

GABRIELE SCHLEUNING
MICHAEL WELSCHEHOLD

Münchner Krisenstudie



GABRIELE SCHLEUNING
MICHAEL WELSCHEHOLD

Münchner Krisenstudie

Psychiatrische Notfallversorgung:
Strukturen und ihre Nutzung

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884143469

Gabriele Schleuning, Michael Welschehold: Münchner Krisenstudie. Psychiatrische Notfallversorgung: Strukturen und ihre Nutzung
ISBN 3-88414-346-8

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2003

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Dortmund

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck: WB-Druck, Rieden am Forggensee

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie.de/verlag

Inhalt

I. Ausgangsbedingungen	9
1. Krisenversorgung in Deutschland	9
2. Probleme der Bedarfsermittlung	10
3. Planungsdaten Sektor Süd München	12
II. Fragestellung der Studie	15
III. Methodik	16
1. Definition des für alle Einrichtungen anwendbaren Krisenbegriffes	16
2. Sektorbezug	17
3. Auswahl der Einrichtungen für die Gesamterhebung	17
3.1 Bildung von Einrichtungstypen	18
4. Entwicklung des Fragebogens	19
4.1 Erarbeitung unterschiedlicher Fragebogenversionen	19
4.2 Handhabung des Fragebogens	22
IV. Projektablauf	23
1. Explorationsstudie	23
1.1 Vorgehensweise	24
1.2 Entwicklung des Befragungsinstrumentes	24
1.3 Durchführung der Voruntersuchung	25
1.4 Beteiligte Einrichtungen im Sektor München Süd	27
1.5 Ergebnisse der Explorationsstudie – Merkmale der Einrichtungen	33
1.5.1 Räumliche Lage der Einrichtungen	34
1.5.2 Verfügbarkeit der Einrichtungen	35
1.5.3 Krisenkonzepte der Einrichtungen	36
1.5.4 Zielgruppen der Einrichtungen	37
1.5.5 Berufsgruppenverteilung innerhalb der Einrichtungen	38
1.5.6 Leistungsangebot zur Krisenversorgung in den Einrichtungen	39
1.6 Zusammenfassung der Voruntersuchung	42
2. Primärerhebung	43
2.1 Teilnehmende Einrichtungen	43
2.2 Absprachen mit den Einrichtungen	45
2.3 Zeitraum der Primärerhebung	46
2.4 Anzahl der dokumentierten Krisenerstkontakte	46
2.5 Datenerfassung und Korrektur, Auswertung und Hochrechnung	47

3. Sekundäranalyse	48
3.1 Polizeieinsätze	48
3.2 Einsätze der Rettungsleitstelle der Feuerwehr	52
3.3 Einsätze des Nervenärztlichen Notdienstes	52
V. Ergebnisse	53
A. Ergebnisse aus Primärerhebung und Sekundäranalyse	53
1. Inanspruchnahme	53
1.1 Gesamtanzahl der Krisenerstkontakte	53
1.2 Zeitliche Inanspruchnahme	53
1.2.1 Inanspruchnahme nach Wochentagen	53
1.2.2 Inanspruchnahme nach Tages-/Nachtzeit	55
1.2.3 Dauer des Krisenerstkontaktes	58
1.3 Inanspruchnahme nach Einrichtungstyp	58
2. Setting	60
2.1 Krisenerstkontakte vor Ort	61
2.2 Ambulante Krisenerstkontakte	63
2.3 Stationäre Krisenerstkontakte	63
2.4 Telefonische Krisenerstkontakte	64
B. Ergebnisse der Primärerhebung	66
1. Soziodemographische Merkmale	66
1.1. Geschlecht	66
1.2. Alter	67
1.3. Nationalität	68
2. Kontaktaufnahme	70
2.1. Kontaktsuchende Person/Einrichtung	71
2.2. Anliegen	71
2.3. Rechtsgrundlage	73
3. Merkmale der aktuellen Krise/Krankheit	73
3.1. Erst-/Wiedererkrankung	73
3.2. Dringlichkeit	76
3.3. Selbst- oder Fremdgefährdung	77
3.4. Zeitraum seit Beginn der Krise	77
3.5. Diagnosen	78
4. Merkmale des Krisenerstkontaktes	81
4.1. Inhalte des Krisenerstkontaktes	81
4.2. Eingeleitete Maßnahmen	82
4.3. Beurteilung der Intervention durch die Behandler	83

5. Vorbehandlung, Zu- und Weiterverweisung	84
5.1. Aktuelle Vorbehandlung	84
5.2. Veranlassung	86
5.3. Weiterverweisung	88
VI. Zusammenfassung	90
VII. Schlussfolgerungen	96
VIII. Literatur	100
IX. Beteiligte Einrichtungen	102
Danksagung	103
X. Anhang	104

I. Ausgangsbedingungen

Ziel der vorliegenden Untersuchung sollte eine möglichst umfassende Bedarfs- und Strukturanalyse der psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung in einer großstädtischen Region sein. Als Modellregion ausgewählt wurde der Versorgungssektor München Süd, in dem durch das 1994 eröffnete Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus und seine Angebote zur ambulanten, teilstationären und stationären Krisenversorgung günstige Bedingungen für ein solches Vorhaben gegeben waren.

Vergleichbar anderen deutschen Städten und Regionen weist der Versorgungssektor München Süd Defizite in der psychiatrischen Krisenversorgung auf, die nicht auf eine zu geringe Dichte an stationären, ambulanten und komplementären Einrichtungen zurückzuführen sind, sondern auf eine mangelnde strukturelle, organisatorische, aber auch fachliche Ausrichtung der Leistungsangebote auf die Bedürfnisse von Menschen in seelischen Krisen und mit psychiatrischen Notfällen.

Aufbauend auf bereits vorhandenes Datenmaterial – Basisdaten des Psychiatrischen Krisenzentrums Atriumhaus – und ergänzt durch eine umfassende Erhebung in sämtlichen Einrichtungen, an die sich Menschen aus München Süd in seelischen Krisen- und Notfallsituationen wenden, sollte die vorliegende Untersuchung eine Grundlage schaffen für Planungsgrößen in diesem Teilbereich psychiatrischer Versorgung. Darüber hinaus sollte sie dazu beitragen, die Krisen- und Notfallversorgung als eigenständiges und relevantes Handlungsfeld innerhalb der psychiatrischen Gesamtversorgung wahrzunehmen.

1. Krisenversorgung in Deutschland

Insgesamt wird für Deutschland eine fehlende Planung der psychiatrischen Krisenversorgung festgestellt. »Eine umfassende Planung für Notfallpsychiatrie und Krisenintervention ist fast noch nirgends zu beobachten. Hier dominiert immer noch die Initiative Einzelner, die in ihrem eigenen Arbeitsbereich Lücken in der Versorgung auf diesem Gebiet entdeckt und Abhilfe geschaffen haben.« (KAT-SCHNIG und KONIECZNA 1987)

Das Fehlen einer Konzeptualisierung und Umsetzung der Krisenversorgung wird u. a. auf das Nichtvorhandensein von geeigneten Planungsdaten zurückgeführt. Rössler beanstandet die gegenwärtig ungenügende Datenlage: Wenn Da-

ten zur Krisenversorgung vorlägen, dann auf institutioneller Ebene und meist in den Jahresberichten von Einrichtungen (RÖSSLER, SALIZE 1996). Sofern Studien vorhanden wären, bezögen sich diese auf die Evaluation einzelner Kriseneinrichtungen oder Krisendienste (LEFERINK, BERGOLD 1996). Das Zusammenspiel von Hilfen wird in diesen Studien allenfalls indirekt über Vernetzungszusammenhänge bei der Klientenversorgung erfasst.

Eine notwendige Voraussetzung für die Planung von stationären und ambulanten Hilfeangeboten zur Krisenversorgung ist jedoch eine konkrete Bedarfsanalyse. »Erst wenn dies zumindest ansatzweise geklärt ist, tritt zutage, wie der regionale Bedarf an Krisenintervention und Notfallpsychiatrie genau aussieht und kann entschieden werden, welche Zielgruppe mit welcher Priorität erreicht werden soll.« Dies forderte Wienberg bereits im Jahr 1993 (WIENBERG 1993).

2. Probleme der Bedarfsermittlung

Die Bedarfsermittlung im Bereich der Krisenversorgung birgt vielfältige Probleme in sich, auf die hier kurz eingegangen werden soll.

Organisatorische Probleme

Neben den Einrichtungen des psychosozialen und psychiatrischen Versorgungssystems sind bei Ermittlungen zur Krisen- und Notfallversorgung auch andere Institutionen, z. B. Polizei, Allgemeinkrankenhäuser, Allgemeinärztlicher Notdienst mit einzubeziehen (WIENBERG 1993). Die Erfassung aller Notfälle, die bei den vielen verschiedenen Stellen anlaufen und professionelle Krisenintervention benötigen, stößt auf erhebliche Schwierigkeiten (STEINHARD o. Jg. S. 5).

Da psychische Krisen und Notfälle bisher in wenig transparenter Weise behandelt, zum Teil auch nur weitergeleitet und überbrückend versorgt werden, ist unklar, mit welchen Funktionen und Anteilen die verschiedenen Einrichtungen und Institutionen tatsächlich an der Krisenversorgung beteiligt sind.

Probleme der Begriffsbestimmung

»Die Auffassungen, was als seelische Krise oder psychiatrischer Notfall zu bezeichnen ist und welche institutionellen Antworten hierauf zu geben sind, sind weitgespannt und vielfältig.« (HÄFNER et al. 1986) Lösungsansätze werden darin gesehen, unabhängig von einem am Subjekt orientierten Krisenbegriff auszugehen und eine Begrifflichkeit zugrunde zu legen, die sich an einem gestuften oder

gestaffelten Versorgungssystem orientiert. So differenziert ENGELMEIER (1978) z. B. in »private Hilfen, Hilfe am Ort, Institutionen der ersten Linie und schließlich Psychiatrische Institutionen«. Auch Rössler differenziert hierarchisch in »Ambulante Dienste im Vorfeld, Sozialpsychiatrische Dienste (im regulären Dienst), Ärztliche Krisenintervention (auch außerhalb der Dienstzeit) und schließlich das Psychiatrische Krankenhaus«. (RÖSSLER u. SALIZE 1993)

Probleme des Zusammenhanges von Inanspruchnahme und Bedarf

Grundsätzlich ist die als Inanspruchnahme messbare Nachfrage nach Leistungen zur Krisenintervention kein Äquivalent zum Bedarf, sondern eine vom Angebot abhängige Größe.

RÖSSLER u. SALIZE (1996) fordern nicht nur geeignete Datengrundlagen für die psychiatrische Versorgung insgesamt, sondern auch für die Krisenversorgung im Besonderen. Sie legen in ihrer Studie über die Berichterstattung zur psychiatrischen Versorgung einige Mindestanforderungen fest:

- Beschreibung der lokalen Versorgungsstruktur als Rahmenbedingung für die Bewertung von Daten und Ergebnissen
»Aufgrund der heterogenen Organisations- und Einrichtungsstruktur der psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung ist zunächst von Interesse, den Zusammenhang zwischen Angebot und Nachfrage in der Krisen- und Notfallversorgung der einzelnen Versorgungsgebiete zu überprüfen.«
- Erhebung von klientenbezogenen Daten
Geeignete Eckwerte seien bevölkerungsbezogene Fallzahlen, die als »Summe aller Notfall-Kontakte während eines Jahres nach Diagnose, Alter, Geschlecht, Wohnbezirk bzw. Kommune, bezogen auf 1.000 Einwohner des Versorgungsgebietes« definiert werden.
- Einbeziehung aller an der Krisenversorgung beteiligten Einrichtungen
Die Erhebung soll so angelegt sein, dass die Inanspruchnahme von Einrichtungen anderer Versorgungsgebiete erkennbar wird.
- Bezugnahme auf die Einwohner eines Versorgungsgebietes (Sektorbezug)
»Ebenfalls wichtig sind Dokumentationen der Zu- und Weiterverweisungswege, die die regionale Angebots- und Einrichtungsstruktur erhellen und auf mögliche Versorgungslücken hinweisen können.«

3. Planungsdaten Sektor München Süd

Im Sektor Süd der Stadt München boten sich im Jahr 1995 günstige Voraussetzungen für eine den genannten Anforderungen entsprechende Analyse:

- der Aufbau des Psychiatrischen Krisenzentrums Atriumhaus mit mehr als 1000 Krisenerstkontakten pro Jahr,
- die 1992 eingeführte Sektorisierung der Stadt München in vier Versorgungsregionen,
- relativ weit entwickelte Kooperationsstrukturen,
- ein umfangreiches Netz zur Krisenversorgung, das über eine Vielzahl von Versorgungsbausteinen verfügt.

Daten des Versorgungssektors Süd der LH München

Der Versorgungssektor München Süd ist einer von vier Sektoren der psychiatrischen Versorgung in München. Die im Landespsychiatrieplan Oberbayern vorgesehene Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung wurde im Rahmen der seit 1992 begonnenen Umstrukturierung des Bezirkskrankenhauses Haar (BKH Haar) umgesetzt.



Abb. 1: Die vier Versorgungssektoren im Münchner Stadtgebiet

Der Sektor Süd der Stadt München hatte im Jahr 1997 353.150 Einwohner/-innen auf einer Fläche von 53,9 Quadratkilometern. Der Versorgungssektor Süd wird im Osten durch die Isar begrenzt, die die Stadt von Süden nach Norden durchfließt. Im Norden wird er begrenzt durch die von West nach Ost führende Bahnlinie. Mit Ausnahme der Einwohnerdichte ist die soziodemographische Struktur des Sektor Süd mit der Struktur der übrigen Stadt vergleichbar.

Tab. 1: Soziodemographische Merkmale in der Stadt München (LHM) und im Sektor Süd

	LHM Gesamt	Sektor Süd
Anzahl Einwohner absolut	1 307 609*	353 150**'
Fläche in km ²	310,46*	53,92**'
Einwohner pro km ²	4 212*	6 550**'
Ausländeranteil an der Bevölkerung	20,9 %**'	19,3 %**'
männlich	48,5 %**'	48,3 %**'
weiblich	51,5 %**'	51,7 %**'
Alter: 0–18 Jahre	13,6 %*	13,0 %**'
Alter: 19–65 Jahre	70,9 %*	71,3 %**'
Alter: 65 Jahre u. älter	15,1 %*	15,6 %**'
Familienstand		
ledig	45,3 %**	43,8 %**'
verheiratet	40,5 %**	41,4 %**'
geschieden	7,1 %**	7,2 %**'
verwitwet	6,1 %**	6,5 %**'
getrennt lebend	1,0 %**	1,1 %**'
Arbeitslosigkeit	6,3 %*	–

* Statistisches Jahrbuch München 1998, Stand 31.12.1997

** Statistisches Jahrbuch München 1998, Stand 31.12.1997 und eigene Berechnungen

** Statistisches Jahrbuch München 1997, Stand 31.12.1996

** Statistisches Jahrbuch München 1997, Stand 31.12.1996 und eigene Berechnungen

Der Ausländer/-innen-Anteil in der Bevölkerung von München Süd betrug im Jahre 1997 19,3 % und lag damit leicht unter dem gesamten Stadtdurchschnitt. Die Geschlechterverteilung wies sowohl in München als auch im Sektor Süd einen leichten Überhang zugunsten der weiblichen Wohnbevölkerung auf.

Wie die Daten zur Altersstruktur darlegen, waren über 70 % der Münchner/-innen zwischen 18 und 65 Jahre alt, im Sektor Süd war die Zahl mit 71,3 % nur wenig höher. 13,6 % der Münchner/-innen waren jünger als 18 Jahre, im Sektor Süd waren es nur 13,0 %. 15,1 % der Bewohner/-innen von München waren älter als 65 Jahre, im Sektor Süd waren es 15,6 %.

