir in diesem Abschlussbericht (und ausführlich im 2. Zwischenbericht) an verschiedenen Stellen Stellung bezogen. Diese Verbindung war von Anfang an nicht unumstritten. Im Rückblick zeigen sich auch die Vor- und Nachteile einer solchen Konstruktion deutlich. Eine erfolgreiche Organisationsentwicklung setzt einen klaren Arbeitsauftrag und ein hohes Maß an Vertrauen zwischen den jeweiligen Partnern voraus. Evaluation löst Kontrollängste aus und führt eher dazu, dass gefährdende Informationen von der Organisation zurückgehalten werden. Dieser Konflikt war im Prozess der Begleitforschung deutlich zu spüren. Auf der Seite der Forschung entstand ein weiteres, moralisches Dilemma. Sie musste sich immer wieder die Frage stellen, ob Informationen, die sie durch ihre intensive Teilnahme im Feld erhalten hatte, auch veröffentlicht werden konnten, ohne dem BKD oder einzelnen Protagonisten unnötig zu schaden. Der vorliegende Endbericht stellt einen Kompromiss unter Abwägung der unterschiedlichen Interessen dar. Insgesamt hat er aber sicherlich eher durch die Einbeziehung von Informationen gewonnen, die durch die intensiven Feldkontakte erhoben werden konnten.

In den Auseinandersetzungen mit den Mitarbeitern und den Gesellschaftern des BKD hat die Begleitforschung gerade im Bereich der Organisationsentwicklung ihre Vorstellungen nur begrenzt direkt „durchsetzen“ können. Darauf wurde weiter oben bereits verwiesen. Man kann sagen, dass auch die Begleitforschung im Sinne des *Prozessnutzens* sich im Verlauf der Arbeit durch Anstöße aus dem Krisendienst (und auch aus dem übrigen *Feld*) verändern musste. Sie musste lernen, nicht geplante Veränderungen in der Organisationsstruktur zu sehen, abzuwägen, zu akzeptieren oder erneut infrage zu stellen, d.h. die Begleitforschung musste lernen, dass sie nicht direkt steuern kann, sondern nur „verstören“.

Ein Effekt der Begleitforschung sollte zum Schluss noch erwähnt werden. Die Untersuchungen haben auch einen Beitrag zur Bekanntmachung des BKD geleistet. Mit der Fragebogenuntersuchung „Krisenarbeit in Berlin“ hat das Forscherteam den BKD in Teilen der Fachöffentlichkeit bekannt gemacht. In einer Reihe von Fällen wurden wir darum gebeten, den Einrichtungen Informationsmaterial über den BKD zuzusenden. Während wissenschaftlicher Vorträge bzw. Posterpräsentationen war das Interesse nicht allein auf Methodik und Ergebnisse der Begleitforschung gerichtet, sondern auch auf den BKD an sich, so dass wir stets Informationsmaterial mitführten. Bei der Befragung auf den Straßen Berlins durch Studierende der FU Berlin zeigten die Befragten, die keine Kenntnisse über den Krisendienst hatten, überwiegend Interesse an Informationen. Ihnen wurde bei Bedarf auch ein Infoblatt mitgegeben.

Insgesamt möchten wir feststellen, dass wir trotz der oben genannten Auseinandersetzungen auf eine fruchtbare Zusammenarbeit zurückblicken können, die beiden Seiten viel Zeit und Kraft abverlangt, jedoch auch wichtige Daten hervorgebracht hat, die es erlauben, den BKD in vielen Aspekten und aus vielen Perspektiven zu beschreiben und insgesamt als erfolgreich zu bewerten.

Allerdings müssen manche Einschätzungen auch vorsichtig bleiben, da die Komplexität des neuen, in gewisser Weise immer noch im Aufbau befindlichen Dienstes, für den es unseres Wissens weder in Deutschland noch in Europa ein vergleichbares Pendant gibt, so hoch ist, dass sichere Prognosen kaum möglich sind.

6.15 Schlusswort

Ausdrücklich bedanken möchten wir uns für die konstruktive Zusammenarbeit mit der zuständigen Senatsverwaltung, dem Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf, dem Beirat des Landeskrisendienstes und selbstverständlich vor allem den Mitarbeitern des BKD selbst. Auch viele Akteure im Feld der psychosozialen Versorgung außerhalb der Organisation des BKD standen uns dankenswerter Weise für Gespräche und Interviews interessiert zur Verfügung.

Die beiden kooperierenden Hochschulen haben erhebliche zusätzliche personelle und sächliche Mittel in dieses Projekt einfließen lassen – ohne diese wäre die umfangreiche Arbeit gar nicht möglich gewesen. Auch dafür möchten wir uns bedanken.

An diesem Bericht, v.a. an der Entwicklung und Pflege der BaDo, der Datenerhebung und -auswertung insgesamt und an vielen zusätzlichen Untersuchungen haben viele Menschen mitgearbeitet, ohne die diese Arbeit nicht zu einem solchen Ergebnis und Abschluss hätte gebracht werden können. Auch ihnen gilt unser Dank für die gute Zusammenarbeit.

Berlin, im Oktober 2002

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

7. Weitere Mitwirkende

An der Entwicklung der Forschungsinstrumente, der Generierung und Darstellung der berichteten Daten und Analysen haben außerdem mitgewirkt:

Studentische Hilfskräfte und Forschungspraktikanten

Ulrike Freikamp
Kirstin Fenske
Claudia Gundacker
Sabine Kolmer
Sebastian Manderla
Dennis Neuser
Rubina Vock
Sabine Vogt
Christian Weinrich

Verwaltung

Inge Vogt
Birgit Mathiske
Karin Szczesny

8. Literaturverzeichnis

8.1 Wissenschaftliche (und sonstige) Publikationen

BECK, U. & BONSS, W. (Hrsg.). (1989). *Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens*. Frankfurt: Suhrkamp.

BERGOLD, J. (1993). Klienten im Netz der Institutionen. In J. BERGOLD & , D. H. FILSINGER (Hrsg.), *Vernetzung psychosozialer Dienste - Theoretische Reflexionen und empirische Fallstudien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie* (99 -116). Weinheim: Juventa.

BERGOLD, J. B. (1981). "Counseling, cognition and reality." *Internat. Journal Adv. Counseling,* 4, 5 – 20.

BERGOLD, J. B. & FILSINGER, D. (1998). Die Vernetzung psychosozialer Dienste und ihre Konsequenzen für Professionelle und Nutzer. Ein Vergleich zwischen den Gesundheitssystemen in BRD und DDR. In B. RÖHRLE, G. SOMMER & N. G. *Netzwerkorientierte Interventionen* (223 – 258). Tübingen: DGVT-Verlag.

BERGOLD, J. & FILSINGER, D. (1993). Psychosoziale Versorgung als System. In J. BERGOLD & D. FILSINGER (Hrsg.), *Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische Reflexionen und empirische Fallstudien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie* (49 – 70). Weinheim: Juventa.

BERGOLD, J. & ZIMMERMANN, R.B. (2000). Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes: Erster Zwischenbericht.

BERGOLD, J. & ZIMMERMANN, R.B. (2001). Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes: Zweiter Zwischenbericht.

BERGOLD, J. & ZIMMERMANN, R.B. (2002). Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes: Dritter Zwischenbericht.

CHERNISS, C. (1999). *Jenseits von Burnout und Praxisschock*. *Hilfen für Menschen in lehrenden, helfenden und beratenden Berufen*. Weinheim, Basel: Beltz. (Original erschienen 1995: Beyond burnout).

CORBIN, J. & STRAUSS, A.L. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Cal.

DENZIN, N. (1978): *The research act*. McGraw-Hill.

DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M.H. (1996). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Hans Huber.

ENZMANN, D. (1996). *Gestreßt, erschöpft oder ausgebrannt? Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozeß*. München, Wien: Profil Verlag GmbH.

FÄHNDRICH, E. (2002). *Basispflegesätze und Abteilungspflegesätze.* [Internet]. Verfügbar unter: http://www.knk-berlin.de/haupt/frasmedb.htm [Zugriff: 27.09.2002].

FÄHNDRICH, E. (2002). *Jahresbericht Psychiatrie 2001*. [Internet]. Verfügbar unter: http://www.knk-berlin.de/self/psychiatrie/psychatr.html. [Zugriff: 27.09.2002].

FETTERMAN, D. M.; KAFTARIAN, S. J. & WANDERSMAN, A. (Hrsg.). (1996). *Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.

FLICK, U.; KARDORFF, E. v.; KEUPP, H.; ROSENSTIEL, L. v. & WOLFF, S. (1991). *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. München: PVU.

FLOETH, T. (1991). *Ein bißchen Chaos muß sein. Die psychiatrische Akutstation als soziales Milieu*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

FLOETH, Thomas (1999). Organisationsentwicklung durch Qualitätssicherung? – Selbstbeforschung als eine Handwerkszeug lernender Organisationen. In: H. PÜHL (Hrsg.), *Supervision und Organisationsentwicklung. Handbuch 3*. Opladen: Leseke und Budrich.

FLOETH, T., HAAGE, J.; PFEFFERER-WOLF, H. & SCHUMACHER, F. (1997). „Sich selber auf die Schliche kommen“ – Selbstbeforschung in der Psychiatrie mittels qualitativer soziologischer Methoden. In K.-S. REHBERG (Hrsg.), *Differenz und Integration. Die Zukunft moderner Gesellschaften. Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie – Dresden 1996. Band II* (269 – 274). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

FRANKE, J. (1993). *Organisationsentwicklung und OE-Beratung. Eine wirtschaftspädagogische Perspektive*. Köln.

FREYTAG, R., GIERNALCZYK, T., RAUSCH, K., SCHULDT, K.H., WEDLER; H. & WITTE, M. (1998). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zur Organisation von Krisenintervention. In T. GIERNALCZYK, R. FREYTAG, *Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention* (213-219). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

GEERTZ, C. (1983). *Dichte Beschreibung.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.

GLASER, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley.

GLASER, B. G. & STRAUSS A. L. (1998). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung/ Grounded theory: Strategies for qualitative research*. Bern: Huber. (Orginal: (1967): The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. New York.).

GRAWE, K. (1999a). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 31, 185 – 199.

GRAWE, K., REGLI, D. et al. (1999b). Wirkfaktorenanalyse - ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 31

HEINER, M. (Hrsg.) (1996). *Qualitätsentwicklung durch Evaluation*. Freiburg: Lambertus.

HEINER, M. (Hrsg.) (1998). *Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen*. Weinheim, München: Juventa.

HÖGER D. & ECKERT J. (1997). Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des "Post-Session Outcome" bei Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 26,129-137.

KERNBERG, OF.; DULZ, B; SACHSSE, U (2000). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

KIRESUK, T. J. & SHERMAN, R. (1968). Goal Attainment Scaling: A general Method for Evaluating comprehensive Community Mental Health Programs. *Community Mental Health Journal 4,* 443-453.

LEBOW, J. (1982). Models for evaluation services at community mental health centers. *Hospital and Mental Community Psychiatry* 33, 1010-1014.

LEFERINK, K. and J. BERGOLD, B. (1996). Integration neuer psychosozialer Einrichtungen ins Versorgungssystem: Überlegungen zu einem sozialökologischen Evaluationskonzept am Beispiel einer Krisenambulanz. *Psychiatrische Praxis* 23, 270 - 274.

LEIDL, R., SCHULENBURG, J.-M., WASEM, J. (Hrsg.). (1999). *Ansätze und Methoden der ökonomischen Evaluation – eine internationale Perspektive*. Baden- Baden: Nomos.

LINGG, A. & THEUNISSEN, G., (2000). *Psychische Störung und geistige Behinderung*. Freiburg: Lambertus.

MÜLLER, W., M. Holz, et al. (1997). Ergebnisse der Nutzerbefragung 1996: Was Krisendienste von ihren Klienten lernen können! In T. GIERNALCZYK, *Suizidgefahr - Verständnis und Hilfe*. Tübingen: DGVT-Verlag.

NEUMANN, O. (2002). Über die Sucht telefonieren zu müssen oder ein strukturelller Ansatz in der Krisenintervention zum besseren Umgang mit Dauernutzern. *Psychiatrische Praxis*, im Druck.

NOUVERTNÉ K. (1997). Die Helfer. In G. WIENBERG, (Hrsg.), *Schizophrenie zum Thema machen.* (80ff). Bonn.

PATTON, Michael Q. (1998). Die Entdeckung des Prozessnutzens. Erwünschtes und unerwünschtes Lernen durch Evaluation. In M. HEINER (Hrsg.), *Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen* (55 – 66). Weinheim, München: Juventa.

RÖHRLE, B., G. SOMMER, et al., (Hrsg.). (1998). *Netzwerkintervention*. Tübingen: DGVT-Verlag.

SASS, H. et al. WIITCHEN, H.U., ZAUDIG, M. (Hrsg.). (1998): *DSM-IV. Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen*. Hogrefe: Göttingen.

SAUVANT, J.D. & SCHNEYDER, U. (2000). Zur Unterscheidung von „Notfall“ und „Krise“ in der Psychiatrie. In SCHNEYDER, U. & SAUVANT, J.D. (Hrsg.), *Praxis* 31, 201 - 225.

SCHULENBURG, J.-M. (2000). *Gesundheitsökonomik*. Tübingen: Mohr Siebeck.

SENATSVERWALTUNG FÜR ARBEIT, SOZIALES UND FRAUEN. (2000). *Jahresgesundheitsbericht 1998/1999*. Berlin.

SENATSVERWALTUNG FÜR ARBEIT, SOZIALES UND FRAUEN. (2001). Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2001. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin.

SENGE, P.M. (1996). *Die Fünfte Disziplin. Theorie und Kunst der lernenden Organisation.* Stuttgart: Klett-Cotta.

SENGE, P.M.; KLEINER, A., ROBERTS, C., ROSS, R., ROTH, G., & SMITH, B. (2000). *The Dance of the Change. Die 10 Herausforderungen tiefgreifender Veränderungen in Organisationen*. Wien, Hamburg: Signum-Verlag.

