

Katholische Fachhochschule Berlin
Catholic University of Applied sciences

Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissen-
schaften und Psychologie

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann

Köpenicker Allee 39/57; 10318 Berlin
Tel.: 030 501010 22; Fax: 030 501010 88
eMail zimmermann@kfb-berlin.de

Prof. Dr. Jarg Bergold

Uferstr. 14; 13357 Berlin
Tel.: 030 465 6063; Fax: 030 462 6571
eMail bergold@zedat.fu-berlin.de

Krisen und Krisenberatung in Berlin

Wissenschaftliche Ergebnisse der Untersuchung des Berliner Krisendienstes

Prof. Dr. phil. Jarg Bergold (Freie Universität Berlin) und
Prof. Dr. med. Ralf-Bruno Zimmermann (Katholisch Hochschule für Sozialwesen Berlin)

Der ambulante Krisendienst ist ein vom Land Berlin durch Zuwendungen finanziertes Dienst, der die Versorgungslücke für Menschen in Krisensituationen schließen helfen soll, die vor allem in der Nacht und an Wochenenden und Feiertagen bestehen. Das Konzept dieser Krisenversorgung entstand nach einer ausführlichen Fachdiskussion und wurde nach den Empfehlungen des Landespsychiaterbeirates von den zuständigen Senatsverwaltungen und später durch das Abgeordnetenhaus von Berlin beschlossen. Impliziter Bestandteil dieser Beschlüsse war die kontinuierliche wissenschaftliche Begleitforschung des Krisendienstes über eine Erprobungsphase von zunächst drei Jahren.

Die wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes wurde europaweit durch das Bezirksamt Charlottenburg ausgeschrieben. Den Zuschlag bekam ein Kooperationsprojekt zwischen der Freien Universität Berlin und der Katholisch Hochschule für Sozialwesen Berlin mit einer Laufzeit von drei Jahren und einem durch den Senat von Berlin finanzierten Budget von DM 450.000,--. Die Ergebnisse der Begleitforschung sollen eine Grundlage für die Entscheidung über „die zukünftige Struktur, die Arbeitsweise und das Leistungsprofil der ambulanten Krisenversorgung im Land Berlin“ nach Ablauf der dreijährigen Erprobungsphase bilden.

Dem Evaluationskonzept liegen die nachfolgenden Prinzipien zugrunde:

- Evaluation als Beschreibung des Feldes
- Evaluation als Bewertung aus unterschiedlichen Perspektive
- Evaluation als Instrument von Organisationsentwicklung
- Evaluation als Instrument von Qualitätsentwicklung
- Evaluation als Instrument zur Förderung von Vernetzung und Kooperation in der Region

Die Ergebnisse der umfangreichen Untersuchungen im Zeitraum August 1999 bis Juli 2002, in denen die Informationen aus etwa 80.000 einzelnen Kontakten mit den Hilfe-

suchenden statistisch ausgewertet und die Meinung ganz unterschiedlicher Beteiligter durch Befragungen mittels Interviews und Fragebögen erhoben wurden, liegen nun vor.