Die Arbeitslosenquote für München betrug im Jahr 1997 6,3 %, für den Sektor München Süd lagen beim Statistischen Amt diesbezüglich keine Daten vor.

II. Fragestellung der Studie

Für ein definiertes Münchner Stadtgebiet, den Versorgungssektor Süd, sollten Struktur und Inanspruchnahme der psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung untersucht werden, um daraus Anhaltspunkte für den Bedarf in diesem Teil-Bereich der psychiatrischen Versorgung abzuleiten.

Folgende Fragestellungen sollten beantwortet werden:

- Welche Erfahrungen mit der Krisen- und Notfallversorgung von Patienten aus dem Sektor München Süd liegen bei den verschiedenen Einrichtungen vor?
- Welche Leistungsangebote der Krisen- und Notfallversorgung werden von den verschiedenen Arten von Krisenpatienten in Anspruch genommen?
- Was können übertragbare Qualitätsstandards und Messgrößen für Leistungsangebote einer bedarfsorientierten Notfall- und Krisenversorgung im großstädtischen Bereich sein?
- Wo bestehen Versorgungslücken?
- Welche Zuweisungsmuster zwischen den im Sektor befindlichen Einrichtungstypen sind zu beobachten?

III. Methodik

1. Definition eines für alle Einrichtungen anwendbaren Krisenbegriffes

Zunächst war eine Verständigung auf einen für alle Einrichtungen anwendbaren Krisenbegriff erforderlich, der gewährleistet, dass jeder Krisenfall in den in die Untersuchung einbezogenen Einrichtungen erfasst wird.

In einem eigenen für die Untersuchung eingerichteten Arbeitskreis der PSAG-Süd wurde der folgende Krisenbegriff als Einschlusskriterium für die Primärerhebung erarbeitet:

»Seelische Ausnahmestände, bei denen die Betroffenen inneren oder äußeren Belastungen so stark ausgesetzt sind, dass die üblichen Bewältigungsformen nicht mehr ausreichen und ihnen bzw. Dritten deshalb unmittelbare professionelle Hilfe innerhalb von 24 Stunden notwendig erscheint und sie aus diesem Grunde aktiv werden. Die aus dieser Krisenerstberatung/-intervention resultierenden Maßnahmen müssen dagegen nicht binnen 24 Stunden stattfinden.

Ausgeschlossen aus der Untersuchung werden Krisen, die im Rahmen einer laufenden Behandlung in der jeweiligen Einrichtung auftreten und innerhalb des dafür vorgesehenen Settings aufgefangen werden können. Ebenfalls ausgeschlossen werden Krisen, die den Betroffenen als Motivation dienen, sich mittelfristig in eine Beratung bzw. Therapie zu begeben.«

Dieser Krisenbegriff wurde als Vorschlag allen an der Primärerhebung zu beteiligenden Einrichtungen vorgelegt und von diesen als für den stationären und ambulanten Versorgungsbereich gleichermaßen geeignet beurteilt. Er erwies sich als praxisnah, in allen Einrichtungen unabhängig von Art und Dringlichkeit der Krise anwendbar und offen genug, um Krisen- und Behandlungsmerkmale explizit zu erheben. Während andere Krisenbegriffe das intervenierende Verhalten selbst (HÄFNER u. HELMCHEN 1978) oder den Anlass des Krisengeschehens (CAPLAN 1964) als Definitionskriterium nehmen, wurde hier eine Krisendefinition gewählt, die sich unabhängig von Art, Anlass und Entstehungshintergrund der Krise, möglicher Grunderkrankung und Form der Krisenintervention auf die subjektive Sicht der Klient/-innen und deren Hilfeverhalten bezieht. Maßgebend war ausschließlich, dass ein akuter Hilfebedarf mit einem Handlungsansuchen innerhalb von 24 Stunden bei den angesprochenen Einrichtungen vorgetragen

wurde, sei es durch den Klienten selbst oder durch einen Dritten. Der Krisenbegriff war geeignet, psycho-soziale Krisen ebenso wie medizinisch-psychiatrische Notfälle zu beurteilen.

Ausgeschlossen waren Krisen, die im Rahmen einer bestehenden Behandlung innerhalb des dafür vorgesehenen Settings aufgefangen wurden. Zum »Krisenfall« im Sinne der vorliegenden Untersuchung wurde ein Klient somit erst, wenn er außerhalb seiner »regulären« Betreuung oder Behandlung einen dringenden Hilfebedarf bei einer anderen Einrichtung vortrug.

2. Sektorbezug

Die Primärerhebung sollte ausschließlich an Klient/-innen aus München Süd durchgeführt werden. Mit Ausnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Allgemeinen Sozialdienste, dem Fachbereich Allgemeinpsychiatrie Süd am BKH Haar und dem Atriumhaus, waren alle an der Untersuchung beteiligten Einrichtungen nicht speziell sektorbezogen tätig, sondern für Klient/-innen aus dem gesamten Stadtgebiet zugänglich. Deshalb musste, als weiteres Einschlusskriterium, gewährleistet sein, dass bei der Dokumentation nur Klient/-innen mit Wohnsitz im Sektor Süd berücksichtigt werden.

Der Sektor Süd umfasst 21 Postleitzahlenbereiche, von denen sich vier mit anderen Versorgungssektoren überschneiden. Hatte ein Klient seinen Wohnort in einem solchen Postleitzahlenbereich, wurde die Zuordnung anhand eines Straßenverzeichnisses durchgeführt.

Die bei der Rettungsleitstelle und dem Nervenärztlichen Notdienst dokumentierten Einsätze wurden ebenfalls anhand der Postleitzahlen bzw. der Straßen dem Sektor Süd zugeordnet. Die Polizeidaten wurden anhand der Einzugsgebiete der vier im Sektor liegenden Polizeiinspektionen ausgewählt.

Um auch Klient/-innen, die das professionelle Hilfeangebot anonym in Anspruch nehmen wollten und Klient/-innen ohne festen Wohnsitz zu berücksichtigen, wurden diese Fälle ebenfalls dokumentiert, jedoch gesondert ausgewiesen.

3. Auswahl der Einrichtungen für die Gesamterhebung

Ausgehend von den Ergebnissen der Explorationsstudie (s. IV.1.) beschränkte sich die Primärerhebung auf die Einrichtungen, die einen Versorgungsauftrag für psychiatrische Krisen haben oder psychiatrische bzw. psychosoziale Krisenintervention zu ihren Aufgaben zählen. Es handelte sich schließlich um 36 Einrichtungen sowie um die Rettungsleitstelle der Feuerwehr, den Nervenärztlichen Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung und die Polizei. Niedergelassene

Kassenärzte und der Allgemeinärztliche Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung konnten in die Primärerhebung nicht einbezogen werden, da eine Dokumentation, wie sie im Rahmen der Studie vorgesehen war, aufgrund organisatorischer und zeitlicher Probleme nicht eingesetzt werden konnte.

In München sind 3577 Niedergelassene Kassenärzte, davon 155 Nervenärzte tätig. Die Kassenärztliche Vereinigung hatte einer Kooperation im Rahmen des Projektes generell zugestimmt, konnte aber die benötigten Daten nicht zur Verfügung stellen. Sie erklärte sich jedoch bereit, ihre für die Krisenversorgung relevanten, auf die Ärzte bezogenen Daten auszuwerten.

Aus der Primärerhebung ausgeschlossen wurden auch die langzeitbetreuenden Einrichtungen der Bereiche Tagesstruktur, Arbeit, Wohnen und Bewährungshilfe, da in diesen Einrichtungen Krisenbewältigung zwar zum therapeutischen Alltag gehört, diese aber immer »im Rahmen einer laufenden Behandlung bzw. Betreuung« stattfindet. Auch Unterstützung im Rahmen von Selbsthilfe kam nicht in die Auswertung, da hier keine Krisen im definierten Sinne auftraten.

3.1 Bildung von Einrichtungstypen

Die ausgewählten Einrichtungen wurden folgenden 13 Einrichtungstypen zugeordnet.

1. Psychiatrisches Krisenzentrum
2. Universitätskliniken
3. Privatkliniken
4. BKH Haar
5. Sozialpsychiatrische Dienste
6. Psychosoziale Beratungsstellen
7. Telefonseelsorgen
8. Notrufe
9. Zufluchtstellen
10. Allgemeine Sozialdienste
11. Nervenärztlicher Notdienst
12. Rettungsleitstelle
13. Polizei

Diskussionen zur Umsetzung der Studie in diesen unterschiedlichen Einrichtungen und Institutionen zeigten, dass nicht alle gleichermaßen an der Erhebung beteiligt werden konnten. So wurden mit der Polizei, der Rettungsleitstelle der Feuerwehr und dem Nervenärztlichen Notdienst geeignete Vereinbarungen getroffen, die einen Zugriff auf die dort jeweils vorhandenen Daten ermöglichten.

4. Entwicklung des Fragebogens

Entsprechend wurde für die Primärerhebung ein standardisiertes Erhebungsinstrument entwickelt, das an die Bedingungen der unterschiedlichen Einrichtungstypen angepasst werden konnte. Inhaltlich basierte es auf dem Erhebungsbogen der Ambulanten Basisdokumentation des Psychiatrischen Krisenzentrums Atriumhaus zur Dokumentation aller Krisenerstkontakte, dem so genannten BEFO-Bogen. Dieser beinhaltet folgende Aspekte: soziodemographische Daten, Sozialanamnese, Krankheitsvorgeschichte, Vorbehandlung, aktuelle Krisen- und Krankheitsmanifestation, diagnostischer Status nach ICD 9 und ICD 10, Kontaktaufnahme, Zuweisungs- und Weiterverweisungswege, Behandlungsdaten und Entlassungsmodalitäten. (siehe Anhang)

4.1 Erarbeitung unterschiedlicher Fragebogenversionen

Um eine möglichst zuverlässige Dokumentation zu gewährleisten, wurden unterschiedliche, auf die jeweiligen Einrichtungstypen zugeschnittene Fragebogenversionen entwickelt, die miteinander kompatibel waren.

Insgesamt wurden fünf unterschiedliche Fragebogenversionen erarbeitet, deren Basis jeweils der im Atriumhaus eingesetzte BEFO-Bogen war (s. Tab. 2).

Version 1: Psychosoziale Beratungsstellen, Zufluchtstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Allgemeine Sozialdienste (siehe Anhang)

Version 2: Telefonseelsorgen, Suchtnotruf (siehe Anhang)

Version 3: Universitäts- und Privatkliniken (siehe Anhang)

Version 4: BKH Haar (siehe Anhang)

Version 5: Psychiatrisches Krisenzentrum Atriumhaus (Telefonkontakte ohne persönliche Krisenintervention) (siehe Anhang)

Tab. 2: Inhalte der verschiedenen Fragebogenversionen

Fragestellungen	Psychosoz. Beratungsstellen und Zufluchtstellen	Telefonseelsorgen und Suchtnotruf	Universitätskliniken und Privatkliniken inkl. Konsile	BKH Haar	Atriumhaus/ pers. Kontakte BEFO-Bogen	Atriumhaus/ teil. Kontakte
Wohnsitz						
Sektor	X	X	X	X	X	X
Zeitpunkt der Inanspruchnahme						
Datum	X	X	X	X	X	X
Uhrzeit	X	X	X	X	X	X
Art der Kontaktaufnahme						
Fremd- oder Selbstkontakt	O	O	O	O	O	O
Rechtsgrundlage bei Eintritt	-	-	X	X	X	-
Anliegen						
Geäußertes Anliegen des Betroffenen	O	O	O	O	O	O
Soziodemographische Daten						
Geschlecht	X	X	X	X	X	X
Alter/Geburtsjahr	X	X	X	X	X	X
Staatsangehörigkeit	X	X	X	X	X	-
Dt. Sprachkenntnisse	X	X	X	X	X	X
Unterhalt	X	X)*	-	-	X	X)*
Wohnsituation	X	X)*	-	-	X	X)*
Berufliche Situation	X	X)*	-	-	X	X)*
Bekanntheit des Klienten						
Ist der Klient der Einrichtung bekannt	X	X	X	X	X	X
Krisenbeschreibung/-typisierung						
Zeitraum seit Beginn der Krise	X	X	X	X	X	X

Erst- oder wiederholtes Auftreten der Krise	X	X	X	X	X	X
Suizidversuch) ^{***}	X	X	X	X	X	X
Früherer Suizidversuch	-	-	X	X	X	-
Fremdgefährdung) ^{***}	X	X	X	X	X	X
Suchtmittel einfluss) ^{***}	X	X	X	X	X	X
Art der psychiatrischen Grunderkrankung	X	X	-	-	-	X
Diag. ICD 9	x) ^{**}	-	-	-	-	-
Diag. ICD 10	x) ^{**}	-	X	X	X	-
GAF-Wert	-	-	X	X	X	-
Art und therap. Inhalte der Krisenintervention						
Art der Intervention	0	0	0	0	0	0
Inhalt der Krisenintervention	0	0	0	0	0	0
Eingeleitete Maßnahmen	0	0	0	0	0	0
Dauer der Intervention						
Dauer in Minuten	X	X	X	X	X	X
Dringlichkeit der Intervention						
Beurteilung der Dringlichkeit der Konsultation durch den Behandler	X	X	X	X	X	X
Vernetzung						
Veranlassung	X	X	X	X	X	X
Vorbehandlung	X	X	X	X	X	X
Weiterbehandlung	X	X	X	X	X	X
Abschlussbeurteilung						
Stellungnahme zum Interventionsverlauf	0	0	0	0	0	0
Probleme/Wünsche	X	X	X	X	X	X

x = wird erhoben;) * = nicht obligatorisch; - = wird nicht erhoben;) ** = nur für geschultes Personal; 0 = wird einrichtungsspezifisch erhoben;) *** = im Rahmen der Krise

4.2 Handhabung des Fragebogens

Alle Fragebogenversionen wurden in ausgewählten Einrichtungen¹ über einen Zeitraum von mindestens einer Woche probeweise eingesetzt und soweit erforderlich überarbeitet. Darüber hinaus fand vor Beginn der Primärerhebung in allen Einrichtungen eine ausführliche Einweisung der Mitarbeiter/-innen in den Fragebogen statt. In den Beratungsstellen erfolgte die Unterweisung teils telefonisch, teils persönlich. In der Psychiatrischen Klinik der Universität München und der Psychiatrischen Klinik der TU München wurde das Forum der Klinikkonferenz für die Einweisung der Mitarbeiter/-innen genutzt. Im Max-Planck-Institut (MPI) und in der einbezogenen Privatklinik erfolgte eine Einweisung vor Ort.

Allen Einrichtungen wurde ein ausführliches Manual zum Fragebogen und ein Straßenverzeichnis zum Zwecke der zuverlässigen Sektorzuordnung an die Hand gegeben. (vgl. Anhang) Für Rückfragen zur Dokumentation stand die wissenschaftliche Begleitung durchgängig zur Verfügung.

1 Psychiatrisches Krisenzentrum Atriumhaus, Psychosoziale und psychiatrische Beratungsstelle der städtischen Gesundheitsbehörde, Psychiatrische Klinik der TU – Klinikum Rechts der Isar

IV. Projektablauf

Zur Vorbereitung der Gesamterhebung wurde eine *Explorationsstudie* zum Zwecke der Felderschließung durchgeführt. In ihr wurden die Strukturen des Versorgungsnetzes erhoben und die Rahmenbedingungen für die Gesamterhebung festgelegt.

Die Gesamterhebung bestand aus zwei Untersuchungsteilen:

1. Der *Primärerhebung* zur direkten Erfassung klientenbezogener Daten.
2. Der *Sekundäranalyse* von Klientendaten bei Einrichtungen, in denen eine Primärerhebung nicht realisierbar war.