SENGE, P.M, KLEINER, A., SMITH, B., ROBERTS, C., & ROSS, R. (1997). *Das Fieldbook zur Fünften Disziplin.* Stuttgart: Klett-Cotta.

SPIEGEL, H. v. (1993). *Aus Erfahrung lernen: Qualifizierung durch Selbstevaluation*. Münster: Votum-Verlag.

STRAUSS, A. L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung.* München: Fink.

STREECK, U.(2000). Editorial und Resümee. *Psychotherapie im Dialog* 4.

TRÄGERVERBUND „KRISENVERSORGUNG DES LANDES BERLIN“ (GBR) (1999): Konzeption einer ambulanten Krisenversorgung für Berlin, verabschiedet vom Landespsychiatriebeirat am 23.02.98 (überarbeitet auf der Grundlage der Berliner Bezirksreform und des Beschlusses zur Bildung von

6 Planungsregionen für Soziales und Gesundheit im Land Berlin) Stand April 1999

TROJAN*, A. &* LEGEWIE*, H.* (1999). Methodenvielfalt in der Gesundheitsforschung. *Gemeindepsychologischer Rundbrief* 5, 7 –18.

WIENBERG, G. (Hrsg.). (1993). *Bevor es zu spät ist... Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Standards und Modelle.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.

WIENBERG, G. (Hrsg.). (1997). *Schizophrenie zum Thema machen.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.

WIRTMÜLLER, R. & FÄHNDRICH, E. (1998): Wie wirksam ist die stationäre Krisenintervention? *Suizidprophylaxe* 1, 13-16

WÖHE, G.(1990). *Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre*. München: Vahlen.

WULFF, E. (1999). Rückblick auf die Psychiatriereform und Zukunftsperspektiven. In T. MEISSEL & G. EICHBERGER, (Hrsg.), *Aufgabe, Gefährdungen und Versagen der Psychiatrie* (103-116).

ZIMMERMANN, R.B. (1996). Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus. Die wichtigsten juristischen Grundlagen. *Berliner Ärzte* 8, 23.

ZIMMERMANN, R.B. (2001): Theorien und Methoden psychiatrischer Krisenintervention. In E. WÜLLENWEBER, & G. THEUNISSEN (Hrsg.), *Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung* (95-116). Stuttgart, W. Kohlhammer-Verlag.

8.2 Qualifikationsarbeiten, Studienarbeiten (z. T. noch unveröffentlicht)

BALLON M., KRAUTWURM A., KÜTTNER, E.-M. (2002). *Angehörige als Klienten des Berliner Krisendienstes*. Studienarbeit an der KFB.

BILDA, S. (2002). *Kann der Berliner Krisendienst Klinikeinweisungen verhindern.* Diplomarbeit, Katholische Hochschule Berlin.

BLÜTHMANN I. & MORPER, E. (2001). *Ziele und Vorstellungen der Geschäftsführer im Berliner Krisendienst*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

BOCK, A. v. & LANGE, J.-S. (2002). *Zum Ungang der MitarbeiterInnen des BKD mit Suizidalität bei Klienten mit Borderlinestruktur*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

BÜRGER J., GROSS, T., MANDERLA, S. & WARNKING, G. (2002). *Zwangseinweisungen nach PsychKG. Qualitative Textanalyse von Freitexteingaben aus der Mitarbeiter-BaDo des BKD.* Studienarbeit an der KFB.

DORRER, Ch. (2001). *Ziele und Motive der Mitarbeiter des Berliner Krisendienstes ermittelt in einer Zukunftswerkstatt*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

FISCHER, P. (2000). *Der Berliner Krisendienst und seine Zusammenarbeit mit Wohnprojekten für psychisch kranke Menschen am Beispiel der Bezirke Pankow, Prenzlauer Berg, Weißensee und Reinickendorf*. Diplomarbeit, Katholische Hochschule Berlin.

FREIKAMP, U. (2002). *Klassifizierung der Klientel des Berliner Krisendienstes hinsichtlich durchlebter Krise, erfolgter Krisenintervention und soziodemografischer Herkunft*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

HÖRBIGER, B. (2001). *Ziele und Motive der Honorarkräfte des Berliner Krisendienstes*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

HUTTNER I. (2002). *Entwicklung des Fragebogen zur Einschätzung des Erlebens beim Kontakt (FEEK)*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

JUNGNICKEL H. (2002). *Handlungskonzepte von Honorarmitarbeitern des Krisendienstes bei Mobilen Einsätzen*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

KIRCHNER. A. (2001). *Umgang mit Krisen in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

KITZEROW, S., SCHMISCHKE, D. & ZENGERLING, S. (2002) *Kontakte des Berliner Krisendienstes im gB-Bereich. Qualitative Textanalyse*. Studienarbeit an der KFB.

KOLMER. S. (2002). *Der Mensch in einer Krise im Kontext einer ärztlichen Praxis*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

MAI, K. (2002). *Bewertung erfahrener Hilfe. eine Evaluation des Berliner Krisendienstes aus Klientenperspektive*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

NICODEMUS, R. (2002). *Supervision zwischen Verordnung und Eigeninteresse*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

OELLINGRATH S. (2002). *Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten von Festmitarbeitern im Berliner Krisendienst*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

POHL, S. (2002). *Die Rolle der Hintergrundärzte im Berliner Krisendienst*. Diplomarbeit, Katholische Hochschule Berlin.

ROELING, R. & HAMMER, Th. (2002). *Die Exploration von Bewertungskriterien der Klienten in Bezug auf den Berliner Krisendienst: Eine qualitative Studie*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

SCHLECHT D. & REDEL P. (2002). *Kooperation zwischen BKD und der Berliner Polizei; Fragebogen an alle BKD-Teams*. Studienarbeit an der KFB.

SEIFERT, M. (1993). *Zur Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Berlin*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

VOGT, S. (2002). *Kritische Betrachtung einer Kosten-Nutzen-Analyse im psychosozialen Bereich*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

WASSERMEYER, J. (2002). *Burnout und Kreativität bei der Krisenarbeit*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

WESTERMANN J. (2002). *Krisenkonzepte und Arbeitsweisen von Honorarkräften, Standort Süd-West*. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1: Inanspruchnahme nach Monaten 6
Abbildung 2: Differenz der Anzahl der Kontakte nach Berichtsjahren 7
Abbildung 3: Relativer Anteil der Kontaktpersonenarten nach Berichtsjahren 8
Abbildung 4: Kontakte getrennt nach relativem Anteil der Kontaktpersonen (Angaben bezogen jeweils auf die Kontaktpersonenart) 9
Abbildung 5: Kontakte getrennt nach Regionen und Diensten 10
Abbildung 6: Anteil der Personen nach Regionen und Berichtsjahren 11
Abbildung 7: Art der Kontaktperson nach Regionen 12
Abbildung 8: relativer Anteil nach Art des Kontaktes getrennt nach Regionen 12
Abbildung 9: Kontakte und Personen nach Regionen 15
Abbildung 10: Vergleich der relativen Kontaktpersonen gB vs. Alle Personen 19
Abbildung 11: Geschlecht der Nutzer 22
Abbildung 12: Relativer Altersvergleich der Nutzer des BKD mit der Berliner Bevölkerung 23
Abbildung 13: Nationalität der Nutzer des BKD 24
Abbildung 14: Relativer Ausländeranteil der Nutzer des BKD und der Berliner Bezirke 25
Abbildung 15: Einkommensquelle der BKD-Nutzer und der Berliner Bevölkerung 26
Abbildung 16: Geschätzte finanzielle Situation der Klienten des BKD 27
Abbildung 17: Relativer Anteil ausgewählter Zustandsbilder 29
Abbildung 18: Verteilung ausgewählter Diagnosen nach ICD-10 30
Abbildung 19: Anteil akut suizidaler Klienten 31
Abbildung 20: Akute Suizidalität getrennt nach Diagnosegruppen 32
Abbildung 21: Verteilung auf die Diagnosegruppen 33
Abbildung 22: Verteilung auf die Untergruppen de Schizophrenie 34
Abbildung 23: Diagnosen und Einsatzarten 35
Abbildung 24: Diagnosegruppen und akute Suizidalität 36
Abbildung 25: Grad der Bedrohung von Personen und Gütern 37
Abbildung 26: Bedrohungsgrad nach Regionen 38
Abbildung 27: Einschätzung der Probleme der Nutzer durch die Mitarbeiter 39
Abbildung 28: Einschätzung des Bedarfs der Klienten durch die Mitarbeiter 40
Abbildung 29: Bedarfe der Angehörigen 43
Abbildung 30: Bedarfe der Professionellen 45
Abbildung 31: Kontaktart und Interventionen getrennt nach Zielgruppen 48
Abbildung 32: Dauer (Mittelwerte in Minuten) der Kontakte gB vs. alle anderen Kontakte 55
Abbildung 33: Einsatzart getrennt nach gB und alle Kontakte 56
Abbildung 34: Vergleich der relativen Verteilung auf die Altersgruppen, gB- vs. alle Personen 57
Abbildung 35: Wohnformen der Klienten mit geistiger Behinderung 58
Abbildung 36: Ausgewählte Zustandsbilder gB- vs. alle Klienten 61
Abbildung 37 Vergleich der Interventionen gB vs. alle Kontakte 62
Abbildung 38: „Von der Krise mitbelastet“ gB- vs. alle Kontakte 64
Abbildung 39: Personen nach Versorgungsregionen und Berichtsjahren 67
Abbildung 40: Kontakte nach der regionalen Herkunft der Nutzer getrennt nach Kontaktart 69

Abbildung 41: Einrichtungen, zu denen die Klienten früher oder derzeit Kontakt hatten/ haben 73
Abbildung 42: Konsequenzen beim Hilfesuchenden, die mit einer positiven Bewertung des BKD in Zusammenhang stehen 78
Abbildung 43: Bewertung und Beratercharakteristika 81
Abbildung 44: Faktoren, die eine negative Bewertung der Beratung nahe legen. 82
Abbildung 45: Von den Mitarbeitern geschätzter Nutzen der eigenen Arbeit 92
Abbildung 46: Zielerreichung anhand der Bedarfskategorien (Mittelwerte)..... 93
Abbildung 47: Suizidalität nach Ende des Kontaktes 94
Abbildung 48: Bewertung der Leistungen des BKD 96
Abbildung 49: Bewertung und Inanspruchnahme (Zahlen innerhalb der Balken = Anzahl der Einrichtungen)..... 97
Abbildung 50: Gesamtbewertung des BKD 98
Abbildung 51: Verarbeitete Fälle der BaDo 152
Abbildung 52: Rücklauf nach Einrichtungen..... 171
Abbildung 53: Befragte Einrichtungen nach Größe 172
Abbildung 54: Rotierte Komponentenmatrix..... 173
Abbildung 55: Gesamtkorrelationstabelle (Faktorenwerte). Der Übersichtlichkeit zuliebe wurde „nicht signifikant“ mit „ns“ abgekürzt und die Signifikanz durch Sternchen symbolisiert..... 176

Tabellen

Tabelle 1: tatsächliche und rechnerisch erwartete Kontaktzahl nach Regionen .. 14
Tabelle 2: Handausgezählte gB-Kontakte (1.1.01-30.9.01) 17
Tabelle 3: Handausgezählte gB-Kontakte (1.10.01-30.04.02) 18
Tabelle 4: Faktorenanalyse über Bedarfskategorien..... 41
Tabelle 5 Zusammenfassende Beschreibung der Klassifizierung in drei Gruppen (Teil 1)..... 52
Tabelle 6: Zusammenfassende Beschreibung der Klassifizierung in drei Gruppen (Teil 2)..... 53
Tabelle 7: Vergleich der Dauer der Kontakte gB-Klienten vs. alle Kontakte (Mittelwerte in Minuten)..... 54
Tabelle 8: Vergleich ausgewählter Probleme gB vs. alle Kontakte 58
Tabelle 9: Relativer Anteil der Personen nach ihrer regionalen Herkunft..... 68
Tabelle 10: Derzeitige und frühere Kontakte zu Diensten vom Mai 2000-April 2002 71
Tabelle 11: Faktor 1 des FEEK 85
Tabelle 12: Faktor 2 des FEEK 86
Tabelle 13: Faktor 3 des FEEK 86
Tabelle 14: Faktor 4 des FEEK 87
Tabelle 15: Faktor 5 des FEEK 87
Tabelle 16: Faktor 6 des FEEK 88
Tabelle 17: Faktor 7 des FEEK 88
Tabelle 18: Fiktive Krankenhauskosten für 125 Fälle (Alternative zu Klinikeinweisung) und relativer Anteil an den Kosten eines Standortes des BKD) 106
Tabelle 19: Ergebnisse der Berechung für 64 Klienten im Überblick. 107
Tabelle 20: Zusammenstellung der Ergebnisse der Berechnungen..... 108
Tabelle 21: Zusammenstellung der Gesamtkosten 109
Tabelle 22: Adressaten für Fragebögen I 169

Tabelle 23: Adressaten für Fragebögen II 170
Tabelle 24: Merkmale der Probanden (ausfüllende Personen) 172
Tabelle 25: Informiertheit getrennt nach HMI und nicht-HMI 174
Tabelle 26: Merkmale der Befragten 178
Tabelle 27: Zuordnung der Stunden der Mitarbeiter (Festmitarbeiter und Honorarmitarbeiter) eines Standortes 2001 185