- Zu Beginn der drei Jahre wurden alle 9 Standorte neu aufgebaut. Die Qualität der Ausstattung der Standorte ist gut und erlaubt ein effizientes Arbeiten. Wichtig ist, dass auch nach Ansicht der befragten Klienten eine angenehme Atmosphäre geschaffen wurde. Dies ist gerade für eine Krisenintervention wichtig, da Menschen in Krisen einen Raum brauchen, in dem sie sich wohlfühlen können.
- Der BKD ist in vielfältiger Weise mit dem Ensemble der psychosozialen und gemeindepsychiatrischen Einrichtungen vernetzt und kooperiert mit einem Teil dieser Einrichtungen auch eng. Er ist vor allem in zwei institutionelle Netze eingebunden, das *gemeindepsychiatrische* und das *psychosoziale* Netz. D.h. er arbeitet einerseits Hand in Hand mit psychiatrischen Kliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten und anderen Einrichtungen der ambulanten psychiatrischen Versorgung und andererseits mit Psychotherapeuten und unterschiedlichen Beratungsstellen. Einen wichtigen Beitrag zur Förderung dieser Vernetzung und von synergetischen Effekten leistet das Modell der vernetzten Mitarbeiter, die aus Einrichtungen in der jeweiligen Region kommen und nur an wenige Dienste im Monat teilnehmen. 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. Dieses Modell könnte allerdings noch verbessert werden. Verbesserungswürdig ist auch die Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten und verschiedenen stationären Angeboten, z.B. im Bereich der Betreuung von geistig behinderten Menschen.
- Die Mitarbeiter leisten hoch professionelle Arbeit und bilden sich zusätzlich in wichtigen Bereichen kontinuierlich fort. Dies gilt für die festen Mitarbeiter des BKD aber auch für die bereits genannten vernetzten Mitarbeiter. Viele der Letztere profitieren in ihrer beruflichen Weiterbildung von der Teilnahme am Krisendienst. Auf diese Weise trägt der Krisendienst dazu bei, das professionelle Niveau im Bereich von Krisenintervention in Berlin zu verbessern.
- Das Angebot wurde von der Berliner Bevölkerung gut angenommen. 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.
- Mit seinem Angebot erreicht der BKD vor allem die Gruppe der Erwachsenen im mittleren Lebensalter, wobei Frauen wesentlich häufiger sind. Die Beschäftigungssituation und die finanzielle Lage der Nutzer ist deutlich schlechter als die der Berliner Bevölkerung. Die Nutzung durch den nicht-deutsch bzw. nicht-deutschstämmigen Bevölkerungsteil und durch ältere Menschen ist unterdurchschnittlich.

- Die Hilfesuchenden wenden sich mit einer Fülle unterschiedlicher *Problemen* an den BKD. Dabei lassen sich die für Krisensituationen typischen Auslöser ebenso finden wie auch Problemlagen, die besonders in großstädtischen Metropolen gefunden werden (z.B. Einsamkeit).

Es lässt sich feststellen, dass ein erheblicher Anteil der Einsätze des BKD im Zusammenhang mit schweren und ernsten Krisen stattfindet. Auf der Ebene der Zustandsbilder findet sich eine größere Gruppe, 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.

Die Klienten, die einen *ärztlichen Einsatz* benötigen, werden in hohem Maße von den Ärzten als psychisch krank eingeschätzt, wobei akute Suizidalität¹ als Ausdruck einer krisenhaften Zuspitzung bei $\frac{3}{4}$ der Kontakte aber im Vordergrund steht. Während bei den ärztlichen Einsätzen mit Abstand am häufigsten die Diagnose „Schizophrenie“² 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*.

- 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.³ 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.

- Der BKD erreicht eindeutig und kontinuierlich Menschen mit geistigen Behinderungen und/oder ihre Angehörigen und/oder ihre professionellen Betreuer. Es lässt sich nachweisen, dass durch den BKD in diesem Feld Schritt hin zu einer integrierten Krisenversorgung auch geistig behinderter Menschen ansatzweise 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.

- Insgesamt spielen bei etwa 10% der verwertbaren Fälle Klinikeinweisungen 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).

¹ Die eben nicht als *psychische Störung* im engeren Sinne verstanden werden kann, allenfalls im Zusammenhang mit einer solchen häufig entsteht.

² 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.

³ 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 Daten zur inhaltlichen Bewertung der Arbeit des BKD zeigen ganz überwiegend eine positive Resonanz auf Seiten der Nutzer und Kooperationspartner. 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.
- Die Beratung durch den BKD ist in der Tendenz eher ein finanziell günstiges Angebot. 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 mit 46,63 DM (23,84 €) Kosten veranschlagt werden muss.