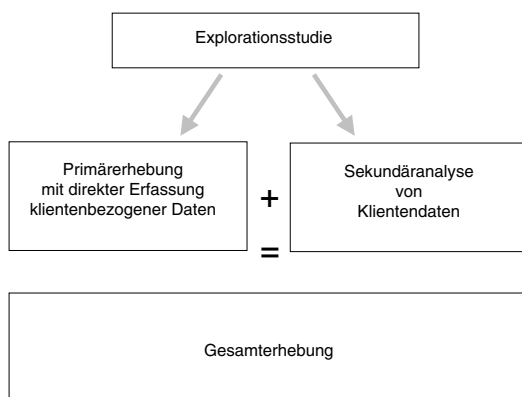


Abb. 2: Datenerhebung

1. Explorationsstudie

Mit dem Begriff Explorationsstudie wird in der empirischen Sozialforschung eine Untersuchung bezeichnet, die zur Vorbereitung einer standardisierten Erhebung insbesondere dann notwendig ist (HARTFIEL/HILLMANN 1982), wenn in dem Bereich noch wenig Datenmaterial vorliegt.

Um die Studie in den klinischen wie nichtklinischen Einrichtungen durchzuführen, war es notwendig, diese Untersuchung vorzuschalten, um so zu einem Überblick über den bislang wenig transparenten Bereich der Krisenerstversorgung in München Süd zu gelangen. Die Explorationsstudie verfolgte somit den Zweck,

das breite Spektrum aller an der Krisenerstversorgung von Klient/-innen aus München Süd beteiligten Einrichtungen und Institutionen zu erfassen und ihre Rolle im Bereich Krisenversorgung darzustellen.

1.1 Vorgehensweise

In einem ersten Schritt wurden mit Hilfe des vom Bezirk Oberbayern 1994 herausgegebenen »Psychiatrischen Stadtführers« alle Einrichtungen zusammengestellt, die sich im Sektor Süd der Stadt München befinden und möglicherweise an der Krisenversorgung beteiligt sind.

In einem zweiten Schritt wurden die Einrichtungen erfasst, die zwar nicht im Sektor Süd lokalisiert sind, jedoch aufgrund ihrer Angebotsstruktur auch von Klient/-innen des Sektors Süd bei Krisen in Anspruch genommen werden.

Parallel dazu begann die Projektleitung damit, der Untersuchung einen Öffentlichkeitscharakter zu geben: So konnten die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft PSAG der Landeshauptstadt München sowie ihr Gesundheitsreferent zur Unterstützung gewonnen werden und verfassten ein Empfehlungsschreiben (Anlage 2). Gleichzeitig machte die Wissenschaftliche Begleitung die Studie in den Gremien des Sektors Süd bekannt und initiierte einen Arbeitskreis der PSAG-Süd, der sich inhaltlich mit der Vorbereitung und Umsetzung des Vorhabens befasste.

1.2 Entwicklung des Befragungsinstrumentes

In Abstimmung mit dem Arbeitskreis der PSAG-Süd wurden die Inhalte des in den Einrichtungen und Institutionen einzusetzenden Befragungsinstrumentes für das Leitfadengespräch (Anlage 3) entwickelt. Es handelte sich hierbei um einen teil-standardisierten Frageleitfaden, der folgende Themenbereiche umfasste:

- Struktur und Tätigkeit der Einrichtung;
- Merkmale der Klienten, die die Einrichtung als Kriseneinrichtung nutzen;
- Abklärung des in der Einrichtung vorhandenen »Krisenverständnisses«;
- genutzte und erwünschte Kooperationsstrukturen bei der Krisenversorgung;
- vorhandene einrichtungseigene Dokumentationen;
- Durchführung der Dokumentation in der jeweiligen Einrichtung.

Ziel der Befragung, die in der Zeit von Februar 1996 bis Februar 1997 stattfand, war es, eine möglichst genaue Abbildung der vorhandenen Struktur im Bereich der Krisenerstversorgung in München Süd zu erhalten und Modalitäten zu finden für eine gemeinsame standardisierte Dokumentation in diesen unterschiedlichen klinischen und nichtklinischen Einrichtungen.

Um dies zu präzisieren, wurden bei der Auswertung der Gespräche folgende Fragen in den Vordergrund gestellt:

- Welche Einrichtungen sind in welchem Umfang an der Krisenversorgung von Sektor-Süd- Klient/-innen beteiligt?
- Wie kann eine Dokumentation in den verschiedenen Einrichtungen realisiert werden?
- Nach welchen Einschluss-/bzw. Ausschlusskriterien werden die Klient/-innen in die Erhebung einbezogen?

1.3 Durchführung der Voruntersuchung

Nachdem das Spektrum der in die Explorationsstudie einzubeziehenden Einrichtungen mit dem Arbeitskreis der PSAG-Süd abgestimmt worden war, fanden die Befragungen in insgesamt 51 Einrichtungen und Institutionen statt: 20 psychosoziale Beratungsstellen, zwei Notrufstellen, zwei Telefonseelsorgen, vier Zufluchtstellen, zwei Sozialpsychiatrische Dienste und zwei Allgemeine Sozialdienste, fünf Kliniken, das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus, die Kassenärztliche Vereinigung für den Allgemeinärztlichen und den Nervenärztlichen Notdienst, die Rettungsleitstelle der Feuerwehr, die Polizei, fünf langzeitbetreuende Einrichtungen, drei Einrichtungen der Selbsthilfe.

Tab. 3: In die Strukturhebung einbezogene Einrichtungen und Anzahl der geführten Gespräche

Einrichtungstyp	Einrichtung	Anzahl der Interviews
Psychosoziale Beratungsstellen	ANAD – Anorexia-Bulimia Nervosa e.V.	20
	ARCHE – Selbstmordverhütung und Hilfe in Lebenskrisen e.V.	
	Internationales Beratungszentrum des BRK	
	Beratungsstelle für Frauen, Sozialdienst kath. Frauen	
	Ehe- Partnerschafts- und Familienberatungsstelle	
	Psychosoziale und psychiatrische Beratungsstelle der städtischen Gesundheitsbehörde	
	Evangelischer Beratungsdienst für Frauen	
	Evangelisches Beratungszentrum	
	Familiennotruf	
	Frauentherapiezentrum	
	Münchner-INSEL	
	Münchner AIDS-Hilfe	
	Pro Familia	
	Psychologischer Dienst und Sozialdienst für Ausländer/-innen der Caritas	
	Psychologischer Dienst für Migrant/-innen der AWO	

Einrichtungstyp	Einrichtung	Anzahl der Interviews
	Psychotherapeutische Beratungsstelle für Student/-innen Refugio – Beratungsstelle für Flüchtlinge und Folteropfer SUB – Zentrum Schwuler Männer TuSch – Trennung und Scheidung e.V. Aktionskreis Ess- und Magersucht »Cinderella« e.V.	
Notrufe	Suchtnotruf Frauennotruf	2
Telefonseelsorgen	Evangelische Telefonseelsorge Katholische Telefonseelsorge	2
Zufluchtstellen	Katholische Bahnhofsmision Evangelische Bahnhofsmision Heilsarmee Frauenhaus – Frauenhilfe e.V.	4
Sozialpsychiatrische Dienste	SPDI-Laim SPDI -Stadtmitte	2
Allgemeine Sozialdienste	ASD Mitte ASD Süd	2
Kliniken	Psychiatrische Klinik der TU München – Klinikum rechts der Isar/ Konsil Klinikum rechts der Isar Psychiatrische Klinik der Universität München/Konsil Innenstadt- kliniken und Klinikum Großhadern der Universität München Max-Planck-Institut für Psychiatrie (MPI)/Konsil Schwabinger Krankenhaus Nervenlinik Gauting BKH Haar	5
Psychiatrisches Krisenzentrum	Psychiatrisches Krisenzentrum Atriumhaus	1
Institutionen	Polizei Kassenärztliche Vereinigung/Niedergelassene Kassenärzte Rettungsleitstelle – Feuerwehr Allgemeinärztlicher Notdienst Nervenärztlicher Notdienst	5
Langzeitbetreuende Einrichtungen	Hipsy – Hilfe für psychisch Kranke TWG Tagesstätte Eigensinn Tagesstätte Schwalbennest Bewährungshilfe West Bewährungshilfe Süd	5
Selbsthilfe-Einrichtungen	MÜPE – Münchner Psychiatrie-Erfahrene Angehörige psychisch Kranker Selbsthilfe-Zentrum	3
Gesamt		51

Vor Durchführung der Explorationsstudie wurden die Träger der verschiedenen Einrichtungen angeschrieben. Nach erfolgter Zustimmung nahm die Wissenschaftliche Begleitung Kontakt mit den Einrichtungen auf und führte ein bzw. mehrere Interviews anhand des Frageleitfadens durch. Gleichzeitig wurde den Einrichtungen das Konzept der Untersuchung vorgestellt und geklärt, ob und unter welchen Vorgaben die Einrichtung an der sich anschließenden Primärerhebung beteiligt werden kann.

Darüber hinaus wurde geprüft, ob aufgrund der in der befragten Einrichtung vorliegenden Erfahrungen weitere Einrichtungen in die Gesamterhebung einbezogen werden sollen. Die Interviews fanden mit zwei Ausnahmen in den Räumen der jeweiligen Einrichtung statt.

Im Durchschnitt dauerten die Leitfadengespräche 60 bis 90 Minuten. Zum Teil wurden sie auf Tonband mitgeschnitten; von allen Gesprächen wurde ein Protokoll erstellt.

1.4 Beteiligte Einrichtungen im Sektor München Süd

Die Explorationsstudie ergab, dass den Einwohner/-innen des Sektors Süd der Stadt München ein breites und differenziertes Netz von psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen und Notdiensten zur Krisenerstversorgung zur Verfügung steht. Im Folgenden wird ein Überblick über das zum Zeitpunkt der Befragung vorhandene Versorgungsnetz gegeben.

Psychiatrisches Krisenzentrum Atriumhaus

Das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus wurde im November 1994 als erstes Psychiatrisches Krisenzentrum in München eröffnet.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung bestand es aus einer Tagesklinik mit 25 Plätzen, einer Krisenstation mit 15 Betten, einer Krisenambulanz und einer Langzeitambulanz. Als bisher einzige Kriseneinrichtung in München nimmt es Klient/-innen aus allen Versorgungssektoren auf, schwerpunktmäßig jedoch aus dem Sektor Süd. Zielgruppe sind Erwachsene in seelischen Krisen, unabhängig von ihrer Grunderkrankung, insbesondere aber Menschen mit psychotischen Erkrankungen.

Die Kontaktaufnahme kann sowohl indirekt durch die Vermittlung ambulanter und klinischer Behandler erfolgen als auch durch Notfall- und Rettungsdienste, Polizei und Feuerwehr, oder direkt durch die Klienten und/oder deren Angehörige.

BKH Haar

Das BKH Haar ist am östlichen Rand der Stadt München gelegen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung hatte es die Versorgungspflicht für die Stadt München sowie acht Landkreise und umfasste ein Einzugsgebiet von insgesamt ca. 2,45 Millionen Einwohnern. Im Jahr 1992 wurde das BKH Haar umstrukturiert und sektorisert. Das BKH Haar hat neben den Fachbereichen Neurologie, Sucht, Gerontopsychiatrie und Forensik vier, den Sektoren zugeordnete Allgemeinpsychiatrische Fachbereiche. Klient/-innen aus München Süd werden überwiegend in den zwei Aufnahmestationen des Fachbereichs Allgemeinpsychiatrie Süd aufgenommen; vereinzelt auch auf der für psychosoziale Krisen ausgerichteten sektorübergreifenden Krisenstation des BKH Haar.

Universitätskliniken

In München sind zwei psychiatrische Universitätskliniken und eine psychiatrische Forschungsklinik angesiedelt: die im Sektor Süd liegende Psychiatrische Klinik der LMU mit 200 Betten, die Psychiatrische Klinik der TU München mit 80 Betten und das Max-Planck-Institut für Psychiatrie mit 144 Betten. Die genannten Kliniken haben keine Versorgungsverpflichtung und nehmen Patient/-innen aus allen Sektoren auf. Jede von ihnen verfügt über eine psychiatrische Ambulanz, die tagsüber auch die Aufnahmefunktion für die Klinik übernimmt. Alle drei Kliniken erbringen Konsiliarleistungen in somatischen Krankenhäusern: die Psychiatrische Klinik der LMU im gesamten Innenstadtzentrum, die Psychiatrische Klinik der TU im Klinikum rechts der Isar und das MPI im städtischen Krankenhaus München Schwabing.

Privatkliniken

Im Süden von München, im Kreiskrankenhaus Starnberg befindet sich eine Privatklinik, die Nervenambulanz Gauting – Dr. Ph. Schmidt GmbH – Fachambulanz für Psychiatrie. Diese Klinik hat ebenfalls keine Versorgungsverpflichtung und nimmt Patient/-innen wohnort-unabhängig auf. Sie verfügte im Jahr 1997 über 70 Betten.

Sozialpsychiatrische Dienste

In München Süd liegen zwei Sozialpsychiatrische Dienste. Der SPDI Stadtmitte wurde 1975 als Modellprojekt der Stadt München gegründet. Der SPDI Laim besteht seit 1978 in Trägerschaft der Caritas. Das Leistungsspektrum der multiprofessionell besetzten Sozialpsychiatrischen Dienste entspricht dem in der Psychiatrie-Enquete geforderten Leistungsprofil. Die dort tätigen Ärzte haben keine Behandlungsberechtigung. Die SPDIs in Bayern haben keine Hoheitsbefugnis.

Psychosoziale Beratungsstellen

Das heterogene Feld der Psychosozialen Beratungsstellen umfasst 20 Einrichtungen. Zum Teil haben diese Einrichtungen klar eingegrenzte Zielgruppen, zum Teil klar umschriebene Aufgabenbereiche.

- Akut-Beratungsstellen

Die zum Zeitpunkt der Erhebung für die Krisenversorgung wichtigsten Einrichtungen waren die »Münchner Insel«, die »ARCHE – Selbstmordverhütung und Hilfe in Lebenskrisen e. V.« und die »Psychosoziale und psychiatrische Beratungsstelle für Erwachsene der städtischen Gesundheitsbehörde«.

Die seit 1972 bestehende Münchner Insel ist eine kirchliche psychosoziale Beratungsstelle im Münchner Zentrum, die ohne Anmeldung anonym und kostenlos Gespräche und Beratungen anbietet. Sie ist während der üblichen Sprechzeiten geöffnet und registrierte im Jahr 1994 7666 Besucher/-innen (Jahresbericht 1994).

Die ARCHE – Selbstmordverhütung und Hilfe in Lebenskrisen e. V. liegt im Münchner Norden und besteht seit 1969. Ihr inhaltlicher Schwerpunkt liegt in der »praktischen Selbstmordverhütung durch ambulante Vorbeugung, Krisenintervention und Nachbetreuung sowie Aufklärung der Öffentlichkeit über die Suizidproblematik«. Im Jahr 1994 wurden 969 Klienten/-innen gezählt (Jahresbericht 1994).

Die Psychosoziale und psychiatrische Beratungsstelle für Erwachsene der städtischen Gesundheitsbehörde ist sowohl eine öffentliche Beratungsstelle als auch die Fachstelle, welche die von der Kreisverwaltungsbehörde angeforderten ärztlichen Stellungnahmen zur Unterbringung nach § 7 des Bayerischen Unterbringungsgesetzes ausführt. Sie befindet sich in Trägerschaft der LH München. Zu Beginn des Jahres 1997 wurde, das Subsidiaritätsprinzip realisierend, diese Stelle in eine Informations- und Koordinierungsstelle umgewandelt. Die Aufgaben der Beratung und Intervention wurde an andere Stellen, vorrangig die Sozialpsychiatrischen Dienste, übertragen. Die hoheitlichen Aufgaben sind in der Stelle verblieben.