9. Materialanhang

9.1 Verarbeitete Fälle aus der BaDo

Verarbeitete Fälle bei Auswertungen nach Personen						
	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Gruppe * Berichtsjahr	51763	99,9	69	0,1	51832	100
Nationalität * Berichtsjahr	48592	93,7	3240	6,3	51832	100
Zum BKD gelangt * Berichtsjahr	40587	78,3	11245	21,7	51832	100
Altersklassen * Berichtsjahr	28997	55,9	22835	44,1	51832	100
Bezirk in Berlin * Berichtsjahr	28946	55,8	22886	44,2	51832	100
Einkommensquelle * Berichtsjahr	29689	57,3	22143	42,7	51832	100
Finanzielle Lage * Berichtsjahr	28617	55,2	23215	44,8	51832	100
Familienstand * Berichtsjahr	28657	55,3	23175	44,7	51832	100
Anzahl der Kinder * Berichtsjahr	32667	63,0	19165	37,0	51832	100
Wohnen * Berichtsjahr	28649	55,3	23183	44,7	51832	100
Standort des BKD * Berichtsjahr	51832	100,0	0	0,0	51832	100
Anzahl der GB-Kontakte * Berichtsjahr	51832	100,0	0	0,0	51832	100
Anzahl der Vermittlungen von anderen an BKD * Berichtsjahr	1292	2,5	50540	97,5	51832	100
Anzahl früher Kontakt zu * Berichtsjahr	3581	6,9	48251	93,1	51832	100
Anzahl heute Kontakt zu * Berichtsjahr	5822	11,2	46010	88,8	51832	100
Anzahl der Vermittlungsversuche * Berichtsjahr	3610	7,0	48222	93,0	51832	100
Anzahl der Vermittlungen des BKDs an andere * Berichtsjahr	11278	21,8	40554	78,2	51832	100
Summe Vermittlungen ohne früher * Berichtsjahr	18206	35,1	33626	64,9	51832	100
Summe Vermittlungen alle * Berichtsjahr	19087	36,8	32745	63,2	51832	100
Summe Vermittlungen von, Versuche, an * Berichtsjahr	14510	28,0	37322	72,0	51832	100
Region * Berichtsjahr	51832	100,0	0	0,0	51832	100
Geschlecht kurz * Berichtsjahr	49699	95,9	2133	4,1	51832	100
Nationalität kurz * Berichtsjahr	48592	93,7	3240	6,3	51832	100
Versorgungsregion * Berichtsjahr	28460	54,9	23372	45,1	51832	100

Abbildung 51: Verarbeitete Fälle der BaDo

9.2 Materialien zum Fragebogen *Krisenarbeit in Berlin*

9.2.1 Der Fragebogen

A: Wir bitten Sie zunächst um Angaben zu Ihrer Person und zu der Institution, in der Sie arbeiten.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen und kreuzen Sie die zutreffende Antwort an:

1. Sind Sie **weiblich.....** ❒ **1** GESCHL
männlich..... ❒ **2**

2. Wie alt sind Sie? _____ Jahre
ALTER

3. Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? BERUF

Dipl.Sozialarbeiterin / Dipl. Soz.-Päd.....❒ 1
Diplom-Psychologin..... ❒ 2
Krankenpflegerin..... ❒ 3
Ärztin..... ❒ 4
Ergotherapeutin..... ❒ 5
Heilerziehungspflegerin..... ❒ 6
Altenpflegerin..... ❒ 7
Physiotherapeutin..... ❒ 8
andere (.....)..... ❒ 9

4. Wie viele Jahre arbeiten Sie schon in der auf Seite III genannten Einrichtung?
_____ Jahre JAHREEIN

5. Zuständigkeit der Einrichtung ZUSTBE

Die Einrichtung hat überregionale Zuständigkeit..... 1
Die Einrichtung ist ausschließlich für einen Bezirk
bzw. Sektor tätig..... ❒ 2
Die Einrichtung ist in einem Bezirk bzw. Sektor tätig,
wird aber auch überregional genutzt.....❒ 3

6. Wie viele Mitarbeiterinnen hat Ihre Einrichtung? AZAHLMI

Ich arbeite allein..... ❒ 1
2-5..... ❒ 2
6 -10..... ❒ 3
11-50..... ❒ 4
über 50..... ❒ 5

6a) Haben Sie persönlich mit Krisenarbeit zu tun?

ja..... ❒ 1 nein.... ❒ 2

6b) Wenn Sie <u>nicht</u> allein arbeiten, übernehmen Sie in Ihrer Einrichtung eher

administrative Aufgaben (Leitungsfunktionen)..... ❒ 1 FUNKTION
konkrete Arbeit mit den Klienten..... ❒ 2

7. In welchem Umfang ist <u>Ihre Einrichtung</u> mit folgenden Tätigkeiten/Aufgaben befasst?

Bitte nehmen Sie zu allen angegebenen Tätigkeiten Stellung!

Mit dieser Tätigkeit ist die Einrichtung befasst	nie 1	selten 2	gelegentlich 3	oft 4	immer 5	
Sozial- und Rechtsberatung	❒	❒	❒	❒	❒	T1
Psychologische Diagnostik	❒	❒	❒	❒	❒	T2
Krisenintervention	❒	❒	❒	❒	❒	T3
Klientinnen-Information über ihre Erkrankung	❒	❒	❒	❒	❒	T4
Psychosoziale Beratung	❒	❒	❒	❒	❒	T5
Medizinische Diagnostik	❒	❒	❒	❒	❒	T6
medikamentöse Behandlung	❒	❒	❒	❒	❒	T7
Initiieren bzw. Ermöglichung von kulturellen Aktivitäten	❒	❒	❒	❒	❒	T8
Psychotherapie	❒	❒	❒	❒	❒	T9
Soziotherapie	❒	❒	❒	❒	❒	T10
Arbeits- und Beschäftigungstherapie	❒	❒	❒	❒	❒	T11
Beteiligung an Einweisungen nach PsychKG	❒	❒	❒	❒	❒	T12
Gesundheitsberatung	❒	❒	❒	❒	❒	T13
Gremienarbeit	❒	❒	❒	❒	❒	T14
Gutachtenerstellung	❒	❒	❒	❒	❒	T15
Anbieten von Tagesstrukturierung	❒	❒	❒	❒	❒	T16
Psychoedukation	❒	❒	❒	❒	❒	T17
Öffentlichkeitsarbeit	❒	❒	❒	❒	❒	T18
Beratung von Mitarbeiterinnen anderer Einrichtungen / Konsiliartätigkeit	❒	❒	❒	❒	❒	T19
Beratung und Unterstützung bei Arbeitslosigkeit	❒	❒	❒	❒	❒	T20
Anleitung / Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen	❒	❒	❒	❒	❒	T21
Gruppenarbeit bzw. Gruppentherapie	❒	❒	❒	❒	❒	T22
stadtteilbezogene Arbeit	❒	❒	❒	❒	❒	T23
Schaffung von Aktivitäts- und Begegnungsmöglichkeiten	❒	❒	❒	❒	❒	T24
Weiterverweisen von Klientinnen an andere Einrichtungen	❒	❒	❒	❒	❒	T25
Beratung und Unterstützung bei Problemen im Bereich Wohnen	❒	❒	❒	❒	❒	T26
Sonstige: _____ _____	❒	❒	❒	❒	❒	T27

8. Welche Grundsätze leiten das Handeln in Ihrer Einrichtung?

Dieser Grundsatz bestimmt das Handeln:	gar nicht 1	wenig 2	zum Teil 3	ziemlich 4	völlig 5	
kurze Interventionen anstreben	❒	❒	❒	❒	❒	G1
wenn nötig, auch stellvertretend für die Klientinnen handeln	❒	❒	❒	❒	❒	G2
sich mit anderen Helferinnen und Institutionen im Bezirk abstimmen	❒	❒	❒	❒	❒	G3
Partei für die Menschen ergreifen	❒	❒	❒	❒	❒	G4
gegenseitiges Vertrauen herstellen	❒	❒	❒	❒	❒	G5
Klientinnen befähigen, Problemen und Menschen nicht aus dem Weg zu gehen	❒	❒	❒	❒	❒	G6
das soziale Umfeld (Angehörige, Freundinnen usw.) einbeziehen	❒	❒	❒	❒	❒	G7
sozial- und gesundheitspolitisches Engagement	❒	❒	❒	❒	❒	G8
Ressourcen im Alltag erschließen	❒	❒	❒	❒	❒	G9
auf Eigenverantwortlichkeit der Klientinnen Wert legen	❒	❒	❒	❒	❒	G10
die eigene Befindlichkeit als Mitarbeiterin beachten	❒	❒	❒	❒	❒	G11
zunächst das Störungsbild diagnostizieren	❒	❒	❒	❒	❒	G12
für psychische Entlastung der Klientinnen sorgen	❒	❒	❒	❒	❒	G13
eng mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten	❒	❒	❒	❒	❒	G14
Klientinnen einen schützenden Rahmen geben	❒	❒	❒	❒	❒	G15
Kontinuität der Hilfe im Bezirk gewährleisten	❒	❒	❒	❒	❒	G16
Einsatz für ein vielfältiges Angebot in der regionalen Versorgung	❒	❒	❒	❒	❒	G17
die Klientinnen so bald wie möglich wieder loslassen	❒	❒	❒	❒	❒	G18
neue, auch unkonventionelle Wege der Hilfe suchen	❒	❒	❒	❒	❒	G19
Empathie ins Zentrum der Arbeit mit den Klientinnen stellen	❒	❒	❒	❒	❒	G20
Sonstiges:_____	❒	❒	❒	❒	❒	G21
_____	❒	❒	❒	❒	❒	G22
	gar nicht 1	wenig 2	zum Teil 3	ziemlich 4	völlig 5	

B: Mit welchen Nutzerinnen- bzw. Zielgruppen arbeitet Ihre Einrichtung?

Bitte kreuzen Sie alle Gruppen an, mit denen Sie arbeiten!

1. Zielgruppe	nie 1	selten 2	gelegent-lich 3	oft 4	immer 5	
Kinder	❒	❒	❒	❒	❒	ZIEL1
Jugendliche	❒	❒	❒	❒	❒	ZIEL2
Erwachsene	❒	❒	❒	❒	❒	ZIEL3
Ältere Menschen (älter als 65 Jahre)	❒	❒	❒	❒	❒	ZIEL4
Männliche Klienten	❒	❒	❒	❒	❒	ZIEL5
Weibliche Klientinnen	❒	❒	❒	❒	❒	ZIEL6
Menschen deutscher Herkunft	❒	❒	❒	❒	❒	ZIEL7
Menschen anderer nationaler Herkunft	❒	❒	❒	❒	❒	ZIEL8

2. ausgewählte Problembereiche der Nutzerinnen:	nie 1	selten 2	gelegent-lich 3	oft 4	immer 5	
Rechtsfragen, Ämter, Finanzielles	❒	❒	❒	❒	❒	PK1
privates soziales Netz	❒	❒	❒	❒	❒	PK2
Berufliches Umfeld (z.B. Mobbing)	❒	❒	❒	❒	❒	PK2
Institutionelles Umfeld (Psychosoziales Hilfesystem)	❒	❒	❒	❒	❒	PK3
Wohnumfeld/Nachbarn	❒	❒	❒	❒	❒	PK4
Einsamkeit	❒	❒	❒	❒	❒	PK5
Obdachlosigkeit	❒	❒	❒	❒	❒	PK6
Arbeitslosigkeit	❒	❒	❒	❒	❒	PK7
Gewalterfahrungen/ -androhungen	❒	❒	❒	❒	❒	PK8
sexueller Missbrauch	❒	❒	❒	❒	❒	PK9
Schwangerschaft/ Geburt und Familienplanung	❒	❒	❒	❒	❒	PK10
Verlusterlebnisse	❒	❒	❒	❒	❒	PK11
Sexuelle Identität	❒	❒	❒	❒	❒	PK12
Diskriminierung und politische Verfolgung	❒	❒	❒	❒	❒	PK13
Sekten	❒	❒	❒	❒	❒	PK14
Pflegebedürftigkeit	❒	❒	❒	❒	❒	PK15
Kranksein von Angehörigen	❒	❒	❒	❒	❒	PK16
Juristische Aspekte/ Haft	❒	❒	❒	❒	❒	PK17
Sonstiges:_____	❒	❒	❒	❒	❒	PK18
_____	❒	❒	❒	❒	❒	PK19
ausgewählte Problembereiche der Nutzerinnen:	nie 1	selten 2	gelegent lich 3	oft 4	immer 5	

3. Welchen diagnostischen Gruppen würden Sie die Nutzerinnen Ihrer Einrichtung zuordnen?

Diagnosegruppen der Nutzerinnen	nie 1	selten 2	gelegent-lich 3	oft 4	immer 5	
akute psychische Notsituation (inkl. Suizidalität)	❒	❒	❒	❒	❒	D1
Eßstörungen	❒	❒	❒	❒	❒	D2
Abhängigkeitserkrankungen	❒	❒	❒	❒	❒	D3
Schizophrenien	❒	❒	❒	❒	❒	D4
Affektive Psychosen (z.B. Depression, Manie)	❒	❒	❒	❒	❒	D5
Psychosomatische Störungen	❒	❒	❒	❒	❒	D6
Neurotische Störungen (z.B. Angst, Zwang, dissoziative Störungen)	❒	❒	❒	❒	❒	D7
Psychische Reaktionen auf belastende Ereignisse (z.B. Traumatisierungen)	❒	❒	❒	❒	❒	D8
Persönlichkeitsstörungen	❒	❒	❒	❒	❒	D9
Intelligenzminderung/ geistige Behinderung	❒	❒	❒	❒	❒	D10
Körperbehinderung	❒	❒	❒	❒	❒	D11
schwere körperliche Erkrankung	❒	❒	❒	❒	❒	D12
Demenzen und andere organische psychische Störungen	❒	❒	❒	❒	❒	D13
Psychische und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter	❒	❒	❒	❒	❒	D14
	nie 1	selten 2	gelegent-lich 3	oft 4	immer 5	

C: Krisen und Krisenarbeit

1. Wovon ist das Krisenverständnis der Einrichtung abhängig?

Bitte bringen Sie die aufgeführten Möglichkeiten in eine Rangreihe! Vergeben Sie die 1 für „am wichtigsten“.