- **Beratungsstellen für ausländische Mitbürger/-innen**
Bei den vier Beratungsstellen für ausländische Mitbürger/-innen handelt es sich um den Psychologischen Dienst und den Sozialdienst für Ausländer/-innen der Caritas, das Internationale Beratungszentrum des BRK und den Psychologischen Dienst für Migrant/-innen der AWO, die vorrangig als Informations- und Beratungsstellen genutzt werden. Außerdem gibt es noch das außerhalb des Sektors gelegene Beratungszentrum Refugio e. V., das sich hauptsächlich mit der Beratung und Therapie von Flüchtlingen und Folteropfern beschäftigt (Jahresbericht 1995).
- **Beratungsstellen für Frauen**
Von den insgesamt drei Beratungsstellen für Frauen ist die älteste der Evangelische Beratungsdienst für Frauen und Mädchen, der seit ca. 30 Jahren besteht. Neben ambulanten Beratungsmöglichkeiten verfügt er über ein Wohnheim für 22 Frauen sowie angemietete Wohnungen für weitere 30 Frauen (Jahresbericht 1995).
Eine vergleichbare Einrichtung ist die Beratungsstelle für Mädchen und Frauen des Sozialdienstes katholischer Frauen, der neben ambulanten Beratungsdiensten, Betreuungen, Vormundschaften und Pflugschaften, Erziehungsbeistandschaften, Jugendhilfen, Straffälligen- und Straftlassenenhilfe, offene Hilfen für obdachlose Frauen anbietet sowie ein Mutter-Kind-Heim und ein Frauenhaus unterhält (Jahresbericht 1995).
Das Frauentherapiezentrum wurde im Jahr 1978 gegründet und hält eine breit gefächerte Angebotsstruktur für unterschiedliche Problembereiche vor. Die Klientinnen sind Frauen mit psychosozialen Problemstellungen und Frauen mit psychiatrischen Erkrankungen. Im Jahr 1994 wurden 254 Beratungsstunden im Bereich der Krisenintervention durchgeführt (Jahresbericht 1994).
TuSch – Trennung und Scheidung e. V. ist eine Einrichtung, die vor ca. 15 Jahren aus der Selbsthilfe entstanden ist. Die Aufgabe der Einrichtung besteht darin, Frauen in Trennungs- und/oder Scheidungssituationen beratend und helfend zur Seite zu stehen (Tätigkeitsbericht 1995).
- **Beratungsstelle für Essstörungen**
Zwei Einrichtungen stehen Menschen mit Essstörungen zur Verfügung: ANAD e. V. und Cinderella. Schwerpunkte sind hier die Betreuung und Beratung von essgestörten Menschen und deren Angehörige. ANAD e. V. unterhält daneben auch noch Wohngemeinschaften (Handout ANAD e. V.). Cinderella fungiert lediglich als Beratungsstelle und wurde deshalb in die Erhebung nicht mit einbezogen.
- **Beratungsstelle für Familien**
Zwei Einrichtungen befassen sich speziell mit Familienproblemen: der 1982 gegründete Familiennotruf mit den Angeboten Information, Beratung und Meditation und die seit 1967 bestehende Ehe-, Partnerschafts- und Familien-

beratungsstelle mit mehreren Zweigstellen im Stadtgebiet, und einem umfangreichen Beratungsangebot.

Das Evangelische Beratungszentrum existiert seit 1963. Seine zentrale Aufgabe besteht in der Ehe-Familien-Lebensberatung, wobei es sich in ca. 65 % der Fälle um Paare oder Einzelpersonen mit Kindern handelt, die diese Beratungsstelle aufsuchen, deren Personalstab sich aus Psycholog/-innen zusammensetzt (Jahresbericht 1995).

Pro Familia besteht seit 1970 in München. Es handelt sich hier um eine Beratungseinrichtung, die auf Spendenbasis arbeitet. Ärzt/-innen, Psycholog/-innen, Pädagog/-innen und Sozialpädagog/-innen stehen den Ratsuchenden zur Verfügung.

- Sonstige Beratungsstellen

Die Psychotherapeutische Beratungsstelle für Student/-innen der LMU ist eine Beratungsstelle für Student/-innen der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), die sich in einer seelischen Notlage befinden. Es finden Einzelberatungen und Selbsterfahrungsgruppen statt, mit dem Blick auf kürzere therapeutische Interventionen. Langfristige Therapieangebote können nicht gemacht werden.

SUB – Zentrum für Schwule Männer ist eine Beratungsstelle für homosexuelle Männer; es werden Beratungen und ein offener Treff angeboten.

Den Münchner Aids Hilfe e. V. gibt es seit 1984. Das Aufgabengebiet dieses Vereins umfasst Beratung, Betreuung und Selbsthilfe der betroffenen Klientel; außerdem leistet der Verein ambulante Pflege und Betreuung und hat eine Krankenwohnung mit sechs Plätzen (Bericht 1994).

- Telefonseelsorgen

In München gibt es eine katholische und eine evangelische Telefonseelsorge, die jeweils rund um die Uhr besetzt sind. Die 1968 gegründete evangelische Telefonseelsorge arbeitet mit vier hauptamtlichen und 130 ehrenamtlichen Kräften, die katholische Telefonseelsorge, 1963 gegründet, hat acht hauptamtliche und 14 ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen im Einsatz.

- Notrufe

In München gibt es zwei Notrufe: Der rund um die Uhr besetzte Suchtnotruf ist ein Spezialangebot für suchtgefährdete Menschen, wird aber auch von Klient/-innen in anderen seelischen Notlagen frequentiert. Der Notruf für Frauen mit Gewalterfahrungen – Frauennotruf – ist während der üblichen Sprechzeiten geöffnet und bietet neben der telefonischen Beratung auch persönliche Kriseninterventionen und Gespräche an.

- Zufluchtstellen

Unter diesem Einrichtungstyp sind zusammengefasst: die evangelische und katholische Bahnhofsmision, die Heilsarmee und ein Frauenhaus.

Die beiden *Bahnhofsmissionen* befinden sich im Münchner Hauptbahnhof.

Sie verstehen sich als Anlaufstelle für Menschen in Krisen- und Notsituationen. Die Bahnhofsmissionen sind rund um die Uhr mit insgesamt zehn hauptamtlichen Mitarbeiter/-innen besetzt, unterstützt von ca. 110 ehrenamtlichen Helfer/-innen. Sie werden nach eigenen Aussagen täglich von ca. 400 Menschen aufgesucht, zu denen, wenn auch in Ausnahmefällen, Menschen mit psychischen Problemen oder manifesten psychiatrischen Erkrankungen zählen.

Die *Heilsarmee* bietet obdachlosen oder nichtsesshaften Männern die Möglichkeit der Übernachtung (es stehen 50 Schlafplätze zur Verfügung) und des Wohnens. Die Männer erhalten hier die Möglichkeit, zur Ruhe zu kommen und Gespräche zu führen. Die im Sektor liegende Institution mit zwei hauptamtlichen Mitarbeitern ist immer wieder mit Menschen in seelischen Krisen oder mit psychiatrischen Erkrankungen konfrontiert.

Das *Frauenhaus* der Frauenhilfe München e. V. besteht seit 1978. Die nicht im Sektor gelegene Einrichtung bietet 45 meist misshandelten Frauen und deren Kindern Wohnmöglichkeit und Beratung an. Es arbeiten hier 49 haupt- und ehrenamtliche Sozialpädagog/-innen mit therapeutischer Zusatzausbildung.

- Allgemeine Sozialdienste

Der Allgemeine Sozialdienst ist aus der traditionellen Familienfürsorge entstanden und arbeitet gebietsbezogen. Im Sektor Süd gibt es zwei Allgemeine Sozialdienste. Sie fungieren als Anlauf-, Kontakt- und Beratungsstelle für alle sozialen Belange der Bürger/-innen des Stadtteils. Psychisch kranke Menschen sind nur eine kleine Untergruppe ihrer Klientel. Die Gehstruktur ist ein wichtiges Charakteristikum dieser Dienststellen.

- Niedergelassene Ärzte und Allgemeinärztlicher Notdienst

»Die Niedergelassenen Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten bilden das Fundament der ambulanten psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung.« (2. Bay. Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter, München 1990) Zu ihrem Versorgungsauftrag zählt neben der Regelversorgung in den Praxen auch die Versorgung in Krisensituationen. Leistungen in psychischen Krisensituationen werden abgerechnet unter der Ziffer 21 (EBM) und sind damit erfassbar.

Die Ziffer 21 (EBM) gehört zu den fachübergreifenden Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen und ist abrechenbar von Hausärzten, Nervenärzten, Psychiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Neurologen.

Unter die Ziffer 21 (EBM) fällt eine »sofortige ärztliche Intervention bei akuter psychischer Dekompensation (z. B. Suizidversuch) ggf. einschließlich der ärztlichen Einflussnahme auf die unmittelbar betroffenen Personen des familiären Umfeldes des Kranken«.

Neben der Ziffer 21 (EBM) sind andere Leistungsziffern in Bezug auf Diagnostik, therapeutische Gespräche oder psychiatrische Behandlung nicht abrechenbar.

- **Nervenärztlicher Notdienst**
Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat neben dem Allgemeinärztlichen Notdienst einen Nervenärztlichen Notdienst vor allem für die sprechzeitenfreien Zeiten eingerichtet. Der Nervenärztliche Notdienst für München Süd wird von den Niedergelassenen Nervenärzten der Stadt bestritten. Er ist als Bereitschaftsdienst organisiert, wobei jeder Nervenarzt zur Teilnahme verpflichtet ist. Die Ärzte sind jeweils 24 Stunden in Bereitschaft und rücken im Bedarfsfall aus. Der Dienst ist nicht direkt erreichbar; er kann nur über die Polizei, die Rettungsleitstelle und den Allgemeinärztlichen Notdienst angefordert werden.
- **Rettungsleitstelle der Feuerwehr**
Über die Rettungsleitstelle der Feuerwehr werden die mit Einsatzsignalen ausgestatteten, mit Notärzten und Rettungssanitätern besetzten Fahrzeuge der Rettungsdienste eingesetzt. Die Rettungsleitstelle ist direkt oder indirekt über den Allgemeinärztlichen Notdienst erreichbar.
- **Polizei**
Die Polizei als eine rund um die Uhr verfügbare Institution, die ganz besonders in Krisensituationen jedweder Art angefordert wird, führt in München nach eigenen Angaben pro Jahr ca. 800 Unterbringungen nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz durch.
- **Langzeitbetreuende Einrichtungen**
Hierzu zählen eine therapeutische Wohngemeinschaft (Hipsy – Hilfe für psychisch Kranke), zwei Tagesstätten für psychisch Kranke (eine davon ist nur Frauen vorbehalten) und die Bewährungshilfeeinrichtungen des Landgerichts München I.
- **Selbsthilfeeinrichtungen**
Im Sektor liegen drei Selbsthilfeeinrichtungen. Es handelt sich dabei um zwei Einrichtungen für Betroffene (die MÜPE – Münchner Psychiatrie Erfahrene und das Selbsthilfezentrum) und eine Einrichtung für Angehörige psychisch Kranker.

1.5. Ergebnisse der Explorationsstudie – Merkmale der Einrichtungen

Die nachfolgenden Berechnungen beziehen sich auf eine Gesamtheit von $n = 38$ Einrichtungen. Die langzeitbetreuenden Einrichtungen und Selbsthilfeeinrichtungen werden in den Ergebnisrastern nicht ausgewiesen, da sich bei der Befragung in den genannten Einrichtungen herausgestellt hat, dass sie nicht zur Krisenintervention genutzt werden.

Die Institutionen Polizei, Kassenärztliche Vereinigung/Niedergelassene Kassenärzte, Allgemeinärztlicher Notdienst, Nervenärztlicher Notdienst, Rettungs-

leitstelle der Feuerwehr, die an der Explorationsstudie beteiligt waren, werden bei den Berechnungen zwar aufgeführt, bei der Grundgesamtheit aber nicht mitgezählt.

Bei der Kassenärztlichen Vereinigung München und München Land wurde in den drei Monaten des zweiten Quartals 1997 die Leistungsziffer 21 (EBM) für 1.602.631 Einwohner/-innen in München und München Land 24.816 Mal abgerechnet. Für einen entsprechenden Zeitraum berechneten sich hieraus für 360.000 Einwohner/-innen 5574,4 Kriseninterventionen im Sinne der Leistungsziffer 21 (EBM).

Die Fachgruppe der Allgemeinärzte und praktischen Ärzte bildete unter den die Ziffer 21 (EBM) abrechnenden Ärzten mit 50,7 % die größte Gruppe, Internisten die zweitgrößte (19,1 %) Nervenärzte mit 12,5 % die drittgrößte Gruppe.

Darüber hinaus wurden für denselben Zeitraum und dasselbe Einzugsgebiet 46.143 Notfallscheine im Rahmen des Allgemeinärztlichen Notfalldienstes dokumentiert. Mit einem Notfallschein werden alle Interventionen und Beratungen außerhalb der Öffnungszeiten der ärztlichen Praxen, unabhängig von der Art und dem Inhalt der Leistungserbringung abgerechnet. Für ein halbes Jahr errechnete sich hieraus eine Häufigkeit von 20.728 Notfallscheinen für 360 000 Einwohner/-innen, unter denen die Fachgruppe der Nervenärzte einen Anteil von 0,2 % einnahm.

1.5.1 Räumliche Lage der Einrichtungen

Die Einrichtungen mit Angeboten zur Krisenversorgung konzentrieren sich im Sektor München Süd, da dieser das Stadtzentrum umfasst. Von den 38 in der Explorationsstudie erfassten ambulanten und stationären Einrichtungen liegen 26 innerhalb des Sektors, zwölf außerhalb; außerhalb des Sektors liegt auch das versorgungspflichtige BKH Haar. Auch der Nervenärztliche Notdienst, die Rettungsleitstelle der Feuerwehr und die Einsatzzentrale der Polizei sind in München Süd. Von den 155 in München Niedergelassenen Nervenärzten haben 40 ihre Praxis innerhalb des Sektors München Süd.

Tab. 4: Lage der Einrichtungen

Einrichtungstyp	Innerhalb des Sektors	Außerhalb des Sektors	Anzahl d. Einrichtungen im Versorgungsnetz – gesamt
Psychiatrisches Krisenzentrum	1	–	1
BKH Haar	–	1	1
Universitätskliniken	1	2	3
Privatklinik	–	1	1
SPDI	2	–	2
Psychosoz. Beratsst.	13	7	20
Telefonseelsorgen	2	–	2
Notrufe	2	–	2
Zufluchtstellen	3	1	4
ASD	2	–	2
GESAMT	26	12	38
Nervenärztl. Notdienst	1	–	
Rettungsleitstelle	1	–	
Niedergel. Nervenärzte	40	115	
Polizei	1	–	

1.5.2 Verfügbarkeit der Einrichtungen

Für Menschen aus dem Sektor Süd, die in eine Krisensituation geraten, standen von den befragten Einrichtungen 13 (36,8 %) rund um die Uhr zur Verfügung: das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus, die fünf Kliniken, die vier Zufluchtstellen und die drei Telefondienste (evangelische und katholische Telefonseelsorge und Suchtnotruf).

Zehn Einrichtungen (26,3 %) hatten 30–45 Stunden pro Woche geöffnet; elf Einrichtungen (28,9 %) 10–30 Stunden und vier Einrichtungen unter zehn Stunden pro Woche. Bei den Letztgenannten handelte es sich um Psychosoziale Beratungsstellen mit speziellen Angeboten. Der Nervenärztliche Notdienst, die Polizei und die Rettungsleitstelle der Feuerwehr waren rund um die Uhr erreichbar;

die Niedergelassenen Nervenärzte hatten im Durchschnitt Öffnungszeiten von 30–45 Stunden pro Woche.

Tab. 5: Öffnungsdauer

Einrichtungstyp	Rund um die Uhr	30–45 Std.	20–30 Std.	10–20 Std.	unter 10 Std.	Anzahl der Einrichtungen im Versorgungsnetz – gesamt
Psychiatrisches Krisenzentrum	1	–	–	–	–	1
BKH Haar	1	–	–	–	–	1
Universitätskliniken	3	–	–	–	–	3
Privatklinik	1	–	–	–	–	1
SPDI	–	2	–	–	–	2
Psychosoz. Beratsst.	–	7	7	4	2	20
Telefonseelsorgen	2	–	–	–	–	2
Notrufe	1	1	–	–	–	2
Zufluchtstellen	4	–	–	–	–	4
ASD	–	–	–	–	2	2
GESAMT	13	10	7	4	4	38
Nervenärztlicher Notdienst	1					
Rettungsleitstelle	1					
Niedergelassene Nervenärzte		155				
Polizei	1					

1.5.3 Krisenkonzepte der Einrichtungen

Die Krisenkonzepte der Einrichtungen erwiesen sich als sehr heterogen.

Ein theoretisch begründetes Krisenkonzept existierte nur in den beiden psychosozialen Beratungsstellen ARCHE und Frauentherapiezentrum sowie im Psychiatrischen Krisenzentrum Atriumhaus. In den Kliniken orientierte man sich am Konzept des medizinischen Notfalls, in den ambulanten Einrichtungen am Kon-

zept der »psychosozialen Krise«. Die Akuität von Zustandsbildern war hier das am einheitlichsten genannte und wichtigste Element zur Annahme einer Krise. Krisenkonzepte lagen eher implizit vor. Hinweise auf fremd- oder selbstgefährdendes Verhalten galten in allen Einrichtungen als hochdringliches Anzeichen für eine Krise und waren unbedingt handlungsauslösend.

1.5.4 Zielgruppen der Einrichtungen

Ein auf psychisch kranke Menschen zugeschnittenes Behandlungsangebot hielten alle Kliniken sowie das Atriumhaus und die Sozialpsychiatrischen Dienste vor. Krisenintervention war in diesen Einrichtungen ein wichtiger Bereich ihrer Tätigkeit; im Atriumhaus war Krisenintervention der Behandlungsschwerpunkt.

Bei den anderen Einrichtungen stellte Krisenintervention einen eher nachgeordneten Aspekt im Tätigkeitsprofil dar. Leisteten sie Krisenhilfe, standen Hilfen für Klient/-innen in psychosozialen Krisensituationen im Vordergrund. Acht Einrichtungen beschränkten ihr Angebot auf die speziellen Zielgruppen (Ausländer/-innen, Frauen oder Männer).

Tab. 6: Zielgruppen der ambulanten Einrichtungen mit Angebot zur Krisenversorgung für Menschen aus dem Sektor Süd (Mehrfachnennungen)

Einrichtungstyp	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Psych. Krisenzent.	1	1	–	–	–	1	–	–	–	1	1
BKH Haar	1	1	–	–	–	1	1	1	–	1	1
Universitätskliniker	3	3	–	–	–	3	–	–	–	3	3
Privatklinik	1	1	–	–	–	1	–	–	–	1	1
SPDI	2	2	–	2	–	–	–	–	2	–	2
Psychosoz. Berat.	1	4	1	8	10	1	–	1	5	5	20
Telefonseelsorgen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	2
Notrufe	–	–	–	–	1	–	1	–	–	–	2
Zufluchtstellen	–	–	–	2	2	–	2	–	–	2	4
ASD	–	–	2	–	–	2	2	–	–	2	2
GESAMT	9	12	5	12	13	9	6	2	7	17	38

A = Chron. psychisch Kranke; B = Psychisch Kranke allg.; C = Psychisch Kranke, spez. Zielgr.; D = Psychosoziale Krisen allg.; E = Psychosoziale Krisen, spez. Zielgr.; F = Menschen mit suizidalen Krisen; G = Suchtgefährdete/Sucht Kranke; H = Unterbringungen, p. Notfälle; I = Angehörige; J = Menschen in Krisensituationen allg.; K = Anzahl der Einrichtungen im Versorgungsnetz gesamt

1.5.5 Berufsgruppenverteilung innerhalb der Einrichtungen

In den meisten Einrichtungen waren verschiedene Berufsgruppen tätig. Die Kliniken und das Psychiatrische Krisenzentrum standen unter ärztlicher Leitung und verfügten über multiprofessionelle Teams unterschiedlicher Zusammensetzung. In den Sozialpsychiatrischen Diensten hatten Ärzt/-innen beratende Funktion. In den psychosozialen Einrichtungen waren Ärzt/-innen nur in Ausnahmefällen und auch dann nur in beratender Funktion beschäftigt.

In allen nichtklinischen Einrichtungen waren Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen, vor allem Sozialpädagog/-innen und Psycholog/-innen, häufig mit therapeutischer Zusatzausbildung, tätig. In drei Einrichtungen waren daneben andere Professionen (z. B. Theologie, Rechtswissenschaften, etc.) beschäftigt. Neun Einrichtungen arbeiteten mit ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen.

Tab. 7: Berufsgruppen (Mehrfachnennungen)

Einrichtungstyp	A	B	C	D	E	F	G	Anzahl der Einrichtungen im Versorgungsnetz – gesamt
Psychiatrisches Krisenzentrum	1	1	1	1	–	1	–	1
BKH Haar	1	1	1	1	–	1	–	1
Universitätskliniken	3	–	3	3	–	3	–	3
Privatklinik	1	1	1	1	–	1	–	1
SPDI	2	2	2	–	–	–	–	2
Psychosoz. Berat.	16	15	4	–	4	–	3	20
Telefonseelsorgen	1	2	–	–	2	–	–	2
Notrufe	2	2	–	–	1	–	–	2
Zufluchtstellen	–	3	–	1	2	–	–	4
ASD	–	2	–	–	–	–	–	2
GESAMT	27	32	12	1	9	6	3	38

A: Psycholog/-innen

B: Sozialpädagog/-innen

C: Ärzt/-innen

D: Therapeut. Personal/nicht med.

E: Ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen

F: Fachpflegekräfte

G: Sonstige Berufsgruppen (Juristen, Theologen etc.)

1.5.6 Leistungsangebot zur Krisenversorgung in den Einrichtungen

Das in den untersuchten Einrichtungen vorgehaltene Leistungsangebot sah grundsätzlich vier Arten bzw. Settings zur Krisenversorgung vor.

Die telefonische Beratung war das niedrigschwelligste Angebot und wurde in unterschiedlichem Maße vorgehalten. Die meisten Einrichtungen, mit Ausnahme des Nervenärztlichen Notdienstes, waren direkt telefonisch zu erreichen.

Tab. 8: Art der von den Einrichtungen vorgehaltenen Leistungen – gesamt (Mehrfachnennungen)

Einrichtungstyp	A	B	C	D	Anzahl der Einrichtungen im Versorgungsnetz – gesamt
Psychiatrisches Krisenzentrum	1	1	1	–	1
BKH Haar	bei Bedarf	bei Bedarf	1	–	1
Universitätsklinik	3	3	3	–	3
Privatklinik	1	1	1	–	1
SPDI	–	2	–	2	2
Psychosoz. Berat.	20	20	–	3	20
Notrufe	2	1	–	–	2
Telefonseelsorgen	2	–	–	–	2
Zufluchtstellen	2	4	2 mit Möglich. z. Übernachtung	–	4
ASD	bei Bedarf	2	–	2	2
GESAMT	38	34	6	7	38
Nervenärztlicher Notdienst	x	–	–	x	–
Rettungsleitstelle	bei Bedarf	–	–	x	–
Niedergelassene Nervenärzte	x	x	–	–	–
Polizei	–	–	–	x	–

A = Telefonische Beratung; B = Persönlich-ambulante Beratung/Behandlung; C = Stationäre/teilstationäre Behandlung; D = Mobile Hilfen vor Ort; E = Anzahl der Einrichtungen im Versorgungsnetz – gesamt

Ambulant-persönliche Beratung/Behandlung in Krisensituationen wurde von den Ambulanzen der Universitätskliniken, dem Psychiatrischen Krisenzentrum Atriumhaus und den ambulanten Einrichtungen mit Ausnahme der Telefonseelsorgen und des Suchtnotrufs angeboten.

Stationäre und teilstationäre Behandlungsangebote wurden in den Kliniken und im Atriumhaus vorgehalten. Teilstationäre Krisenhilfe wurde ausschließlich im Atriumhaus angeboten.

Mobile Krisenhilfe vor Ort war als Aufgabe dem Nervenärztlichen Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesen. Ansonsten gab es sieben Einrichtungen, die grundsätzlich mobile Hilfe leisten konnten; alles jedoch Einrichtungen, in deren Konzept Krisenversorgung einen nur untergeordneten Stellenwert besaß. Im Konzept des Psychiatrischen Krisenzentrums Atriumhaus war Mobile Hilfe vor Ort zum Zeitpunkt der Untersuchung zwar geplant, aber noch nicht umgesetzt.

Am Wochenende war das vorgehaltene Leistungsspektrum deutlich geringer. Telefonische Beratungen wurden auch am Wochenende angeboten; allerdings keine, die auf die besonderen Zielgruppen der Ausländer/-innen und der Frauen ausgerichtet waren.

Tab. 9: Art der von den Einrichtungen vorgehaltenen Leistungen – am Wochenende
(Mehrfachnennungen)

Einrichtungstyp	A	B	C	D	Anzahl der Einrichtungen im Versorgungsnetz – gesamt
Psychiatrisches Krisenzentrum	1	1	1	–	1
BKH Haar	bei Bedarf	bei Bedarf	1	–	1
Universitätskliniken	3	3	3	–	3
Privatklinik	1	1	1	–	1
SPDI	–	–	–	–	2
Psychosoz. Berat.	–	–	–	–	20
Notrufe	1	–	–	–	2
Telefonseelsorgen	2	–	–	–	2
Zufluchtstellen	4	4	–	–	4
ASD	–	–	–	–	2
GESAMT	12	9	6	–	38

<u>Einrichtungstyp</u>	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>
Nervenärztlicher Notdienst	x	-	-	x
Rettungsleitstelle	bei Bedarf	-	-	x
Niedergelassene Nervenärzte	-	-	-	-
Polizei	bei Bedarf	-	-	x

A = Telefonische Beratung; B = Persönlich-ambulante Beratung/Behandlung; C = Stationäre/teilstationäre Behandlung; D = Mobile Hilfen vor Ort; E = Anzahl der Einrichtungen im Versorgungsnetz – gesamt

Ambulant-persönliche Beratungen/Behandlungsangebote waren auch am Wochenende in den Kliniken und im Psychiatrischen Krisenzentrum Atriumhaus verfügbar. Die Zufluchtstellen waren ebenfalls am Wochenende geöffnet. Wie bei den telefonischen Beratungen waren auch die ambulant-persönlichen Leistungen am Wochenende für spezielle Zielgruppen nicht zugänglich.

Das stationäre Angebot zur Krisenversorgung stand am Wochenende wie auch an Werktagen in vollem Umfang zur Verfügung. Das ohnehin geringe Angebot mobiler Hilfen vor Ort reduzierte sich am Wochenende auf den Nervenärztlichen Notdienst und die Leistungen von Rettungsdiensten und Polizei.

Ähnlich wie am Wochenende stellte sich die Situation auch werktags außerhalb der Sprechzeiten dar. Abends und nachts wurden telefonische und ambulant-persönliche Hilfen von den fünf Kliniken und den drei Telefondiensten bereitgestellt. Die spezialisierten Angebote waren nicht verfügbar. Die stationären Angebote waren in vollem Umfang zugänglich, wohingegen für Hilfen vor Ort ausschließlich der Nervenärztliche Notdienst, die Rettungsdienste und die Polizei zur Verfügung standen.

**Tab. 10: Art der von den Einrichtungen vorgehaltenen Leistungen – außerhalb der Sprechzeiten
(Mehrfachnennungen)**

Einrichtungstyp	A	B	C	D	Anzahl der Einrichtungen im Versorgungsnetz – gesamt
Psychiatrisches Krisenzentrum	1	1	1	–	1
BKH Haar	bei Bedarf	bei Bedarf	1	–	1
Universitätskliniken	3	3	3	–	3
Privatklinik	1	1	1	–	1
SPDI	–	–	–	–	2
Psychosoz. Berat.	–	–	–	–	20
Notrufe	1	–	–	–	2
Telefonseelsorgen	2	–	–	–	2
Zufluchtstellen	–	4	–	–	4
ASD	–	–	–	–	2
GESAMT	8	9	6	–	38
Nervenärztlicher Notdienst	x			x	
Rettungsleitstelle	bei Bedarf				
Niedergelassene Nervenärzte					
Polizei	bei Bedarf			x	

1.6 Zusammenfassung der Voruntersuchung

Im Versorgungssektor München Süd lebten im Jahr 1997 353.150 Einwohner/-innen. Der Ausländer/-innen-Anteil betrug 19,3 %, die Arbeitslosenquote (LH München gesamt) 6,3 % (Tab. 1).

Den Einwohner/-innen des Sektors stand zum Zeitpunkt der Untersuchung ein umfassendes und differenziertes psychosoziales und psychiatrisches Einrichtungsnetz zur Unterstützung in Krisen- und Notfällen zur Verfügung. Insgesamt bestand das Netz der Krisenversorgung aus 155 Niedergelassenen Nervenärzten, fünf Kliniken (darunter zwei Universitätskliniken und eine Forschungsklinik),

einem psychiatrischen Krisenzentrum, zwei Sozialpsychiatrischen Diensten, zwanzig Psychosozialen Beratungsstellen, zwei Telefonseelsorgen, zwei Notrufeinrichtungen, vier Zufluchtstellen, zwei Allgemeinen Sozialdiensten sowie dem Nervenärztlichen Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung. Daneben standen die Polizei und die Rettungsleitstelle der Feuerwehr rund um die Uhr in Bereitschaft. Zum Krisenversorgungsnetz im weiteren Sinne gehörten auch die im Sektor gelegenen fünf langzeitbetreuenden Einrichtungen und drei Selbsthilfeeinrichtungen.

Zwei Drittel (68,4 %) der für die Krisenversorgung der Sektor-Süd-Bevölkerung relevanten psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen lagen innerhalb des Sektors. Rund um die Uhr waren die Kliniken, das Psychiatrische Krisenzentrum, die Zufluchtstellen, ein Notruf, die zwei Telefonseelsorgen und der Nervenärztliche Notdienst zu erreichen. Die meisten Einrichtungen hielten telefonische und ambulante Krisenhilfen vor. Stationäre Hilfen wurden bereitgehalten in den Kliniken und im Psychiatrischen Krisenzentrum. Für die Bereitstellung von Mobilien Hilfen vor Ort war rund um die Uhr der Nervenärztliche Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung zuständig.

2. Primärerhebung

Auf Grundlage der Explorationsstudie und in Absprache mit dem Arbeitskreis der PSAG-Süd wurden Einrichtungen bestimmt, in denen die Primärerhebung stattfinden sollte. Das Konzept der Erhebung wurde im gesamten Versorgungsgebiet positiv aufgenommen, eine Beteiligung und Unterstützung bei dem Vorhaben zugesagt.

2.1 Teilnehmende Einrichtungen

Die Primärerhebung wurde in 36 Einrichtungen durchgeführt. Sie begann Juli 1996 und endete im Juni 1997. Ausgeschlossen aus dieser Primärerhebung wurden die langzeitbetreuenden Einrichtungen und die Selbsthilfeeinrichtungen aus den unter 1.5 genannten Gründen.

Eine Zufluchtstelle (Frauenhaus) sowie die Fachbereiche Sucht und Gerontopsychiatrie des BKH Haar lehnten eine Teilnahme aus Überlastungsgründen ab.