Das Krisenverständnis unserer Einrichtung hängt ab	**Rangreihe** (1= am wichtigsten 5= am wenigsten wichtig)	UKV
vom Klientel	❐	
von den beruflichen Erfahrungen der Mitarbeiterinnen	❐	
von unserem Versorgungsauftrag	❐	
von der theoretischen Orientierung der Mitarbeiterinnen	❐	
von den institutionellen Rahmenbedingungen	❐	

2. Welche Formen von Krisen treten bei Ihren Klienten auf?

Psychiatrische Notfälle	❐	❐	❐	KF1
Krisen in Zusammenhang mit psychischen Störungen	❐	❐	❐	KF2
Reifungs- und Entwicklungskrisen	❐	❐	❐	KF3
Krisen in der Folge *unerwarteter und traumatischer* Belastung	❐	❐	❐	KF4
Krisen bei *zu erwartenden* Lebensveränderungen	❐	❐	❐	KF5
Sonstige_____ _____	❐	❐	❐	KF6

3. Was halten Sie für die Ursachen von Krisen Ihres Klientels?

Für das Ausbrechen einer Krise ist/sind	irrelevant 1	teils teils relevant 2	relevant 3	
gravierende soziale Probleme (z.B. Arbeitslosigkeit, Armut)	❒	❒	❒	KU1
bei psychisch kranken Menschen schon übliche Alltagsanforderungen	❒	❒	❒	KU2
tiefgreifende Selbstwertproblematik	❒	❒	❒	KU3
verdrängte Konflikte und Bedürfnisse	❒	❒	❒	KU4
mangelnde soziale Unterstützung	❒	❒	❒	KU5
belastende, überfordernde Ereignisse (z.B. Verlusterlebnisse)	❒	❒	❒	KU6
Lebensübergangsphasen (z.B. Pubertät, Wechseljahre)	❒	❒	❒	KU7
Gewalterfahrungen	❒	❒	❒	KU8
Wissen um eine lebensbedrohliche körperliche Erkrankung	❒	❒	❒	KU9
einmalige oder wiederholte traumatische Erfahrungen	❒	❒	❒	KU10
biologische Faktoren	❒	❒	❒	KU11
über längere Zeit nicht zu lösende Probleme und Konflikte	❒	❒	❒	KU12

4. Bei Klienten unserer Einrichtung führen wir selbst die Krisenintervention durch SELBSTKI

vollständig..... ❒ 1
zum Teil..... ❒ 2
in geringem Umfang.. ❒ 3
gar nicht..... ❒ 4

Wenn Sie soeben „gar nicht“ angekreuzt haben, bitte überspringen Sie C 5 und machen Sie weiter mit Frage C 6 auf der nächsten Seite!

5. Durch welche der folgenden Prinzipien lässt sich die Kriseninterventionsarbeit Ihrer Einrichtung beschreiben?

Kriseninterventionsprinzip:	eher nicht wichtig 1	unentschieden 2	eher wichtig 3	
stationäre Behandlung vermeiden	❒	❒	❒	KONKI1
Krisenintervention auf einmalige Kontakte beschränken	❒	❒	❒	KONKI2
eine kompetente Weitervermittlung der Klientinnen garantieren	❒	❒	❒	KONKI3
den biographischen Hintergrund der Menschen in Krisen unbedingt einbeziehen	❒	❒	❒	KONKI4
auf Beziehungskontinuität Wert legen	❒	❒	❒	KONKI5
Menschen in chronischen Krisen professionell unterstützen	❒	❒	❒	KONKI6
sich auf akute Notfälle beschränken	❒	❒	❒	KONKI7
nicht auf eine medizinisch-diagnostische Abklärung verzichten	❒	❒	❒	KONKI8
den Fokus auf das Hier und Jetzt richten	❒	❒	❒	KONKI9
das soziale Umfeld einbeziehen	❒	❒	❒	KONKI10
eine verbindliche Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Behandlung anstreben	❒	❒	❒	KONKI11
Weiteres Kriseninterventionsprinzip: _____ _____	❒	❒	❒	KONKI12

6. Wenn Ihre Einrichtung nicht vollständig Kriseninterventionsaufgaben für Ihre Klientel übernimmt, wen empfehlen bzw. an wen vermitteln Sie?

Vermittlung an:	nie 1	manchmal 2	häufig 3	ausschließlich 4	
niedergelassene Psychiaterinnen	❒	❒	❒	❒	AWV1
eine psychiatrische Klinik/Abteilung	❒	❒	❒	❒	AWV2
niedergelassene psycho-therapeutisch arbeitende Kolleginnen	❒	❒	❒	❒	AWV3
den Berliner Krisendienst	❒	❒	❒	❒	AWV4
den Sozialpsychiatrischen Dienst	❒	❒	❒	❒	AWV5
Selbsthilfegruppen	❒	❒	❒	❒	AWV6
die Telefonseelsorge	❒	❒	❒	❒	AWV7
Spezialisierte Einrichtungen (wie z.B. Fachkliniken oder Beratungsstellen)	❒	❒	❒	❒	AWV8
Sonstige: _____ _____	❒	❒	❒	❒	AWV9

7. Welche Rolle sollte eine Kriseneinrichtung im Versorgungssystem haben?

Eine Kriseneinrichtung sollte ...	ja 1	nein 2	
Weichensteller im psychosozialen Netz sein	❒	❒	VS1
sich als Puffer zur Psychiatrie verstehen	❒	❒	VS2
Ansprechpartner für psychisch gesunde Menschen in Lebenskrisen sein	❒	❒	VS3
eine beratende Institution für Professionelle anderer psychosoz. Einrichtungen im Versorgungsgebiet sein	❒	❒	VS4
die Menschen auffangen, die ansonsten durchs soziale Netz fallen oder kein soziales Netz haben	❒	❒	VS5
eine Anlaufstelle für psychisch kranke Menschen mit Dauerproblemen sein	❒	❒	VS6
eine Anlaufstelle für Menschen mit geistiger Behinderung mit akuten oder mit Dauerproblemen sein	❒	❒	VS7
in psychosozialen Einrichtungen tätigen Professionellen Entlastung bieten	❒	❒	VS8
Sonstiges: _____ _____	❒	❒	VS9

8. Was leistet Ihre Einrichtung, was erwarten Sie von einer Kriseneinrichtung?

Art der Leistung	übernehmen wir selbst			sollte ein Krisendienst übernehmen			
	ganz	teilweise	nicht	ganz	teilweise	nicht	
Information/Screening	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L1
Beratung in akuten Krisensituationen	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L2
stützende Gespräche	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L3
Hausbesuche, Intervention vor Ort	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L4
Vermittlung an weiterführende Hilfsangebote	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L5
umfassende Diagnostik	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L6
ständige Erreichbarkeit (24 h)	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L7
medikamentöse Behandlung	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L8
Übernachtung/Betten	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L9
engmaschige Betreuung	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L10
psychotherapeutische Behandlung	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L11
Deeskalation	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L12
Übernahme der Krisenintervention in Einrichtungen von z.B. geistig behinderten Menschen	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L13
Einweisungen veranlassen (außerhalb der üblichen Dienstzeiten)	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L14
weitere Leistung: _____ _____	❒	❒	❒	❒	❒	❒	L15

D: Zum Berliner Krisendienst (BKD)

1. Wie gut sind Sie über den Berliner Krisendienst informiert?

KENNBKD

sehr gut..... ❒ 1
gut..... ❒ 2
ein wenig..... ❒ 3
gar nicht..... ❒ 4

Falls Sie bei Frage 1 „gar nicht“ angekreuzt haben, übergehen Sie bitte die folgenden Fragen und machen Sie weiter mit Abschnitt E auf Seite 13!

2. Wann haben Sie zum ersten Mal vom Berliner Krisendienst gehört?

etwa im Quartal _____ des Jahres _____ BKDGEHOE

3. Wo bzw. über wen haben Sie zum ersten Mal vom Berliner Krisendienst gehört?

durch Werbung/ Zeitungsartikel/ Fernsehbeiträge... ❒ 1
durch Information/Werbung im Psychosozialen Bereich..... ❒ 2
über persönliche berufliche Kontakte..... ❒ 3
in Gremien (z.B. PsAG)..... ❒ 4
von Honorarmitarbeiterinnen des Berliner Krisendienstes aus unserer Einrichtung..... ❒ 5
von Mitarbeiterinnen des Berliner Krisendienstes.. ❒ 6
über Klienten.....❒ 7
im privaten Umfeld..... ❒ 8

4. Ich habe konkrete Erfahrungen mit dem BKD:

ja..... ❒ 1 KOERFBKD
nein.... ❒ 2

Wenn ja:

4a) Und zwar (v.a.) mit der Region _____ STANDBKD
(Falls Sie die Region nicht kennen, bitte geben Sie den Bezirk an!)

4b)Und zwar mit: TAGNACHT
(Mehrfachankreuzungen sind möglich)

Tagdienst (8-16 Uhr)..... ❒ 1
Spätdienst (16-24 Uhr)..... ❒ 2
Nachtdienst (24- 8 Uhr)..... ❒ 3

5. Welches Angebot des BKD haben Sie genutzt?

Angebot	Genutzt: ja oder nein	Wenn ja: Bewerten Sie Ihre Erfahrung entsprechend der Schulnoten (1 = sehr gut, 6= ungenügend)	
seine Screening-Funktion (fallbezogene Informationsvermittlung)	ja..... ❒ 1 nein.... ❒ 2	❒	NUTZ1
die ärztliche Hintergrundbereitschaft (u.a. Möglichkeit der medikamentösen Behandlung)	ja..... ❒ 1 nein.... ❒ 2	❒	NUTZ2
Unterstützung bei Klinikeinweisungen (Abklärung der Notwendigkeit, Begleitung)	ja..... ❒ 1 nein.... ❒ 2	❒	NUTZ3
aufsuchender Dienst	ja..... ❒ 1 nein.... ❒ 2	❒	NUTZ4
fachliche Beratung in Krisenfragen	ja..... ❒ 1 nein.... ❒ 2	❒	NUTZ5
Vermittlung von Klienten	ja..... ❒ 1 nein.... ❒ 2	❒	NUTZ6
gemeinsame Betreuung von Klienten	ja..... ❒ 1 nein.... ❒ 2	❒	NUTZ7
Anlaufstelle, wenn Kapazitätsgrenzen der Einrichtung erreicht sind bzw. Überbrückung (z.B. für Klienten auf Wartelisten)	ja..... ❒ 1 nein.... ❒ 2	❒	NUTZ8
Krisenfortbildung	ja..... ❒ 1 nein.... ❒ 2	❒	NUTZ9
Sonstiges: _____ _____	ja..... ❒ 1 nein.... ❒ 2	❒	NUTZ10

6. Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Klienten <u>empfohlen,</u> den Berliner Krisendienst in Anspruch zu nehmen?

ANBKDEMP

nie..... ❒ 1
weniger als 5 x..... ❒ 2
5 – 20 x..... ❒ 3
mehr als 20 x..... ❒ 4

7. Haben Sie in den letzten zwölf Monaten bezüglich bestimmter Klienten eng mit dem Berliner Krisendienst <u>zusammengearbeitet</u>?

CASEMAN

nie..... ❒ 1
weniger als 5 x..... ❒ 2
5 – 20 x..... ❒ 3
mehr als 20 x..... ❒ 4

8. Wissen Sie von Klienten, denen der Berliner Krisendienst in den letzten zwölf Monaten Ihre Einrichtung <u>empfohlen</u> hat?

VOMBKDEM

von keiner..... 1
von weniger als 5.. ❒ 2
von 5 – 20..... ❒ 3
von mehr als 20.... ❒ 4

9. Bitte bewerten Sie ausgehend von Ihren Erfahrungen: Leistet der BKD, was ein Krisendienst leisten sollte? Bitte bewerten Sie die Leistung in folgenden Bereichen:

Bereich	gut 1	mittel 2	unbefriedigend 3	
Öffentlichkeitsarbeit	❒	❒	❒	AN1
Kooperation	❒	❒	❒	AN2
Fortbildungsangebot	❒	❒	❒	AN3
Nutzerinnenorientierung (z.B. Zufriedenheit der Klientinnen	❒	❒	❒	AN4
Nutzung des medizinischen Hintergrunddienstes	❒	❒	❒	AN5
Angemessenheit des Angebots (erreicht die richtigen Leute)	❒	❒	❒	AN6
Effizienz (Verhältnis von Qualität und Ergebnis)	❒	❒	❒	AN7
Erweiterung das Behandlungsspektrums in Berlin	❒	❒	❒	AN8

10. Seit es den BKD gibt, wurde das Hilfsangebot in folgenden Problembereichen der psychosozialen Versorgung Berlins verbessert?

1._____
2._____
3._____
4._____
5._____

E: Kooperation und Vernetzung

1. Nennen Sie die drei Einrichtungen, mit denen Ihre Einrichtung am meisten zu tun hat!
Bringen Sie diese Einrichtungen in eine Rangreihe! Fangen Sie mit der Einrichtung an, mit der Sie am meisten kooperieren!