Tab. 11: An der Primärerhebung beteiligte Einrichtungen

Einrichtungstyp	Einrichtung	Anzahl d. Einricht.
Psychosoziale Beratungsstellen	ANAD – Anorexia-Bulimia Nervosa e.V.	19
	ARCHE – Selbstmordverhütung und Hilfe in Lebenskrisen e.V.	
	Internationales Beratungszentrum des BRK	
	Beratungsstelle für Frauen, Sozialdienst kath. Frauen	
	Ehe-, Partnerschafts- und Familienberatungsstelle	
	Psychosoziale und psychiatrische Beratungsstelle der städtischen Gesundheitsbehörde	
	Evangelischer Beratungsdienst für Frauen	
	Evangelisches Beratungszentrum	
	Familiennotruf	
	Frauentherapiezentrum	
	Münchner-INSEL	
	Münchner AIDS-Hilfe	
	Pro Familia	
	Psychologischer Dienst und Sozialdienst für Ausländer/-innen der Caritas	
	Psychologischer Dienst für Migrant/-innen der AWO	
Psychotherapeutische Beratungsstelle für Student/-innen		
Refugio – Beratungsstelle für Flüchtlinge und Folteropfer		
SUB – Zentrum Schwuler Männer		
TuSch – Trennung und Scheidung e.V.		
Notrufe	Suchtnotruf	2
	Frauenotruf	
Telefonseelsorgen	Evangelische Telefonseelsorge	2
	Katholische Telefonseelsorge	
Zufluchtstellen	Katholische Bahnhofsmision	3
	Evangelische Bahnhofsmision	
	Heilsarmee	
Sozialpsychiatrische Dienste	SPDI-Laim	2
	SPDI -Stadtmitte	
Allgemeine Sozialdienste	ASD Mitte	2
	ASD Süd	
BKH Haar	BKH Haar	1
Universitätskliniken	Psychiatrische Klinik der TU – Klinikum rechts der Isar/Konsil	3
	Klinikum rechts der Isar	
	Psychiatrische Klinik und Klinikum der Universität München	
	Max-Planck-Institut für Psychiatrie (MPI)/ Schwabinger Krkhs.	
Privatkliniken	Nervenklinik Gauting	1
Psychiatr. Krisenzentrum	Psychiatrisches Krisenzentrum Atriumhaus	1
Gesamt		36

2.2 Absprachen mit den Einrichtungen

Da sich die einzelnen Einrichtungen und Einrichtungstypen deutlich voneinander unterscheiden, sollen hier kurz an Beispielen die Bedingungen, unter denen die Dokumentation bzw. Erhebung stattfinden konnte, dargestellt werden.

Psychosoziale Beratungsstellen, Notrufe, Telefonseelsorgen, Zufluchtstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Allgemeine Sozialdienste

Von den 30 zu diesem Einrichtungstypus gehörenden Einrichtungen erklärten sich alle zu einer Teilnahme an der Primärerhebung mittels Fragebogen bereit. Besondere Absprachen waren hier nicht erforderlich.

BKH Haar, Universitätskliniken und Privatklinik

Im BKH Haar wurde die Primärerhebung in den Aufnahme-Stationen des Fachbereichs Allgemeinpsychiatrie Süd sowie auf der Krisenstation 12 E, die sektorübergreifend auf psychosoziale Krisen spezialisiert ist, durchgeführt. In den Universitätskliniken (Psychiatrische Klinik der TU; Psychiatrische Klinik der LMU, Max-Planck-Institut für Psychiatrie) wurden als Ansprechpartner die jeweiligen Ärztlichen Leiter der Ambulanzen benannt. Sofern die Kliniken psychiatrische Konsiliartätigkeit in somatischen Krankenhäusern durchführten, wurden diese ebenfalls in die Dokumentation einbezogen. Psychiatrische Konsile wurden dann dokumentiert, wenn sie innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme in die Klinik stattfanden. Spätere Konsile wurden als Konsile im Rahmen einer klinischen Langzeitbehandlung gewertet und nicht erhoben. In der einzigen Privatklinik (Nervenklinik Gauting) wurden Krisenfälle in den Stationen direkt erhoben. Der Klinikleiter stellte sich als Ansprechpartner zur Verfügung.

Psychiatrisches Krisenzentrum Atriumhaus

Im Atriumhaus werden alle persönlichen Krisenerstkontakte mittels einer ambulanten Basisdokumentation erfasst. Aus dem Atriumhaus standen Daten für ein halbes Jahr zur Verfügung. Zusätzlich zu den ambulant-persönlichen und stationären Krisenerstkontakten wurden für die Primärerhebung mit einem eigenen Fragebogen auch die telefonischen Krisenerstkontakte erhoben.

2.3 Zeitraum der Primärerhebung

Die Primärerhebung wurde über unterschiedlich lange Zeiträume durchgeführt. In der Regel war ein sechsmonatiger Erhebungszeitraum angestrebt. Abhängig von den zu dokumentierenden Fallzahlen wurden für ausgewählte Einrichtungen – Notrufe, Kliniken, zwei Psychosoziale Beratungsstellen und Telefonische Krisenerstkontakte im Atriumhaus – verkürzte Erhebungszeiträume vereinbart.

Das Feld wurde aus organisatorischen Gründen und aufgrund der geringen Kapazität der Wissenschaftlichen Begleitung zeitlich auseinander gezogen. Da im Versorgungssektor im betrachteten Zeitraum keine strukturellen Veränderungen stattfanden, war dies vertretbar. Beginn und Dauer der Erhebung in den einzelnen Einrichtungstypen sind der Tabelle 12 zu entnehmen.

Tab. 12: Zeitspanne der Primärerhebung nach Einrichtungstyp

Einrichtungstyp	Gesamt	1996					1997					
		Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Febr.	März	April	Mai
Psychosoziale Beratungsstellen	19*	—————										
Notrufe	2			—————								
Telefonseelsorgen	2			—————								
Zufluchstellen	3	—————										
Sozialpsychiatr. Dienste	2	—————										
All. Sozialdienste	2	—————										
Kliniken	5										—————	
Psych. Krisenzentrum pers. Erstkontakte	1	—————										
Psych. Krisenzentrum tel. Erstkontakte	(1)										—————	

* Darunter zwei mit einer Erhebungsdauer von drei Monaten

2.4 Anzahl der dokumentierten Krisenerstkontakte

Insgesamt wurden im Rahmen der Primärerhebung in den 36 Einrichtungen 756 Krisenfälle entsprechend den in der Studie definierten Einschlusskriterien dokumentiert. In sechs Beratungsstellen (Internationales Beratungszentrum des BRK, Ehe-, Partnerschafts- und Familienberatungsstelle, Münchner AIDS-Hilfe, Psychologischer Dienst und Sozialdienst für Ausländer/-innen der Caritas, SUB –

Zentrum schwuler Männer, Familiennotruf) und bei den Allgemeinen Sozialdiensten traten Krisenfälle im Sinne der angewandten Krisendefinition nicht auf.

Tab. 13: Rücklauf der Fragebogen der Primärerhebung

Einrichtungstyp	Anzahl der Einrichtungen	Sektor Süd Klienten (inkl. o.f.W. und anonym)
Psychosoziale Beratungsstellen	19	83
Notrufe	2	92
Telefonseelsorgen	2	30
Zufluchtstellen	3	40
Sozialpsychiatrische Dienste	2	50
Allgemeine Sozialdienste	2	–
BKH Haar	1	19
Universitätskliniken	3	92
Privatklinik	1	2
Psychiatrisches Krisenzentrum		
pers.-ambul. Kontakte	1	266
telefonische Kontakte		82
Gesamt	36	756

2.5 Datenerfassung und Korrektur, Auswertung und Hochrechnung

Nach Rückgabe der ausgefüllten Fragebögen an die Wissenschaftliche Begleitung wurden diese auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Unvollständige oder inkonsistente Antworten wurden, soweit möglich, mit den Bearbeiter/-innen der Fragebögen in den jeweiligen Einrichtungen nachträglich abgeklärt und korrigiert. Die Daten wurden in einer ACCESS Datenbank erfasst.

In Abhängigkeit von dem jeweiligen Erhebungszeitraum in den Einrichtungen wurden die dokumentierten Krisen auf einen Zeitraum von einem halben Jahr hochgerechnet. Krisen von Klient/-innen ohne festen Wohnsitz und von Klient/-innen, die anonym bleiben wollten, wurden, entsprechend dem Einwohneranteil des Sektor Süd an der Münchner Wohnbevölkerung, jeweils zu einem Viertel berücksichtigt. Auf der Basis dieser Berechnungen ergab sich eine Anzahl von 1069 Krisenfällen – hochgerechnet auf ein halbes Jahr.

Tab. 14: Anzahl der Krisenfälle aus der Primärerhebung hochgerechnet auf ½ Jahr

<u>Einrichtungstyp</u>	<u>Anzahl der Einrichtungen</u>	<u>Sektor Süd Klienten (inkl. o.f.W. und anonym)</u>
Psychosoziale Beratungsstellen	19	83
Notrufe	2	59
Telefonseelsorgen	2	24
Zufluchtstellen	3	17
Sozialpsychiatrische Dienste	2	49
Allgemeine Sozialdienste	2	–
BKH Haar	1	96
Universitätskliniken	3	254
Privatklinik	1	6
Psychiatrisches Krisenzentrum		
pers.-ambul. Kontakte	1	266
telefonische Kontakte		215
Gesamt	36	1069

3. Sekundäranalyse

Nicht primär erfasste, sondern von anderen Institutionen gesammelte Daten wurden mittels einer Sekundäranalyse ausgewertet.

Die jeweiligen institutionseigenen Daten wurden unter Wahrung aller datenschutzrechtlichen Gesichtspunkte analysiert und später mit den Daten der direkten Untersuchung zusammengeführt.

3.1 Polizeieinsätze

Alle Einsätze der Polizei wurden unter insgesamt 213 für die örtliche Polizeidokumentation entwickelten Einsatzstichworten, den einzelnen Polizeiinspektionen zugeordnet, abgelegt. Um eine Zusammenführung mit den aus der Primärerhebung gewonnenen Daten zu gewährleisten, wurden die Polizeidaten nach folgenden Kriterien ausgesucht:

- Einsätze im Sektor Süd der Stadt München (Kap. III.2)

- Einsätze, bei denen es sich um psychosoziale oder psychiatrische Krisenfälle handelt (Kap. III.1)

Das Einzugsgebiet der Stadt München ist aufgeteilt in 18 Polizeiinspektionen (PI). Vier Polizeiinspektionen (PI 31, PI 32, PI 33 und PI 34) liegen innerhalb des Sektors Süd, ihre Grenzen decken sich im Wesentlichen mit denen des Sektors. Da die Polizei ihre Einsätze lokal organisiert und somit eine Dokumentation über die Zuordnung der jeweiligen PIs erfolgt, war eine sektorbezogene Auswertung der Daten unschwer möglich.

In Absprache mit der Polizei wurden nur diejenigen Stichworte ausgesucht, unter denen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine psychiatrische bzw. eine psychische Krise zu erwarten war (Tab. 15). In der Zeit vom 01.11.1996 bis zum 30.04.1997 dokumentierte die Polizei unter diesen Stichworten 3656 Einsätze im Sektor Süd der Stadt München.

Tab.15: Einsatzhäufigkeit der Polizei nach Stichworten und Auswahl von Einsätzen in psychischen Krisensituationen

Stichwort	Anzahl der Einsätze gesamt	Anzahl der Einsätze in psych. Krisensituationen
1. Bedrohung	60	6
2. Bedrohung mit Waffengewalt	28	–
3. Einweisung	74	50
4. Fenstersturz	6	–
5. Geisteskrank	30	12
6. Hilfe	90	2
7. Hilferuf	90	2
8. Hilflose Person	414	24
9. Kranke Person	40	2
10. Randalierer	752	54
11. Streit	614	4
12. Sachbeschädigung	218	2
13. Sachbeschädigung – Täter vor Ort	80	4
14. Trunkenheit	74	–
15. Unterstützung	734	26
16. Vergewaltigung	6	–

Stichwort	Anzahl der Einsätze gesamt	Anzahl der Einsätze in psych. Krisensituationen
17. Vergewaltigung – Täter vor Ort	–	–
18. Vermisste Person	188	44
19. Suizid-Androhung	96	52
20. Suizid-Versuch	52	36
21. Suizid	10	-
Gesamt	3656	320

Die anonymisierten Protokolle wurden unter Aufsicht der von der Polizei benannten Fachabteilung einer ersten Durchsicht unterzogen. Anschließend wurden Kriterien zur Zuordnung der Fälle entwickelt, die eine Vergleichbarkeit mit den Krisenerstkontakten aus der Primärerhebung ermöglichen sollten.

Einsätze aufgrund von »Alkohol oder Drogen« oder bei »verwirrten alten Menschen« oder »verwirrten Personen«, deren Verwirrung nicht näher spezifiziert war, wurden ausgeschlossen, ebenso Fälle, in denen die Polizei aufgrund des Art. 2 I PAG eingriff. Nach diesen Kriterien wurden die Datensätze des Zeitraumes 01.11.1996 bis 31.01.1997 (drei Monate) erfasst und den jeweiligen Stichworten zugeordnet (Tab. 16).

Tab. 16: Verteilung der Fälle nach einer ersten Durchsicht

Kennzahl	Inhalt des Protokolls	Anzahl ¼ Jahr	Anzahl ½ Jahr
1	Einweisung in eine psychiatrische Klinik	62	124
1a	Zwangseinweisung	4	8
1b	Einweisung in eine Klinik	24	48
2	Einsatz aufgrund von Selbst-/Fremdgefahr	99	198
3a	auffälliges Verhalten	18	36
3b	Verwirrtheit	38	76
4a	Suchmeldung durch psych. Fachkraft	16	32
4b	Suchmeldung durch Privatperson	4	8
5	Überbringen einer Todesnachricht	3	6
6	Selbst-/Fremdgefahr plus Alkohol/Drogen	12	24

Kennzahl	Inhalt des Protokolls	Anzahl ¼ Jahr	Anzahl ½ Jahr
7	»psychisch« Kranke	26	52
8	Transportbegleitung nach Haar	15	30
9	Professioneller bittet um Hilfe	3	6
Gesamt		324	648
?	Zuordnung unklar	77	154
20	Nur Alkohol/Drogen	186	372
21	alte verwirrte Menschen	60	120
22	Profi bittet um Hilfe – nicht psychiatrisch	6	12
TB	reine Polizeieinsätze – nicht psychiatrisch	1175 1504	2350 3008

Die verbliebenen 324 Fälle (in drei Monaten) wurden von einem Psychiater nochmals revidiert, um psychiatrische Krisen von sozialen und anderen Krisen abzugrenzen.

Tab. 17: Verteilung der Fälle nach der letzten Durchsicht

Kategorie-Nr.	Inhalte	Anzahl ¼ Jahr	Anzahl ½ Jahr
1	Einweisung in eine psychiatrische Klinik, Zwangseinweisung, Transportbegleitung ins BKH Haar	84	168
2	Professioneller aus dem psychiatrischen Bereich bittet die Polizei um Unterstützung	16	32
3	Einweisung in eine nicht-psychiatrische Klinik	10	20
4	Meldungen, aus deren Inhalt es sich um einen psychiatrischen Hintergrund handeln könnte	22	44
5	Selbst- und Fremdgefährdung im engeren und weiteren Sinne	13	26
6	unklare Fälle, die bei einer weiteren Durchsicht noch den Kategorien 4 bzw. 6 zugeordnet werden konnten	15	30
Gesamt		160	320

Für einen Zeitraum von sechs Monaten wurden schließlich 320 Krisenfälle, d. h. 8,8 % der unter den o. g. Stichworten dokumentierten Einsätze ausgewählt (Tab. 17). Diese Einsätze der Polizei erfolgten als »mobile Einsätze« und wurden nach Uhrzeit, Wochentag und Dauer des Kontaktes ausgewertet.

3.2 Einsätze der Rettungsleitstelle der Feuerwehr

Aus der Einsatzdokumentation der Rettungsleitstelle der Feuerwehr wurden die unter den Stichworten »Suizid« und »Psychose« abgelegten Einsätze ausgewählt. Diesen beiden Stichworten waren 334 Einsätze bei Klient/-innen mit Wohnort im Sektor Süd für das Jahr 1996 zugeordnet. Für den Zeitraum von einem halben Jahr wurden auf dieser Datengrundlage 167 Krisenfälle in die Gesamterhebung einbezogen. Diese Einsätze erfolgten als »mobile Einsätze« und wurden nach Uhrzeit und Wochentag ausgewertet. Die Angaben zum Zielort waren uneinheitlich und damit für die Auswertung nicht verwertbar.

3.3 Einsätze des Nervenärztlichen Notdienstes

Die Kassenärztliche Vereinigung stellte der Wissenschaftlichen Begleitung die anonymisierten Einsatzprotokolle des Nervenärztlichen Notdienstes bei Einsätzen in München Süd über den Zeitraum von einem Monat zur Verfügung. Auf dieser Datengrundlage wurde die Inanspruchnahme des Nervenärztlichen Notdienstes mit 90 Anfragen im halben Jahr berechnet. In einer Rückfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung wurde diese Häufigkeit als plausibel bestätigt. Die Daten wurden nach Art der Intervention, Uhrzeit und Wochentag ausgewertet.

V. Ergebnisse

Im Folgenden wird unterschieden zwischen Ergebnissen, die auf den Auswertungen von Primär- und Sekundärerhebung (Teil A) basieren und Ergebnissen, die ausschließlich auf Auswertungen der Primärerhebung beruhen (Teil B).

A. Ergebnisse aus Primärerhebung und Sekundäranalyse

1. Inanspruchnahme

1.1 Gesamtanzahl der Krisenerstkontakte

Auf Grundlage der beiden Untersuchungsteile Primärerhebung und Sekundäranalyse wurden für einen Zeitraum von sechs Monaten im Sektor München Süd 1646 Fälle von Krisenerstkontakten errechnet. Diese Zahl setzt sich zusammen aus:

- Krisenfällen aus der Primärerhebung 1069
- Krisenfällen aus der Sekundäranalyse
 - Polizei 320
 - Rettungsleitstelle 167
 - Nervenärzte/Notdienste 90
 - Gesamt 646

1.2 Zeitliche Inanspruchnahme

1.2.1 Inanspruchnahme nach Wochentagen

Die durchschnittliche Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Krisenerstversorgung von Klient/-innen aus München Süd lag bei 9,0 Krisenfällen pro Wochentag.

An Wochenenden bzw. Feiertagen betrug sie 6,6 Krisenerstkontakte pro Tag und lag damit um ein Drittel niedriger als an Werktagen mit durchschnittlich 10,0 Krisenfällen. Diese Unterschiede bestanden auch zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen. In fast allen Einrichtungstypen lag die durchschnittliche

Inanspruchnahme an Werktagen über der an Wochenenden oder Feiertagen. Dies war auch bei den meisten rund um die Uhr zur Verfügung stehenden Einrichtungen und Institutionen der Fall (eine Ausnahme bildeten der Nervenärztliche Notdienst, die Telefonseelsorgen und die Notrufe).

Die Kliniken und das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus versorgten zusammen an Wochenenden/Feiertagen wie an Werktagen ca. die Hälfte aller im Sektor Süd auftretenden Krisenfälle. Dabei lag an Werktagen der Anteil des Atriumhauses an den versorgten Krisenfällen mit 30,4 % etwas höher als an Wochenenden/Feiertagen mit 25,0 %. Die Inanspruchnahme der Universitätskliniken lag dagegen an Wochenenden/Feiertagen mit 19,0 % um 4,1 % höher als an Werktagen mit 14,9 %.

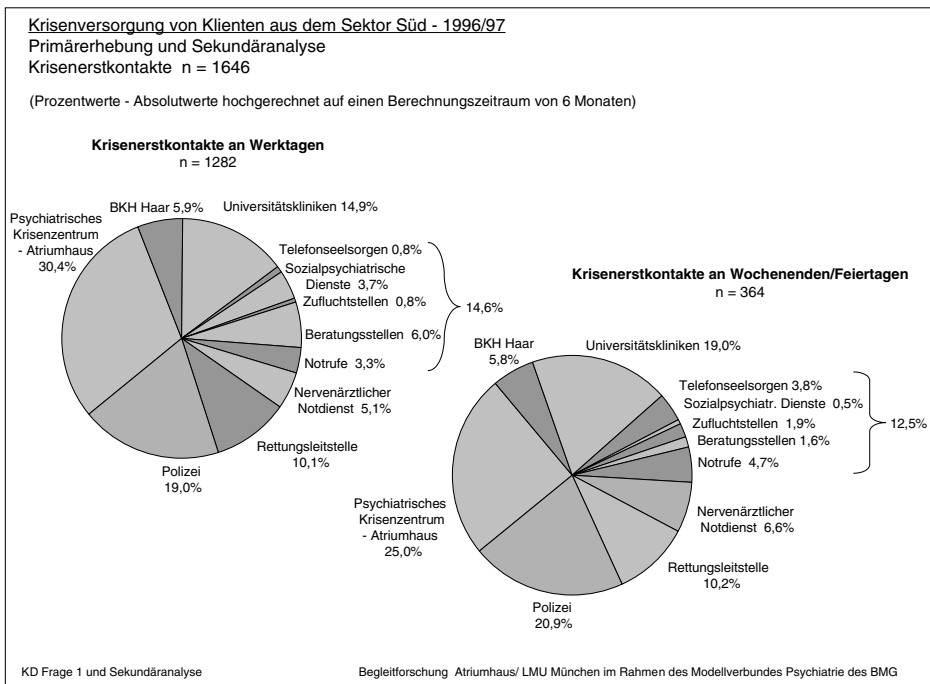


Abb. 3: Anteil der Krisenerstkontakte an Werktagen und Wochenenden/Feiertagen nach Einrichtungstyp

Der Anteil der von BKH Haar, Rettungsdiensten und Polizei versorgten Krisen war an Werktagen wie an Wochenenden/Feiertagen nahezu gleich.

Grundsätzlich verweisen die Zahlen auf einen deutlichen Hilfebedarf an Wochenenden und Feiertagen, wobei das gesamte Spektrum von Hilfearten (telefonisch, ambulant/persönlich, stationär, vor Ort) benötigt wird.

1.2.2 Inanspruchnahme nach Tages-/Nachtzeit

Die Hälfte der Klient/-innen in akuten Krisensituationen (49,0 %) suchten Hilfe in der Zeit von 9 : 00 bis 17 : 00 Uhr auf, also tagsüber, die andere Hälfte, ebenfalls 49,0 %, in der Zeit von 17 : 00 bis 9 : 00 Uhr, d. h. abends, nachts und frühmorgens (Abb. 4).

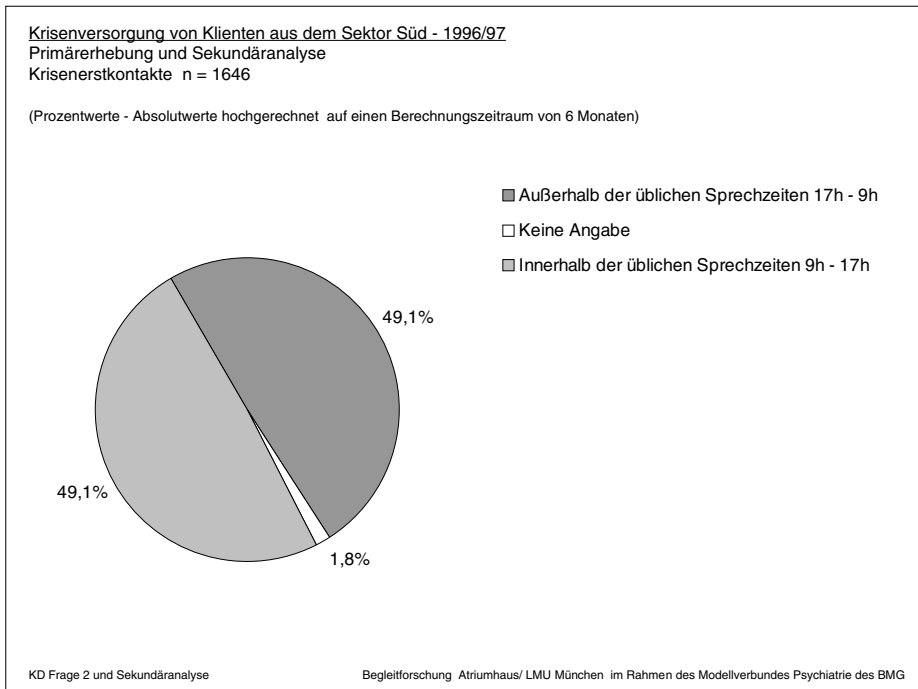


Abb. 4: Inanspruchnahme nach Uhrzeit – gesamt

Innerhalb der Abend- und Nachtstunden unterschied sich die Inanspruchnahme deutlich. Während sie in den Abendstunden von 17 : 00 bis 21 : 00 Uhr genauso hoch war wie zu den üblichen Sprechzeiten von 9 : 00 bis 17 : 00 Uhr, ging sie in den Nacht- und Morgenstunden von 21 : 00 bis 9 : 00 Uhr um zwei Drittel zurück (Abb. 5).

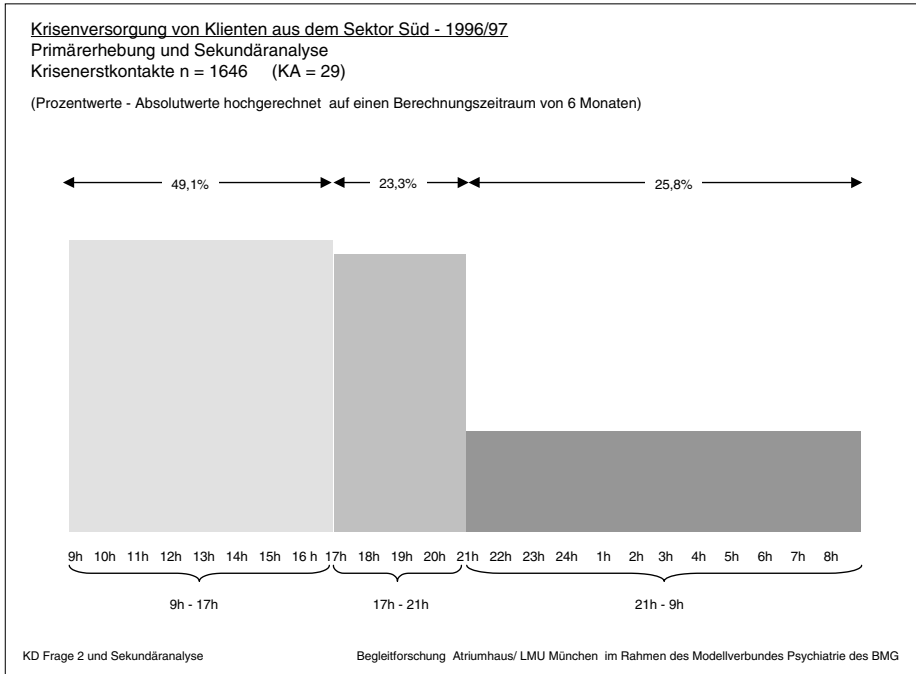


Abb. 5: Inanspruchnahme nach Uhrzeit

Bei der Nutzung der verschiedenen Einrichtungstypen zeigten sich in Abhängigkeit von der Uhrzeit deutliche Differenzen. (Abb. 6 und 7)

In der Zeit zwischen 9:00 und 17:00 Uhr wurden 77,1 % aller Krisenfälle durch psychosoziale und psychiatrische Einrichtungen aufgefangen. Bei der Hälfte dieser Krisenfälle (50,1 %) fand eine Versorgung durch die Kliniken und das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus statt, ein Fünftel (20,3 %) fand Hilfe bei den übrigen ambulanten Einrichtungen. Bei ca. einem weiteren Fünftel (22,9 %) der Krisenfälle wurden die Polizei oder die Rettungsdienste tätig (vgl. Abb. 6).

In den Abendstunden von 17:00 bis 21:00 Uhr erhöhte sich der durch die Kliniken und das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus versorgte Anteil von 50,1 % auf 56,2 %. Der Anteil der durch die übrigen ambulanten Einrichtungen versorgten Klienten reduzierte sich um 11,7 % auf nur noch 8,6 %. Der Anteil von Krisenfällen, in denen die Polizei oder die Rettungsdienste aktiv wurden, stieg in diesem Zeitintervall von 22,9 % tagsüber auf 30,4 % an (vgl. Abb. 6 und 7).

In den Nacht- und Morgenstunden von 21:00 bis 9:00 Uhr sank der Anteil der durch das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus versorgten Krisenpatienten von 38,8 % auf 23,1 %. Auch die Versorgungsleistungen der Universitätskliniken und der ambulanten nichtklinischen Einrichtungen reduzierten sich

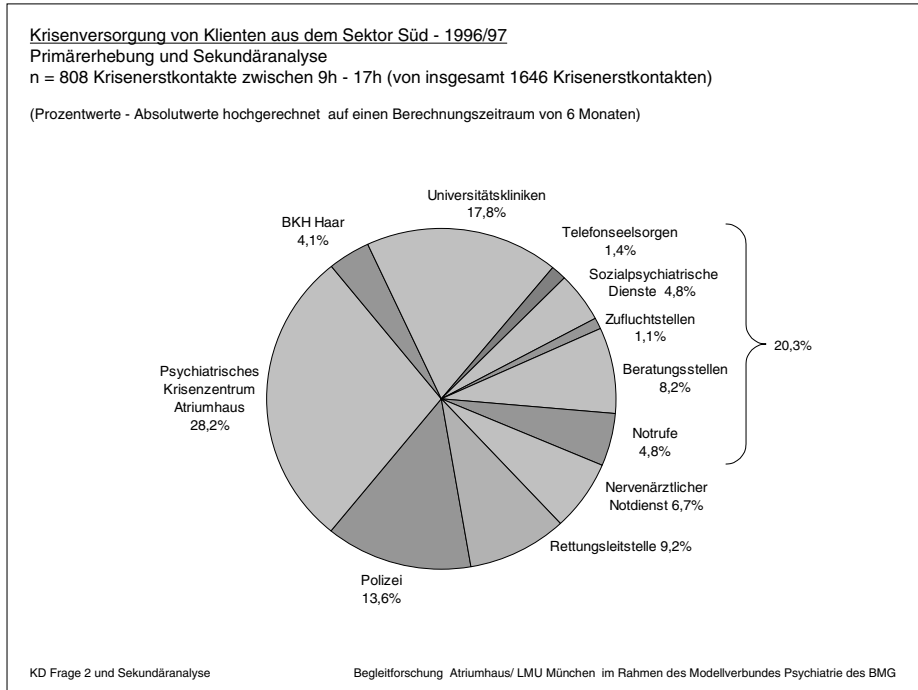


Abb. 6: Anteil der Krisenerstkontakte zwischen 9h–17h nach Einrichtungstyp

gegenüber den Abendstunden um insgesamt 4,4 %. Der Anteil von Polizeieinsätzen hingegen verdoppelte sich nahezu; von 18,2 % in den Abendstunden auf 32,9 % nachts und in den Morgenstunden. Ebenso ist eine Vervierfachung der Krisenerstkontakte im BKH Haar zu beobachten; von 3,1 % in den Abendstunden auf 12,0 % in den Nacht- und Morgenstunden.