1_____
KOOP1

2_____
KOOP2

3_____
KOOP3

2. Wie viele Ihre Klienten nehmen gleichzeitig weitere professionelle Hilfe in Anspruch?

GLEICHZE

niemand..... ❒ 1
ein Viertel..... ❒ 2
die Hälfte..... ❒ 3
Dreiviertel..... ❒ 4
alle..... ❒ 5

3. Wo nehmen Ihre Klienten gleichzeitig weitere professionelle Hilfe im psychosozialen Versorgungsnetz in Anspruch?

	alle/ fast alle Klientinnen 1	einige Klientinnen 2	kaum Klientinnen /niemand 3	
bei der Hausärztin	❒	❒	❒	PARA1
bei ambulanten Fachärztinnen	❒	❒	❒	PARA2
in ambulanter Psychotherapie	❒	❒	❒	PARA3
in ambulanter Arbeitstherapie	❒	❒	❒	PARA4
in psychosozialen Beratungsstellen	❒	❒	❒	PARA5
bei aufsuchenden ambulanten Diensten	❒	❒	❒	PARA6
in Tageszentren/ Kontakt- und Begegnungsstätten	❒	❒	❒	PARA7
in einer Wohnbetreuung	❒	❒	❒	PARA8
bei Heilpraktikerinnen	❒	❒	❒	PARA9
in Selbsthilfegruppen	❒	❒	❒	PARA10
bei der Telefonseelsorge	❒	❒	❒	PARA11
beim Berliner Krisen-dienst	❒	❒	❒	PARA12
in Kliniken / Klinik-ambulanzen	❒	❒	❒	PARA13

F: Haben Sie Anmerkungen / Kommentare / Bemerkungen

1. ***zum Thema Krisenarbeit, Kooperation und Vernetzung oder zum Berliner Krisendienst?***

_____

2. ***zum Fragebogen?***

_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

9.2.2 Methodische Vorgehensweisen Fragebogen *Krisenarbeit in Berlin*

Anmerkungen zur Stichprobenziehung
Für die Region Mitte wurden aus der Grundgesamtheit aller relevanten psycho**sozialen und medizinischen Institutionen der Bezirke dieser Region (Adressen: N ≈ 1700)**
Anbieter nach folgender Logik ausgewählt:

Grundgesamtheit Region Mitte:
Fragebögen an Einrichtungen, die spezifische Bevölkerungsgruppen in Krisensituationen aufsuchen können:

Anbieter im Bereich:	**Anzahl der versendeten Fragebögen:**
Selbsthilfe	**48**
Arbeit/Arbeitslosigkeit (inkl. Mobbing)	**15**
Frauen	**22**
Männer	**10**
Familie/Erziehung/Ehe/Scheidung	**20**
Schwere Krankheiten (Aids, Krebs, MS)	**11**
Wohnen	**14**
Schulden	**6**
Obdachlosigkeit	**11**
Sucht/Drogen	**30**
Straffällige	**7**
Opfer von Gewalt, Missbrauch und anderen Traumatisierungen	**14**
Sterben	**6**
Alte	**63**
Ausländer	**57**
Heilpädagogischer Bereich	**61**
Psychiatrie	Stationär: **31** ambulante Versorgung (außer niedergelassene Psychiater): **87** (insgesamt: **118**)

Tabelle 22: Adressaten für Fragebögen I

Fragebögen an Anbieter im psychosozialen und Gesundheitsbereich, die für (fast) alle Bevölkerungsgruppen zuständig sind:

Anbieter	**Anzahl der versendeten Fragebögen**
niedergelassene Ärzte	Hausärzte: **40** Psychiatrie/Neurologie: **40**
Kirchen (evangelische, katholische sowie jüdische Gemeinde und Islamische Gemeinden)	**41**
Krisen- und Notdienste (alle)	**24**
Psychotherapeuten	**79**
Institutionen Region Mitte insgesamt:	**737**
134 Einrichtungen, in denen Honorar-mitarbeiter des BKD hauptberuflich tätig sind	**202** **(+20)**
insgesamt verschickte Fragebögen:	N = **939**

Tabelle 23: Adressaten für Fragebögen II

Insgesamt wurden 737 Fragebögen an psychosoziale und medizinische Institutionen in der Region Mitte verschickt
Die Rücklaufquoten zeigen, dass der Rücklauf in den Fällen gering war, wo sich Einrichtungen, wie wir vermuten, wenig von der Thematik des Fragebogens angesprochen fühlten (etwa die Kirchen). Der Rücklauf zufriedenstellend bei Einrichtungen, die stark in die Krisenarbeit involviert sind und zudem kooperative Beziehungen unterhalten (psychiatrische Einrichtungen).

Einrichtungen der Honorarmitarbeiter des BKD: An die 134 Einrichtungen in Gesamtberlin, in denen Honorarmitarbeiter 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 rd. 30%.
Davon sind 66% der Region Mitte zuzurechnen und 33% (N=91) den Institutionen der Honorarmitarbeiter.
Angesichts der Feindifferenzierung 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 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.

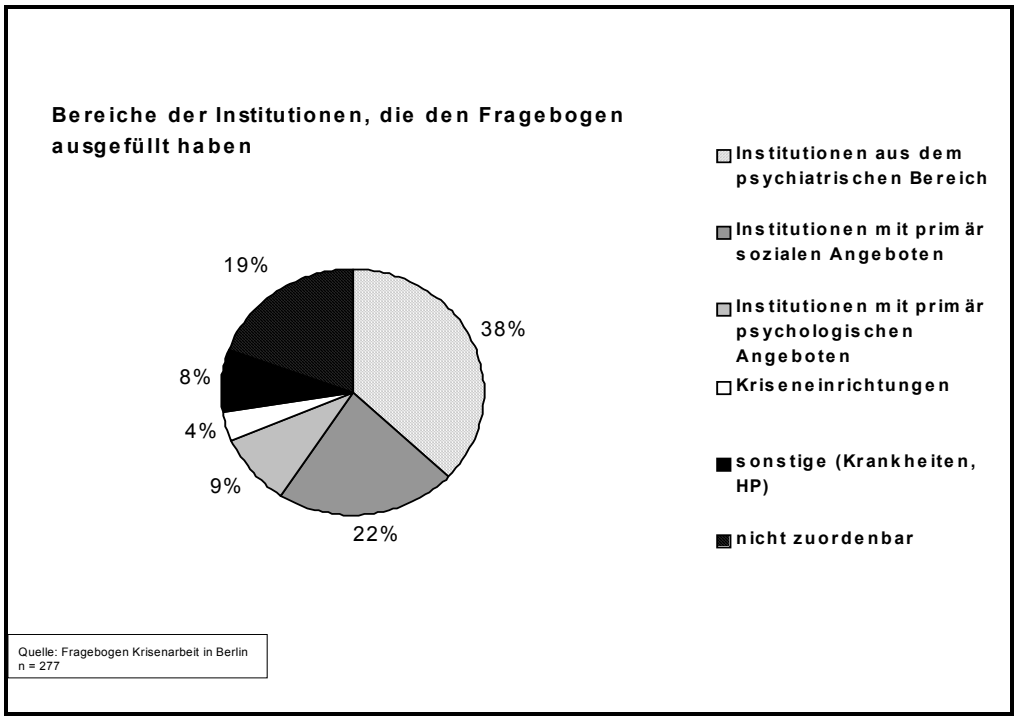

Abbildung 52: Rücklauf nach Einrichtungen

Sozialdemografische und Hintergrunddaten über die Institutionen, die den Fragebogen ausgefüllt haben:

Die im Namen der Einrichtung/ Institution ausfüllenden Personen (=Probanden):

Variable	insgesamt	männlich	Weiblich
Geschlecht der Proband/inn/en (N)	**275**	**106**	**169**
Alter der Proband/inn/en in Jahren (Mittelwert)	**44**	**44**	**43**
berufliche Verweildauer in der befragten Einrichtung (Mittelwert, Jahre)	**7,7**	**8,2**	**7,3**
Berufsgruppen der Proband/inn/en	Sozialarbeiter/in **88** PsychologIn **67** Arzt/Ärztin **51** Pflege **13** andere **46**	Sozialarbeiter **31** Psychologen **24** Arzt **26** Pflege **3** andere **19**	*Sozialarbeiter* **57** Psychologin **43** Ärztin **25** Pflege **10** andere **27**
Leistet der/die Proband/in persönlich Krisenarbeit?	**ja 232** **nein 34**	**ja 88** **nein 16**	**ja 144** **nein 18**

Funktion des Probanden/ der Probandin in der untersuchten Einrichtung	administrattiv **50** ***Klient/inn/en-*** arbeit **151** beides **51**	administrattiv **23** ***Klient/inn/en-*** **arbeit** **55** beides **21**	administrattiv **27** ***Klient/inn/en-*** arbeit **96** beides **30**

Tabelle 24: Merkmale der Probanden (ausfüllende Personen)

Zuständigkeit der befragten Einrichtungen:

Größe der Einrichtung, aus der die befragten Mitarbeiter stammen:

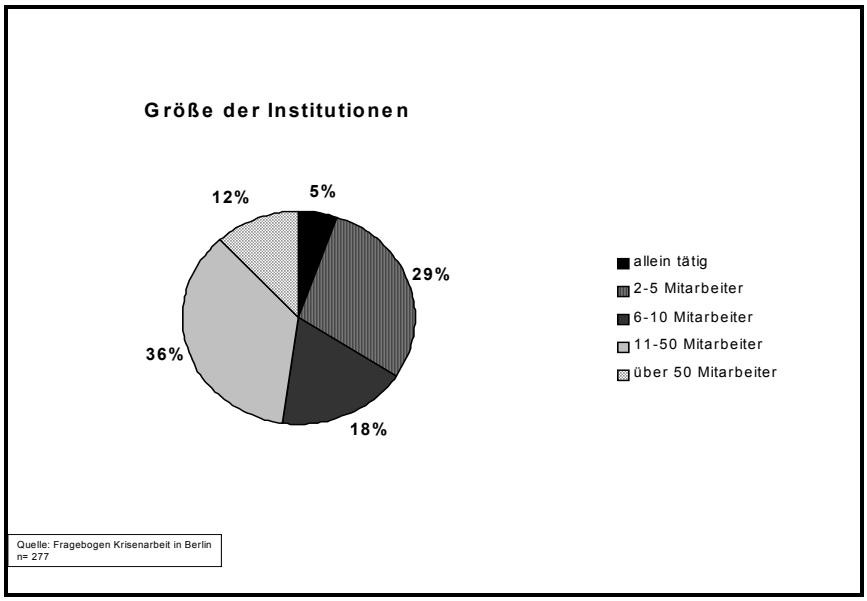

Abbildung 53: Befragte Einrichtungen nach Größe

Faktorenanalyse zu subjektiven Theorien

Das Krisenverständnis wurde mit einer Vielzahl von Fragen erhoben. Um die Komplexität dieser Daten zu reduzieren, wurden Faktorenanalysen durchgeführt. Die subjektiven Theorien der Befragten zu den Ursachen von Krisen wurden mit Hilfe einer Faktorenanalyse zu 3 Faktoren zusammengefasst.

Rotierte Komponentenmatrix[a]

	Komponente		
	1	2	3
Gewalterfahrungen	,734		
traumatische Erfahrungen	,702		
mangelde soz. Unterstützung	,624		,338
gravierende soz. Probleme (z.B.Armut)	,583		
belastende, überfordernde Ereignisse	,583		
verdrängte Konflike u.Bedürfnisse		,745	
tiefgreifende Selbstwertproblematik		,738	
bie psy.Kranken bei üblichen Alltaganforderungen		,716	
über längere unlösbare Probleme	,370	,437	
Lebensübergangphasen	,301	,427	,310
biologische Faktoren			,846
Wissen um lebensbedrohliche körpl.Erkrankung	,381		,660

Klient/in als Opfer

Klient/in als probl. Person

biol. Faktor

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.
Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert.

Abbildung 54: Rotierte Komponentenmatrix

I. „Klient/in als Opfer“ von Traumata, sozialen Problemen, mangelnder Unterstützung etc.
II: „Klient/in als problematische Person“; verdrängte Konflikte und Bedürfnisse, tiefgreifende Selbstwertproblematik
III. Biologischer Faktor

Synergie durch Vernetzung: Das Honorarmitarbeitermodell

Vergleich Honorarmitarbeiter-Institutionen (HMI) mit Einrichtungen ohne HM

Die Frage im Fragebogen lautete: Wie gut sind Sie über den BKD informiert?

Das Ergebnis: HMI sind besser über den BKD informiert Es ist auf dem 0,001%-Niveau signifikant. Das entspricht einer Korrelation von r =.31, d.h. je besser die Einrichtung informiert ist, desto häufiger handelt es sich um eine HMI.
Hier sind HMI mit allen Einrichtungen verglichen worden, also auch solche, die keine Kooperation mit dem BKD gehabt haben.

wie gut über BKD informiert * Honorarmitarbeiter Kreuztabelle

			Honorarmitarbeiter		
			ja	nein	Gesamt
wie gut über BKD informiert	sehr gut	Anzahl	27	25	52
		% von wie gut über BKD informiert	51,9%	48,1%	100,0%
	gut	Anzahl	47	69	116
		% von wie gut über BKD informiert	40,5%	59,5%	100,0%
	ein wenig	Anzahl	14	66	80
		% von wie gut über BKD informiert	17,5%	82,5%	100,0%
	gar nicht	Anzahl	1	20	21
		% von wie gut über BKD informiert	4,8%	95,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	89	180	269
		% von wie gut über BKD informiert	33,1%	66,9%	100,0%

Symmetrische Maße

		Wert	Asymptotischer Standardfehler[a]	Näherungsweises T[b]	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	,305			,000
Intervall- bzgl.	Pearson-R	,315	,051	5,418	,000[c]
Ordinal- bzgl. Ordinalmaß	Korrelation nach Spearman	,317	,053	5,452	,000[c]
Anzahl der gültigen Fälle		269			

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

c. Basierend auf normaler Näherung

Tabelle 25: Informiertheit getrennt nach HMI und nicht-HMI

Korrelationen (Pearson)	**1. Konkrete Aspekte der Kooperation mit dem BKD**	**2. Gesamtfaktor Bewertung**
Korrelation zwischen Bewertung und Kooperation	**.35*** **	**.35*** **
3. FA: Grundsätze, die das Handeln leiten (Faktoren):		
Grundsatz 1: regionale Netzwerkarbeit (z.B. Kontinuität und Kooperation)	**,203** **	ns
Grundsatz 2: Eigenverantwortlichkeit sowohl der Klienten als auch der Mitarbeiter	ns	ns
Grundsatz 3: psychische Entlastung und Schutz	ns	ns
Grundsatz 4: gemeindepsychologische Haltung (Partei für den Menschen ergreifen, auch unkonventionelle Wege der Hilfe suchen)	ns	ns
Grundsatz 5: Kurzzeitintervention, Lösungsorientierung	ns	ns
4. FA: Tätigkeiten/Aufgaben (Faktoren):		
(ambulante) psychiatrische und psychosoziale Basistätigkeiten	ns	ns
Psychologische Diagnostik und Psychotherapie	**,204** **	ns
Community-orientierte Tätigkeiten (z.B. Anleitung von ehrenamtlichen Mitarbeitern, Öffentlichkeitsarbeit, Stadtteilarbeit)	ns	ns
Krisenintervention und psychosoziale Beratung sowie Gremienarbeit	**,352*** **	ns
spezieller Tätigkeitsfaktor des SPD (z.B.Einweisung nach PsychKG)	**,246*** **	ns
Beratung im Bereich ASD	ns	ns
5. FA: Problembereiche der Nutzer (Faktoren):		
Problembereich: Sexualität, Gewalt, Verfolgung	ns	**-,323** **
Problembereich: rechtliche und soziale Fragen	ns	ns
Problembereich persönliche soziale Probleme	ns	ns
Problembereich Pflege und Kranksein anderer	**,210** **	ns
Problembereich Verlust und Einsamkeit	ns	ns
6. FA: Diagnosen der Nutzer (Faktoren):		
Diagnosefaktor 1: klassische Diagnosen der Psychiatrie	**,434*** **	**278** **
Diagnosefaktor 2: geistige und körperliche Behinderungen	ns	ns
Diagnosefaktor 3: sonstige (Psychosomatik, Reaktion auf belastende Ereignisse, Verhaltensstörungen bei Kindern und Judendlichen)	ns	ns

7. FA: Krisentheorien (Faktoren):		
Krisentheorie 1: Psychiatrischer Krisenfaktor (Krisen im Zusammenhang mit psychiatrischen Krankheiten und Notfällen)	**,444*** **	ns
Krisentheorie 2: Stressfaktor: Krisen durch Probleme, Belastung, Überforderung, mangelnde soziale Unterstützung.	ns	ns
Krisentheorie 3: biographischer Faktor: Krisen im Zusammenhang mit Entwicklungskrisen.	ns	ns
Krisentheorie 4: Biologischer Faktor, körperliche Krankheit	ns	ns
Krisentheorie 5: Trauma und Gewalt.	ns	ns
Krisentheorie 6: Krisen bei zu erwartenden **und** nicht zu erwartenden Lebensveränderungen und Belastungen (schwer zu interpretieren).	ns	ns
8. FA: Grundsätze der eigenen Krisenarbeit		
Krisengrundsatz 1: allgemeiner Praxisfaktor (Kooperation, Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär, soziale und biographische Aspekte berücksichtigen)	ns	ns
Krisengrundsatz 2: langfristige Behandlung, Kontinuität	ns	ns
Krisengrundsatz 3: Kurzzeitbehandlung und Weitervermittlung	ns	ns
Krisengrundsatz 4: Hier und Jetzt	ns	ns
9. FA Erwartungen an eine Kriseneinrichtung		
Weitervermittlung und Beratung in akuten Situationen, Gespräche	ns	ns
Behandlung (psychotherapeutisch, medikamentös) und Diagnostik	**,202** **	**,229* **
Einweisungen und Krisenintervention im GB-Bereich	ns	**-,319** **
Rahmenbedingungen: Hausbesuche, Erreichbarkeit	ns	**-,225* **
10. FA Vermittlung an wen?		
Weitervermittlung im psychiatrischen Netz (an SPD, Kliniken und hier gehört auch der BKD dazu!)	**,322*** **	ns
Selbsthilfe, Telefonseelsorge, Fachkliniken	ns	**-,217* **
Niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten	**140* **	ns

Abbildung 55: Gesamtkorrelationstabelle (Faktorenwerte). Der Übersichtlichkeit zuliebe wurde „nicht signifikant“ mit „ns“ abgekürzt und die Signifikanz durch Sternchen symbolisiert.

9.3 Bevölkerungsbefragung

Methodische Anmerkungen

Die Stadtbefragung wurde im Zuge von verschiedenen Lehrveranstaltungen der Freien Universität Berlin durchgeführt.

Es handelt sich trotz der großen Anzahl von Interviews um keine repräsentative Stichprobe. Wir haben dennoch versucht, verschiedene Merkmale wie Alter, Geschlecht und Wahl der Erhebungsorte (West- bzw. Ostbezirke) annähernd gleich zu verteilen.
Auf diese Weise wurden 132 Personen (46,32) in den Ost- und 153 Personen (54,68%) in den Westbezirken der Stadt interviewt. Darunter befanden sich insgesamt 133 Männer (46,7 %) und 152 Frauen (53,3%).

Der Ausgangspunkt für das Untersuchungsmaterial:
Es handelt sich um die Menschen, deren intentionaler Zustand unterbrochen wird, die ihre augenblickliche Relevanzen in den Hintergrund schieben und denen eine Relevanz auferlegt wird, die sie in dieser Situation sicherlich nicht beschäftigen würde.

Sie werden nach ihrem Krisenverständnis, ihrer Krisenerfahrung, Maßnahmen im Umgang mit Krisen und ihrer Kenntnis von Hilfeeinrichtungen gefragt. Die Antworten sind abhängig von:

- dem Wissen über diesen Bereich
- den eigenen Erfahrungen in diesem Bereich
- der Aktualität des Themas für die eigene Person
- der Auskunftsbereitschaft gegenüber den Interviewern
- Wetterverhältnisse (Winter, Frühsommer)
- Interviewerkompetenz

Die Zahlen basieren auf unterschiedliche Mengenangaben, weil nicht alle Fragen des Leitfadens jeweils gestellt werden konnten.

Erhebungs-zeitpunkt **(274 Inter-views)**		**Altersvertei-lung** **(285 Personen)**		**Krisen-regionen** **(285 Personen)**		**Geschlecht** **(285 Personen)**		**BKD-Bekanntheit** **(285 Perso-nen)**		**Logo-erkennung** **(100 Perso-nen)**	
Dez 2000 -Jan 2001	34	bis 19	11	Mitte	59	Frauen	152	bekannt	80	Bekannt	25
Mai-Juni 2001	71	20-29	132	Nord	57	Männer	133	Unbe-kannt	205	unbe-kannt	75
Dez 2001 -Jan 2002	124	40-59	85	Ost	47						
Mai 2002	45	60 +	54	Südost	24						
		ohne Angaben	3	Südwest	54						
				West	33						
				Nicht-berliner	7						
				ohne Angabe	4						

Tabelle 26: Merkmale der Befragten

9.4 Nutzerfragebogen zur Beratung im Berliner Krisendienst

Sie hatten jetzt ein Gespräch mit einem Berater/einer Beraterin des Berliner Krisendienstes (BKD).
Wir würden nun gerne wissen, wie nützlich diese Gespräch für Sie war. In den nachfolgenden Fragen bitten wir Sie um Auskunft über verschiedene Aspekte, die in dem Gespräch eine Rolle gespielt haben könnten.
Bitte beantworten Sie folgende Fragen möglichst spontan. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Entscheiden Sie sich für diejenige Antwortmöglichkeit, die für Sie am ehesten zutrifft und machen Sie nur ein Kreuz pro Frage. Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym ausgewertet.

		stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
1.	So wie das Gespräch lief, hat es mich nicht befriedigt.	0	1	2	3	4	5
2.	Ich fühlte mich bei meinem Berater/ meiner Beraterin gut aufgehoben.	0	1	2	3	4	5
3.	Mit der Art, wie mein Berater/meine Beraterin mit mir umging, kam ich gut zurecht.	0	1	2	3	4	5
4.	Durch das Gespräch bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden.	0	1	2	3	4	5
5.	In den Räumen des BKD fühle ich mich wohl.	0	1	2	3	4	5
6.	Das Gespräch hat mich körperlich ziemlich erschöpft.	0	1	2	3	4	5
7.	Durch das Gespräch bin ich zu einer anderen Sicht meiner Probleme gekommen.	0	1	2	3	4	5
8.	Es fiel mir leicht, mich selbst, meine Probleme und mein Erleben ins Auge zu fassen.	0	1	2	3	4	5
9.	In dem Gespräch erhielt ich Informationen, die mir praktisch weiterhelfen.	0	1	2	3	4	5
10.	Unser Gespräch hat mich körperlich frischer und gelöster gemacht.	0	1	2	3	4	5
11.	Ich hatte in dem Gespräch das Gefühl, innerlich blockiert zu sein.	0	1	2	3	4	5
12.	Es ist hilfreich für mich zu wissen, dass ich jederzeit wiederkommen kann.	0	1	2	3	4	5
13.	Die räumliche Ausstattung des BKD wirkt freundlich und angenehm.	0	1	2	3	4	5
14.	Ich fühle mich jetzt innerlich nervöser und unruhiger als vor der Gespräch.	0	1	2	3	4	5
15.	Ich sehe nach diesem Gespräch dem kommenden Tag zuversicht-licher entgegen.	0	1	2	3	4	5
16.	Der Berater/ die Beraterin hat mir deutlich gemacht, dass ich mich auch an Freunde und Bekannte wenden kann, um Unterstützung zu bekommen.	0	1	2	3	4	5
17.	Es fiel mir schwer, meine Empfindungen und Gedanken in	0	1	2	3	4	5

Worte zu fassen.

18.	Nach diesem Gespräch habe ich mehr Hoffnung, meine Probleme selbst bewältigen zu können.	0	1	2	3	4	5
19.	Ich bekam Hinweise zu weiteren Therapiemöglichkeiten.	0	1	2	3	4	5
20.	Nach diesem Gespräch fühle ich mich körperlich müde und kaputt.	0	1	2	3	4	5

		stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
21.	Ich fühle mich nach diesem Gespräch innerlich ausgeglichener als vorher.	0	1	2	3	4	5
22.	In dem Gespräch hatte ich das Gefühl, mich nur im Kreis zu bewegen.	0	1	2	3	4	5
23.	Es fiel mir leicht, über alles zu sprechen, was mich bewegte.	0	1	2	3	4	5
24.	Wir sind irgendwie weitergekommen.	0	1	2	3	4	5
25.	Ich habe durch dieses Gespräch mehr Vertrauen zu mir selbst gewonnen.	0	1	2	3	4	5
26.	Durch das Gespräch bin ich innerlich ziemlich aufgewühlt.	0	1	2	3	4	5
27.	Die Art, wie sich mein Berater/ meine Beraterin mir gegenüber verhielt, war für mich hilfreich und nützlich.	0	1	2	3	4	5
28.	Die Einrichtung des BKD ist für mich gut erreichbar.	0	1	2	3	4	5
29.	Nach diesem Gespräch fühle ich mich körperlich erholt und entspannt.	0	1	2	3	4	5
30.	In diesem Gespräch habe ich mehr innere Sicherheit gewonnen.	0	1	2	3	4	5
31.	Der Berater/ die Beraterin hat mit mir die nächsten Schritte besprochen.	0	1	2	3	4	5
32.	In diesem Gespräch sind mir neue Zusammenhänge in meinem Verhalten und Erleben deutlich geworden.	0	1	2	3	4	5
33.	Ich finde, dass mein Berater/ meine Beraterin zu wenig berücksichtigt hat, was ich wirklich brauche.	0	1	2	3	4	5
34.	Ich erhielt neue Impulse, mit meiner Situation umzugehen.	0	1	2	3	4	5
35.	Ich erhielt Hinweise zur Weitervermittlung an andere Einrichtungen.	0	1	2	3	4	5

Zum Schluss bitte noch einige Angaben zu Ihrer Person:

Geschlecht:	☐ m	☐ w		
Alter:	☐☐ Jahre			
Zivilstand:	☐ ledig bzw. ohne feste Beziehung	☐ verheiratet bzw. in fester Partnerschaft	☐ geschieden	☐ verwitwet
Schulbildung(höchster Abschluß):				
Berufsausbildung(höchster Abschluß):				
Wo sind Sie bis zum 18. Lebensjahr(überwiegend) aufgewachsen?				
☐ Ostdeutschland	☐ Westdeutschland	☐ außerhalb von Deutschland		

Das war's! Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Prof. Dr. Jarg Bergold, Professor am Institut für Klinische Psychologie und Gemeindepsychologie der Freien Universität Berlin, bergold@zedat.fu-berlin.de
Iris Huttner,iris_huttner@web.de

9.5 BaDo-Bogen für den ärztlichen Hintergrunddienst und Kurzfassung ICD-10

Basisdokumentation Ärztlicher Hintergrunddienst							
1	**Allgemeine Angaben**						
	Klient/in (Name)					Datum ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	
	Name des Arztes/der Ärztin						
	Anruf erhalten um (Uhrzeit) Fahrtzeit, Entfernung (ca.)	⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	Fahrtzeit ⌊_⌊_⌊_⌋ Minuten			Entfernung ⌊_⌊_⌋km	
	Verkehrsmittel	BVG ☐	Pkw ☐	Taxi ☐		Fahrrad, per pedes ☐	
	Dauer des Einsatzes	⌊_⌊_⌊_⌋ Minuten					
2	**Art des Einsatzes**						
	Telefonische Beratung von	Klient/in ☐				Angehörigen, Freunden usw. d. Klienten ☐	
		Externem Professionellen (Betreuer, auch Polizei usw.) ☐				KD-Mitarbeiter/in ☐	
	Gerufen durch Standort						
	Einsatzort	Wohnung ☐	KD ☐	Polizei ☐		Anderer Ort (Prosa)	
3	**Problematik**	**Prägnante Beschreibung**					
	Beschreibung der Krise/Situation (Stichworte)						
	Syndromatik (Stichworte)						
	Psychiatrische Diagnose(n): Klartext und ICD-10 sowie ggf. wichtige somatische Diagnose(n) (bei unsicherer Diagnose: „V.a. ...“)					F⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ F⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	
4	**Maßnahme**	**Bitte kreuzen Sie alle von Ihnen durchgeführten Maßnahmen an**					
	Gespräch (ggf. Bemerkung dazu)	☐					
	Ausführliche Exploration, psychiatrische Diagnostik (ggf. Bemerkung dazu)	☐					
	Körperliche Untersuchung (ggf. Bemerkung dazu)	☐					
	Medikation	Gegeben ☐	Verordnet ☐			Rat zu vorhandenen Medikamenten gegeben ☐	
	Erste-Hilfe-Maßnahmen vor Ort durchgeführt	☐					
	Einweisung	PsychKG ☐	freiwillig ☐			Kranken-haus.....	
5	**Reflexion**						
	War der ärztliche Einsatz ... notwendig und sinnvoll?	Sehr	☐	☐	☐	☐	☐ Gar nicht
	War die notwendige Hilfsmaßnahme ... zu organisieren ?	Sehr gut	☐	☐	☐	☐	☐ Sehr schlecht
	Bestand eine ernste Bedrohung von Personen oder Gütern?	Sehr	☐	☐	☐	☐	☐ Gar nicht
	Bestand akute Suizidalität? Lag ein Z.n. Suizidversuch vor?	Ja Suizidal ☐	Nein suizidal ☐		Ja Z.n. SV ☐		Nein Z.n. SV ☐
	Fand eine Kooperation mit anderen Stellen statt?	Ja ☐	Nein ☐				
	War die Kooperation mit anderen Stellen ...?	Sehr gut	☐	☐	☐	☐	☐ Sehr schlecht
6	**Verbesserungsvorschläge für**						
	Krisendienst (bzgl. Ressourcen, Kompetenzen, Orga-nisation, etc.)						

9.6 Kurzfassung ICD-10 zum BaDo-Bogen für Hintergrundärzte

Kurzfassung ICD-10

(Sie können auch weitere, hier nicht aufgeführte Diagnosen verwenden)

ICD-10 F	Klartext	ICD-10 F	Klartext
00	**Demenz** bei Alzheimer-Krankheit	43.0	Akute **Belastungsreaktion**
01	Vaskuläre Demenz	43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
02	Andere Demenzen	43.2	Anpassungsstörung
05	Delir (ohne Verursachung durch Alkohol, psychotrope Drogen)	44	Dissoziative Störung (Konversionsstörung, multiple Persönlichkeit usw.)
07	Organische Persönlichkeitsstörung	45.0	**Somatisierungsstörung**
10	Störungen durch **Alkohol**	.1	Undifferenziert
11	... Opioide	.2	Hypochondrisch
12	... Cannabinoide	.3	Somatoforme autonome
13	... Sedativa	.4	Somatoforme Schmerzstörung
14	... Kokain	48.0	**Neurasthenie**
15	... Stimulantien	.1	Depersonalisations-, Derealisationssyndrom
16	... Halluzinogene	50.0	**Anorexia** Nervosa
19	... Politoxikomanie	.2	Bulimia
.0	...Akute Intoxikation	.4	Eßattacken (übermäßiges Essen)
.1	...Schädlicher Gebrauch	.8	Sonstige Eßstörungen
.2	...Abhängigkeitssyndrom	51	Nichtorganische Schlafstörungen
.3	...Entzugssyndrom	52	Nichtorganische sexuelle Funktions-störungen
.4	...Entzugssyndrom mit Delir	53	Psychische Störungen im **Wochenbett**
.5	...Psychotisches Syndrom	.0	Leicht
.6	...Amnestisches Syndrom	.1	Schwer
.8	...Sonstige Störung durch psychotrope Substanzen	55	Mißbrauch von **nicht abhängigkeits-erzeugenden** Substanzen (AD, Laxantien, Analgetika usw.)
20	**Schizophrenien**	60.0	Paranoide **Persönlichkeitsstörung** (PST)
21	Schizotype Störung	.1	Schizoide PST
22	Anhaltende wahnhafte Störung	.2	Dissoziale PST
23	Akute vorübergehende psychotische Störung	.30	Impulsive PST
24	Induzierte wahnhafte Störung	.31	Borderline-PST
25	Schizoaffektive Störung	.4	Histrionische PST
28	Sonstige Psychose	.7	Dependente PST
30	**Manische** Episode	.8	Sonstige PST
31	**Bipolare** affektive Störung	63.0	Pathologisches **Glücksspiel** („Spielsucht“)
.1	Manisch (ohne psychot. Sympt.)	63.1	Pyromanie
.2	Manisch (mit psychot. Sympt.)	63.3	Sonstige Störungen der Impulskontrolle
.4	Depressiv (ohne psychot. Sympt.)	68.1	Artefizielle Störung
.5	Depressiv (mit psychot. Sympt.)	70	Leichte Intelligenzminderung
.7	Gegenwärtig remittiert	71	Mittelgradige Intelligenzminderung
.8	Sonstige bipolare Störung	72	Schwere Intelligenzminderung
32.0	Leichte depressive Episode	73	Schwerste Intelligenzminderung
32.1	Mittelgradige depressive Episode	78	Sonstige Intelligenzminderung
32.2	Schwere depressive Episode (ohne psychot. Symptome)	7x.0	...Keine Verhaltensstörung i. Zusammenhang mit dieser Strg.
32.3	Schwere depressive Episode (mit psychot. Symptomen)	7x.1	...Deutliche Verhaltensstörung i. Zusammenhang mit dieser Strg.
33.0	Leichte **rezidivierende depressive** Störung	80	**Entwicklungsstörung** des Sprechens
33.1	Mittelgradige **rezidiv.** Depressive Störung	81	Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten
33.2	Schwere **rezidiv.** Depressive Störung (ohne psychot. Symptome)	82	Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
33.3	Schwere r**ezidiv.** depressive Störung (mit psychot. Symptomen)	84.0	Frühkindlicher Autismus
34.0	**Zyklothymia**	.8	Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörung
34.1	Dysthymia	90	**Hyperkinetisches** Syndrom
40	**Phobie**	93	Emotionale Störungen des Kindesalters
41.0	Panikstörung	95	Tic-Störungen

9.7 Berechnungsgrundlage für die gesundheitsökonomische Analyse (Mitarbeiterstunden)

Spalten / Zeilen	Stunden lt. Berufsgenossen-schaft, und Dienstpläne	Operative Arbeit	Tagdienst 8-16 Uhr	Tel. Information/Vermittlung/Rat	Tagdienst 8-16 Sonn + Feiertagen	Gespräche (telefonisch)	Gespräche (pers.)	Arzt tel. um Rat fragen	Mobiler Einsatz	Hintergrundarzteinsatz	Spätdienst 16-24	Gespräche (telefonisch)	Gespräche (pers.)	Arzt tel. um Rat fragen	Mobiler Einsatz	Hintergrundarzteinsätze	Nachtdienst 24 – 8	Gespräche (telefonisch)	Gespräche (pers.)	Arzt tel. um Rat fragen	Mobiler Einsatz	Hintergrundarzteinsätze	Präsenz	Sonstige Arbeit
Tagdienst an 39 Tagen	312			161																			151	
Tagdienst Sonn & Feiertage, an 19 Tagen	456					73	27		25														331	
Nachtdienst an 61 Tagen	1.464																	306	21		21		1.116	
Spätdienst an 365 Tagen	8.760											1.541	961		215								6.043	
Hintergrundärzte	2.740				307						1.460						973							
Arbeitszeit der Festmitarbeiter außerhalb der Dienstzeiten (Tag-Spät-Nachtdienste)	4.702																							4.702
Gesamtstunden lt. Dienstpläne, lt. Berufsgenossenschaft und anteilige Bereitschaft	18.434			161		380	27		25		1.460	1.541	961		215		973	306	21		21		7.641	4.702

Tabelle 27: Zuordnung der Stunden der Mitarbeiter (Festmitarbeiter und Honorarmitarbeiter) eines Standortes 2001

9.8 Weiterbildung für vernetzte Mitarbeiter und andere Einrichtungen

Weiterbildung für vernetzte Mitarbeiter und andere Einrichtungen
Einige Vorstellungen zu einer Weiterbildung nach Maß

Ulrike Haase, Stefanie Kunz, Ingeborg Schürmann
Wann immer Krisenintervention durchgeführt wird, sei es von vernetzten Mitarbeitern im BKD oder von Mitarbeitern anderer Einrichtungen, die mit Krisen ihrer Klientel konfrontiert werden, entwickelt sich ein Weiterbildungsbedarf, da Krisenintervention durch Vielfalt und Komplexität gekennzeichnet ist. Vernetzte Mitarbeiter - und sicher nicht nur diese - haben es mit einer Vielfalt von Anliegen und Problemen, Störungen und Lebenssituationen zu tun. Auch gänzlich unterschiedliche Arten von Hilfen sind gefordert: Das Spektrum reicht von lebenspraktischer Hilfe und Information, therapeutisch orientierter Hilfe bis zur Notfallintervention mit der Einleitung oder Durchführung einer Unterbringung. Kooperation ist ausserdem gefordert durch die im Dienst stattfindende Zusammenarbeit und die mit Krisenarbeit verbundene Vernetzung. In der Krisenarbeit geht es um die Verständigung und Auseinandersetzung zwischen Berufsgruppen und mit der Unterschiedlichkeit der Personen mit den verschiedensten Voraussetzungen, Erfahrungen und Kompetenzen, Geschlecht, Alter und Herkunft sowie Einstellungen. Wie mit dieser Vielfalt (diversity) umzugehen und sie zu nutzen ist, sollte bei der Gestaltung des Weiterbildungsangebotes bedacht werden. Dabei ist nicht zu vergessen, dass ein effektiver Umgang mit personeller Vielfalt einer soliden Basis von allen geteilter Ziele bedarf, denn sonst würde Vielfalt nur zu Beliebigkeit führen oder ständig Konflikte erzeugen. Die Weiterbildung darf nicht zu einer Nivellierung beitragen, sondern sollte im Gegenteil Bedingungen schaffen, unter denen sich diese vorhandene Vielfalt produktiv entfalten kann.

Weiterbildung sollte von einem Konzept des Lernens durch Erfahrung ausgehen, da nämlich ein großer Teil des Lernens erst durch Erfahren, also ständige Prozesse des Ausprobierens, Reflektierens, Revidierens, Übens usw. möglich wird. Lernen ist kein irgendwann abgeschlossener Prozess, der Begriff des 'Lebenslangen Lernens' hat sich inzwischen im Kontext beruflicher Qualifikation weitgehend durchgesetzt.

Weiterbildung sollte sich auch an Kompetenzen orientieren, die für Krisenarbeit wesentlich sind. Dafür gibt es einen Katalog von Kompetenzen, die zum Teil schon mitgebracht und dann (weiter) entwickelt werden müssen. Akzeptanz und Wertschätzung unterschiedlicher Ausgangslagen bei fachspezifischen und personalen Kompetenzen sind dabei wesentlich. Wir unterscheiden zwischen fachspezifischer Qualifikation und Schlüsselqualifikation.

Fachspezifische Qualifikation: Dies sind funktionsbezogene Kompetenzen, die sich konkret auf den Tätigkeitsbereich Krisenintervention beziehen. Sie umfassen Erfahrung, Wissen und Handwerkszeug (siehe Anlage 1).
Schlüsselqualifikationen (SQ): sind Qualifikationen mit einem hohen Grad von Allgemeingültigkeit und Komplexität. Es sind Metaqualifikationen, also allgemeine Fähigkeiten, um konkrete Handlungen jeweils neu situationsgerecht zu generieren

bzw. zu aktualisieren. Sie sind also tätigkeitsunspezifisch. Mit ihnen kann man neue, zukünftige Probleme erkennen und lösen, also antizipatorische Probleme, die in der Zukunft auftauchen könnten. Hier geht es viel mehr um Einstellungen, Methoden des Arbeitens und Verhaltensweisen. In der Literatur gibt es eine sehr große Bandbreite von Kompetenzen, die unter dem Begriff Schlüsselqualifikation gefasst werden, zum Beispiel Planerisches Denken, Kommunikationsfähigkeit, Improvisation, Lernfähigkeit usw. Für Krisenarbeit erscheinen folgende SQs besonders wichtig, die in der Anlage 1 formuliert werden.

Weiterentwicklung findet sowohl auf der Ebene beruflicher Qualifikation als auch persönlicher Weiterentwicklung statt. Das erfordert unterschiedliche Lernformen und Angebote. Es sollte ein Gleichgewicht zwischen Wissensvermittlung, Übung und Reflexion geben, sodass sowohl personale als auch fachspezifische Qualifikationen verbessert werden können.

Vermutlich ist eine modulorientierte Weiterbildung ideal, um mit der Vielfalt und Unterschiedlichkeit umzugehen. Wichtig ist, um die gemeinsame Grundlinie zu gewährleisten, ein für alle verbindliches Basiswissen über Krisenintervention anzubieten. Bestandteile dieses Basiswissens sollten die Vermittlung der Corporate Identity, die Auseinandersetzung mit dem Begriff Krise, die Reflektion des eigenen Menschenbildes und von Haltungen sowie die Bedeutung von Kooperation sein. Krisenarbeit bedeutet Zusammenarbeit. Wie Kooperation in schwierigen Situationen erfolgen kann, muss immer wieder überdacht und geübt werden. Gemeinsame Bearbeitung und Diskussion von prototypischen Fällen sollte auch Teil des Basiswissens sein.

Die modulorientierte Weiterbildung sollte so strukturiert sein, dass einerseits kompetente Fachleute außerhalb des BKD die Inhalte vermitteln und andererseits die vielfältigen personellen Ressourcen innerhalb des BKD genutzt werden könnten. So können MitarbeiterInnen, die auf einem Fachgebiet spezialisiert sind, weil sie in einer Institution arbeiten, die speziell mit diesem Gebiet befasst ist, Fortbildung für andere MitarbeiterInnen des Krisendienstes und außerhalb dieses Dienstes anbieten. Der Einbezug von MitarbeiterInnen ausserhalb des BKDs ist als Ausdruck von Wertschätzung für die in der Region vorhandenen Kompetenzen anzusehen.

Bei der Formulierung einer Weiterbildung nach Maß sollte bedacht werden, dass der BKD bereits Fortbildung organisiert und durchgeführt hat, die durchaus als erfolgreich eingestuft werden kann. Daran kann angeknüpft werden.

Anlage 1
a) Fachspezifische Qualifikation:
1. Erfahrung:
Erfahrung ist hier immer gemeint im Sinne eines bewußten und dazulernenden Umgangs mit erlebten Situationen.
Berufserfahrung im psychosozialen und/oder psychiatrischen Bereich.
Lebenserfahrung in bezug auf Lebenssituationen (z.B. Beziehung, Trennung, Arbeitslosigkeit, etc. schon mal erlebt haben mit den dazugehörigen Gefühlen) und i.b.a. die Bewältigung von Krisen

2. Wissen:
Fachwissen bezüglich Problemfelder (z.B. Was ist wichtig zu wissen und zu beachten bei Traumata, Trennung, Verlust, Gewalt, etc.?) und Diagnosen (was ist eine Psychose, etc?)
Handlungswissen: Umgang mit Institutionen (Organisations)-Wissen: Psychiatrisch-psychosoziales Versorgungssystem allgemein, einzelne Vernetzungspartner und deren Handlungsroutinen (Aufnahmeverfahren, etc.) kennen.
3. Handwerkszeug:
Beraterische und therapeutische Kompetenzen, z.B. Basiskomeptenzen in der Gesprächsführung, vor allem aktive Gesprächsführung, spezifische Interventionsansätze (kurzzeittherapeutische Interventionen, etc.)

b) Schlüsselqualifikationen:
1. Personale Qualifikationen:
Belastbarkeit: emotional und gesamt (z.B. bezogen auf Arbeitszeit bei einem sehr langen Einsatz))
Gelassenheit: Fähigkeit, auch unter Druck und in eskalierten Situationen Ruhe zu bewahren
Mut zu verantwortungsvollem Entscheiden und Handeln in unklaren Situationen
Schnelligkeit: Einstellen auf neue und unbekannte Situationen. Dies bedeutet auch
Flexibilität im Handeln und eine gewisse 'Abenteuerlust', also Lust, sich auf Neues einzulassen
Kontaktfähigkeit:
- Fähigkeit und Freude, in Kontakt mit (meist erst fremden) Menschen zu treten und diesen auch zu schwer erreichbaren Menschen aufzubauen
- Sicherheit im Umgang mit Grenzen: Grenzen bei sich und anderen wahren.
Teamfähigkeit: Kooperatives Handeln mit verschiedensten Personengruppen (Kollegen, Polizei, Einrichtungen, Angehörige/Beteiligte, etc.)
Empathie bei gleichzeitiger professioneller Distanz
Bewältigungsoptimismus: für jedes Problem läßt sich eine Lösung finden, also wird es auch in dem jeweils konkret vorliegenden Fall möglich sein.
2. Reflexion:
der Berufsrolle, der Helferrolle, der persönlichen Anteile am Beratungsverlauf (Supervision), Bewußtheit über Grenzen der eigenen Interventionsmöglichkeiten. (wenig Feedback in der Arbeit selbst, da geringe Kontakthäufigkeit)
3. Lernkompetenz:
Die Fähigkeit, Neues aufzunehmen und zu integrieren einschließlich Transferleistungen
Wunsch nach Weiterentwicklung der eigenen Kompetenzen
Grundlegendes Interesse und Neugier, v.a. i.b.a. die Arbeit der Krisenintervention.
Lebendigkeit, Wachheit.

Über die Autoren

Jarg Bergold

Geb. 1939. Studium der Rechtswissenschaften und der Psychologie in Erlangen, Saarbrücken und Freiburg (Diplom in Psychologie 1966). Studium der Verhaltenstherapie in London am Institute of Psychiatry und im Middelsex Hospital. Tätigkeit am Psychologischen Institut München und an der Psychiatrischen Poliklinik Bern und Promotion (1971). Seit 1974 Hochschullehrer für Klinische Psychologie an der FU-Berlin. Praxis und Forschung in Verhaltenstherapie, später dann vor allem in Gemeindepsychologie. U.a. Aufbau eines Modellstudiengangs "Fachkräfte für die psychosoziale Versorgung", der in den postgradualen Studiengang "Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung" überführt wurde.

Forschungsschwerpunkte: Handlungstheorie, Systemtheorie, qualitative Forschungsmethoden, institutionelle Vernetzung, Arbeitsweisen psychosozialer Dienste, Förderung von empowerment unter Armutsbedingungen, Psychotherapieforschung, Public Health-Forschung, Evaluationsforschung

Ralf-Bruno Zimmermann

Geb. 1960, Studium der Biologie in Köln, Studium der Humanmedizin in Köln, Göttingen und Berlin (FU Berlin), Promotion in der Neurologischen Abteilung der Humboldt-Universität (1997), Weiterbildung zum Arzt für Psychiatrie in stationären und ambulanten Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie, Psychoanalytische Weiterbildung, ehrenamtliche Tätigkeit in gemeinnützigen Trägervereinen der komplementären psychiatrischen Versorgung, Mitglied des Landespsychiatriebeirates, seit 1998 Hochschullehrer für Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie an der Katholischen Hochschule Berlin (KHSB), seit 1999 Prorektor ebenda, Sozialmedizinischer Gutachter am Landessozialgericht Berlin

Forschungsschwerpunkte: Dokumentation und Evaluation in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie, Soziale Auswirkungen chronischer Krankheit und Behinderung, Versorgungsforschung (Schwerpunkt Krisenintervention und -versorgung)

Publikationsübersicht

Blaue Reihe

Berliner Zentrum Public Health

(ISSN 0949-0752)

Die Mehrzahl der Publikationen finden Sie auch im pdf-Format unter
www.tu-berlin.de/bzph

Reihe A: Veröffentlichungen von Mitgliedern des BZPH	
95-1	**Glossar qualitativer Verfahren** (Jutta Schäfer)
95-2	**Typische Lebenslagen in Deutschland 1986 und 1991** (Judith Fuchs)
96-1	**Integration gesundheitsfördernder und medizinischer Maßnahmen in der Schwangerschaft** (Elke Barbian, Vera Bayer, Giselind Berg, Jeffrey Butler,Renate Fuchs, Konrad Tietze, Inez Werth)
96-2	**Bürgerinitiativen fördern Gesundheit in der Stadt** (Heiner Legewie und Michael Janßen)
96-3	**Ein Wegweiser zu Anwendung ausgewählter Meßinstumente zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität** (Kim Bloomfield)
97-1	**Bibliographie des Berliner Forschungsverbundes Public Health - 1. Förderphase - 1992-1995**
97-2	**Rationierung und kollektive Entscheidungen im Bereich des Gesundheitswesens** (H. Ribhegge)
97-4	**Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung** (Klaus-Dirk Henke und Dirk Göpffarth)
97-5	**Angebotsinduzierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb? Eine empirische Analyse der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen** (Hanfried H. Andersen und Johannes Schwarze)
98-1	**Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem** (Michael Simon)
98-2	**GKV '97: Kommt Bewegung in die Landschaft? Eine empirische Analyse der Kassenwahlentscheidungen** (Hanfried H. Andersen und Johannes Schwarze)
98-3	**Public Health: Die Kunst des Brückenschlagens. Georges Fülgraff im Gespräch** (Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie)
98-4	**Neonatales Hörscreening - Gesundheitspolitische Konsequenzen** (Klaus-Dirk Henke und Monika Huber)
99-2	**Der Versicherten - Report. Methodische und inhaltliche Aspekte einer standardisierten Versichertenbefragung. Die Novitas Befragung** (Hanfried H. Andersen und Johannes Schwarze)
99-3	**Pflegeversicherung in Japan. Entwicklung und Prinzipien** (Vjenka Garms-Homolová)
99-4	**Sozialstrukturatlas Berlin 1999 -Eine soziale Diagnose für Berlin-**(G. Meinlschmidt, M.H. Brenner)
2000-01	**Auswirkungen von Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung auf die Angehörigenpflege. Ein mikroökonomisches Modell für Pflegehaushalte** (Klaus Peinelt- Jordan)
2000-05	**Prävention bei Vergiftungsunfällen im Kleinkindalter Wirksamkeit und Kosten einer Interventionsmaßnahme** (Sebastian Ziller)
2000-06	**Evaluation Managed Care-orientierter Versorgungsformen im Gesundheitswesen - ein Werkstattbericht -** (Monika Sinha, Klaus-Dirk Henke, Jutta Räbiger, M. Harvey Brenner, Stefan Klatt)
2001-05	**Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken** (Wolfgang Buchholz, Birgit Edener, Markus Grabka, Klaus-Dirk Henke, Monika Huber, Hermann Ribhegge, Andreas Ryll, Hans-Jürgen Wagener, Gert G. Wagner)
2001-07	**Glossar Gesundheitswesen German Russian English** (Elena Andreeva, Gudrun Borchardt, Jutta Räbiger, Yuri Wolodin)
2001-08	**Ökonomische Grundlagen der Krankenhausreform in der Bundesrepublik Deutschland** (Klaus-Dirk Henke)
2003-04	**Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes – Abschlussbericht, Band 1+2** Eine Kooperation zwischen Freier Universität Berlin und Katholischer Hochschule Berlin (,Jarg Bergold, Ralf-Bruno Zimmermann)
2003-05	**Bedarfsprofile in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** Zur Analyse gruppenspezifischer Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems (Hanfried H. Andersen und Johannes Schwarze)

Reihe B: Weitere Veröffentlichungen: Herausgeber BZPH

97-3	**Kollektiv- und Individualinteressen im Gesundheitswesen** (Michael Arnold)
99-1	**Durchführung und Evaluation von Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements im Krankenhaus** (Wolf Kirschner und Gerhard Meinlschmidt)
2000-02	**United Kingdom: Exploratory Analysis of the Mortality-Unemployment Relationship with Poisson Distributed Lags** (Günter Edenharter, Dieter Friedrich, M. Harvey Brenner)
2000-04	**Prävention bei Vergiftungsunfällen im Kleinkindalter I Akzeptanz neuer Notfallmaßnahmen durch Ärzte, Laien- Ersthelfer und die betroffenen Kinder** (Konrad W. Tietze, Matthias Brockstedt, Ursula Oberdisse)
2000-07	**Zertifizierung und Qualitätspreise** **Ein Leitfaden für Einrichtungen im Gesundheitswesen** (Christa Weßel)
2001-04	**Tötung auf Verlangen: Das Beispiel Niederlande – Konsequenzen für Deutschland** Dokumentation zum Symposium am 26.01.2001
2002-01	**Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik: Nutzen und Grenzen** Dokumentation zum Symposium am 07.09.2001
2002-02	**Kapitalbildung, auch im Gesundheitswesen? Auf dem Wege zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung** (Klaus-Dirk Henke, Markus M. Grabka, Katja Borchardt)
2002-03	**Der GESUNDHEITSPASS – Das Dilemma von Therapiesicherheit und Privatheit** Dokumentation zum Symposium des BZPH vom 07.12.2002
2002-04	**Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung** Deutsche Bearbeitung eines vom kanadischen Gesundheitsministerium herausgegebenen Handbuchs, erarbeitet von Margit Eichler et al., Dezember 1999
2002-05	**Reformvorschläge zur Finanzierung der Krankenversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Kapitaldeckung** Klaus-Dirk Henke, Katja Borchardt, Jonas Schreyögg, Oliver Farhauer
2002-06	**Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen** Symposium zur Emeritierung von Prof. Dr. Dr. Heiner Legewie (Zusammenstellung: Birgit Böhm)
2003-01	**Medizinische und psychosoziale Beratung in der Schule** Bedarf und Interesse der SchülerInnen sowie Möglichkeiten der Gestaltung am Beispiel der Friedrich-Ebert-Oberschule in Berlin (Petra Rattay)
2003-02	**Disease Management Programme in Deutschland – Welche Daten werden zur Steuerung und Evaluation benötigt?** Eine kritische Betrachtung unter besonderer Berücksichtigung des DMP-Diabetes-Typ II im Rahmen der „Vierten Verordnung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung“ vom Juni 2002 (Matthias Dammert)
2003-03	**Disease Management Programme für Depression** Eine systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse randomisierter kontrollierter Studien (Angela Neumeyer-Gromen, Thomas Lampert, Gerd Kallischnigg)

Reihe C: Veröffentlichungen aus dem Graduiertenkolleg „Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung“: Herausgeber BZPH

98-5	**Graduiertenkolleg Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung -Grundlagen einer optimalen Allokation der Ressourcen-**
2000-03	**Fachkonferenz: Integrierte Versorgung - von der Konzeption zur Umsetzung – Materialsammlung**
2001-01	**Prioritäten in der psychiatrischen Versorgung** (Stefan Weinmann)
2001-02	**Graduiertenkolleg Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung** **-Grundlagen einer optimalen Allokation der Ressourcen-** **Arbeits- und Ergebnisbericht zum 1.4.2001**
2001-03	**Graduiertenkolleg Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung** **-Grundlagen einer optimalen Allokation der Ressourcen-** **Fortsetzungsantrag für den Zeitraum vom 1.4.2002 bis 31.5.2005**

Anmerkungen: -Die Veröffentlichung 99-4 aus der Reihe A ist bei der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen zu bestellen.
-Alle anderen Veröffentlichungen sind gegen Rechnung oder Barzahlung vor Ort für 3,07 Euro pro Exemplar erhältlich bei:

Berliner Zentrum Public Health, Geschäftsstelle TEL 11-4, Raum 1109, Ernst-Reuter-Platz 7, 10587 Berlin
Tel.: 030/314 21 970, Fax: 030/ 314 21 578, E-Mail: bzph@tu-berlin.de