Offensichtlich wurde ein Rückgang der Versorgungsleistungen durch die professionellen psychiatrischen Einrichtungen in den Abend- und insbesondere in den Nachtstunden. Demgegenüber war in diesem Zeitraum ein deutlicher Anstieg der Interventionen durch die Polizei auf fast ein Drittel aller Krisenerstkontakte erkennbar. Überdurchschnittlich häufig wurde das Psychiatisches Krisenzentrum Atriumhaus in den Abendstunden zwischen 17:00 und 21:00 Uhr in Anspruch genommen (vgl. Abb. 7).

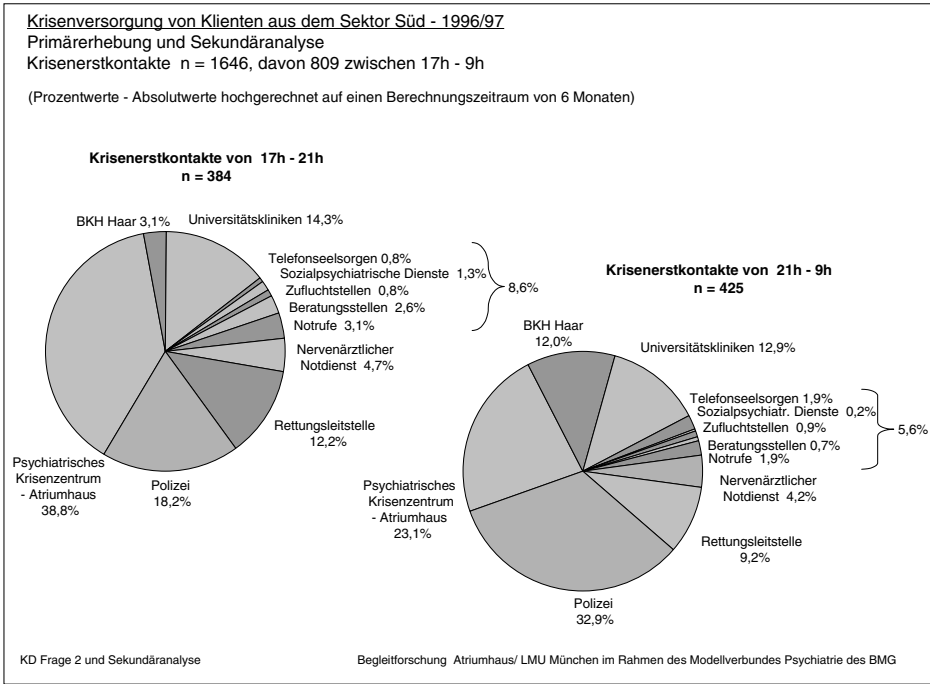


Abb. 7: Anteil der Krisenerstkontakte zwischen 17 h–21 h und 21 h–9 h nach Einrichtungstyp

1.2.3 Dauer des Krisenerstkontaktes

Zur Dauer der Krisenerstkontakte liegen für die Rettungsleitstelle und den Nervenärztlichen Notdienst keine Daten vor. Mehr als die Hälfte (59,3 %) aller bei den übrigen Einrichtungen ausgewerteten Kontakte dauerte bis zu 60 Minuten. 22,6 % hatten eine Dauer zwischen einer und zwei Stunden. 8,6 % dauerten länger als zwei Stunden – hierbei handelte es sich vor allem um komplizierte Einsätze der Polizei.

1.3 Inanspruchnahme nach Einrichtungstyp

Drei Viertel aller Krisen (74,5 %) wurden durch vier Einrichtungstypen versorgt: das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus, die Universitätskliniken, die Rettungsleitstelle der Feuerwehr und die Polizei.

Das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus versorgte mit 29,2 % fast ein Drittel aller auftretenden Krisenfälle. Bei einem weiteren Drittel (29,5 %) waren es die nichtpsychiatrischen Institutionen Polizei und Rettungsleitstelle, die als erste

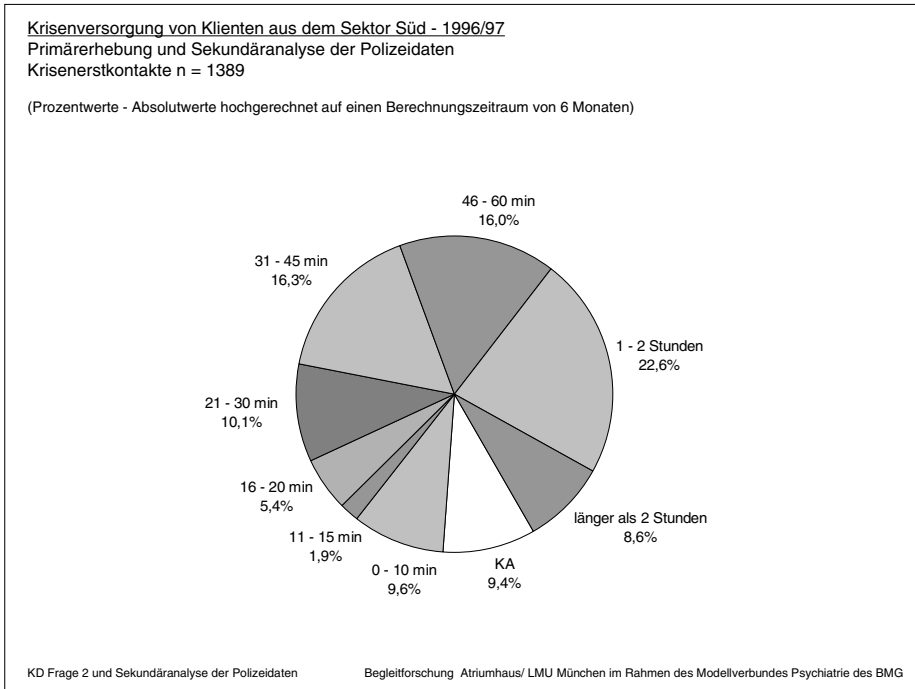


Abb. 8: Dauer des Krisenerstkontaktes – gesamt

Ansprechpartner für Krisen dienen. Insgesamt intervenierte die Polizei bei 19,4 % der Krisen, bei 10,1 % der Fälle war es die Rettungsleitstelle.

15,8 % der Klient/-innen kamen zu Krisenerstkontakten in eine der Münchner Psychiatrischen Universitätskliniken, bevorzugt in die im Sektor Süd liegende Psychiatrische Klinik der LMU. 5,8 % der Menschen in Krisensituationen wurde im BKH Haar aufgenommen. Ambulante, nichtklinische Einrichtungen: psychosoziale Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Telefonseelsorgen, Notrufe und Zufluchtstellen wurden von 14,1 % der Fälle als erste Anlaufstelle genutzt. Nur 5,5 % der Krisenfälle wurden durch den Nervenärztlichen Notdienst versorgt (vgl. Abb. 9).

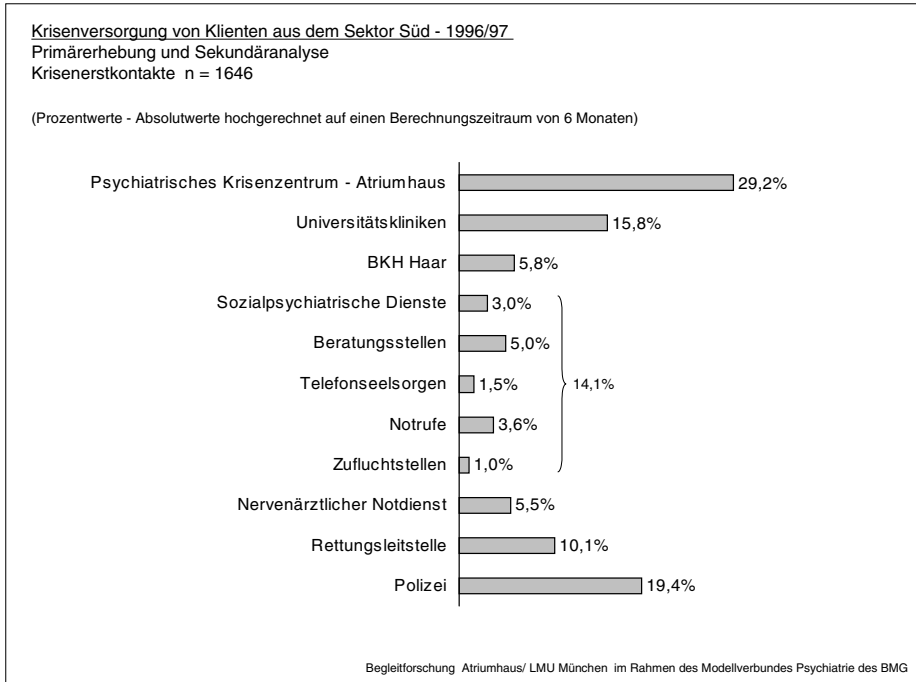


Abb. 9: Anzahl der Krisenerstkontakte – nach Einrichtungstyp

2. Setting

Im Rahmen der psychiatrischen Krisenerstversorgung sind vier Settings der Krisenversorgung zu unterscheiden:

- die Hilfen vor Ort,
- die ambulant-persönlichen Hilfen,
- die stationären Hilfen,
- die telefonischen Hilfen.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, in welchem Umfang diese vier Settings der Krisenerstversorgung in Anspruch genommen wurden: 35,0 % der Krisenerstkontakte fanden vor Ort statt, 21,0 % telefonisch, 29,0 % im ambulant-persönlichen Setting, bei 15,0 % handelte es sich um stationäre Aufnahmen (vgl. Abb. 10).

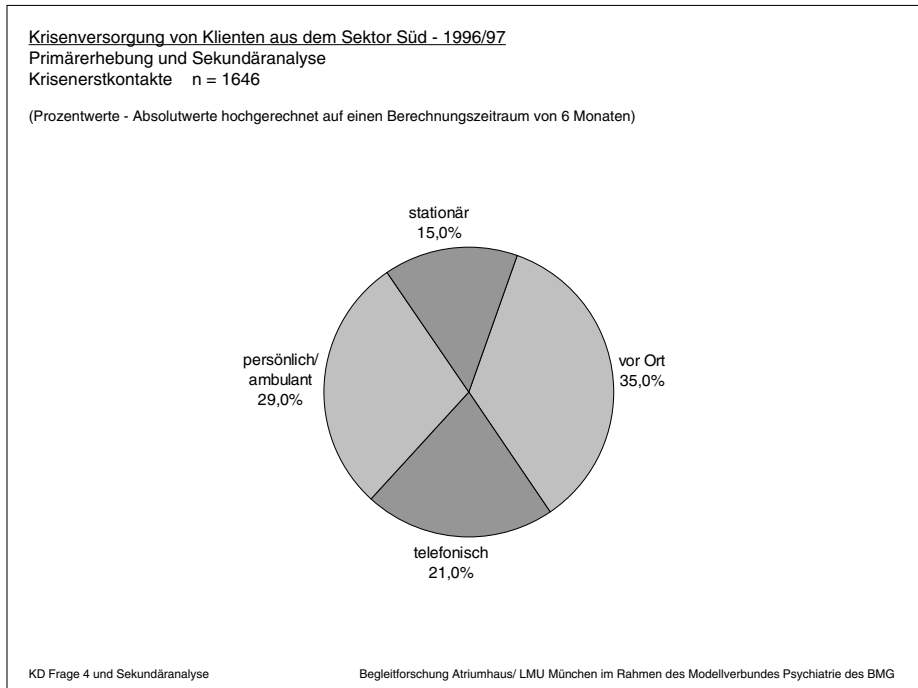


Abb. 10: Setting – gesamt

2.1 Krisenerstkontakte vor Ort

Mit 35,0 % aller Krisenerstkontakte bildeten »Hilfen vor Ort« den größten Anteil der Interventionen (vgl. Abb. 10).

Dort, wo »Hilfe vor Ort« angefordert wurde, wurde diese in mehr als die Hälfte der Fälle durch die Polizei erbracht. Die Rettungsdienste versorgten ca. jeden vierten Fall. Nur in 11,4 % der Fälle wurde der Nervenärztliche Notdienst in Anspruch genommen. Psychosoziale Beratungsstellen und Sozialpsychiatrische Dienste wurden nur in Ausnahmefällen (4,2 % aller Krisenfälle mit Hilfe vor Ort) außerhalb ihrer Einrichtung tätig. Im Konzept des Psychiatrischen Krisenzentrums Atriumhaus war zu diesem Zeitpunkt Krisenhilfe außerhalb der Einrichtung noch nicht vorgesehen (vgl. Abb. 11).

»Hilfe vor Ort« erwies sich als der Teil des Leistungsspektrums im Rahmen der psychiatrischen Krisenerstversorgung, für den bisher im Rahmen des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsnetzes in München nur ein geringes Angebot vorgesehen war. Das fehlende Angebot von einschlägigen Hilfen führte zu einer Verlagerung der Nachfrage auf Rettungsdienste und Polizei. Der hohe

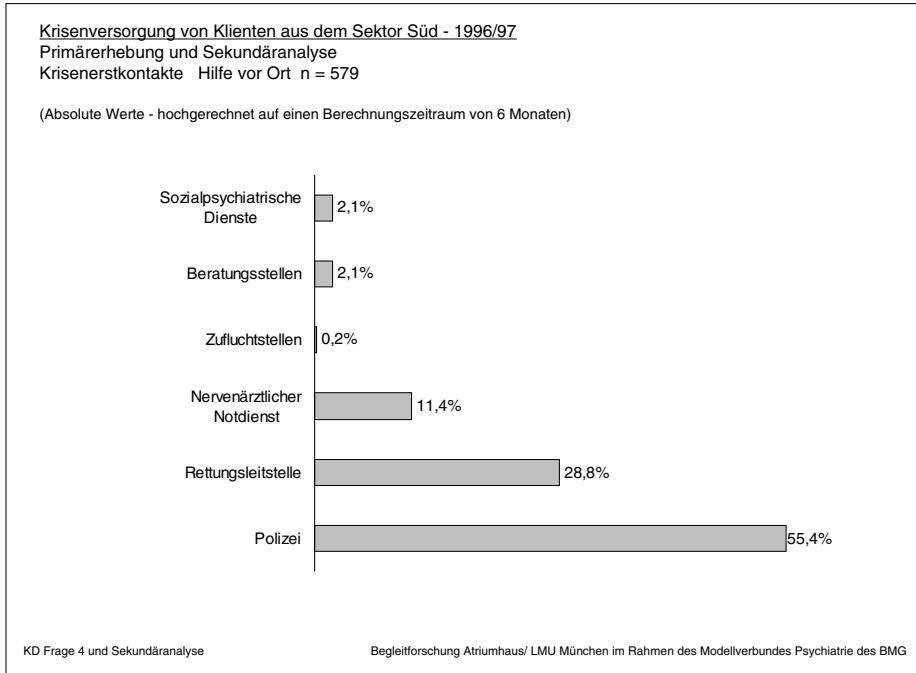


Abb. 11: Setting: Krisenerstkontakte vor Ort (nach Einrichtungstyp)

Nutzungsgrad von Polizei und Rettungsdiensten bestätigt ein Defizit, das in der Vergangenheit in der Stadt München und im Sektor Süd immer wieder diskutiert worden ist.

Die Rettungsdienste haben sich auf dieses Anforderungsprofil eingestellt und ihr Personal auch auf den Umgang mit Problemlagen von Menschen in psychischen Krisen geschult.

Bei der Polizei konnten zur Unterstützung vor Ort die Rettungsdienste sowie der Nervenärztliche Notdienst hinzugezogen werden. Deren Kapazität und organisatorische Struktur wurden jedoch von der Polizei als nicht ausreichend beurteilt. Nur in wenigen Fällen wurde das Angebot und die Möglichkeit zur telefonischen Fernberatung durch das Psychiatrische Krisenzentrum oder andere psychosoziale oder psychiatrische Einrichtungen in Anspruch genommen.

2.2 Ambulant Krisenerstkontakte

29,0 % der Krisenerstkontakte erfolgten als persönliche ambulante Hilfen. Sie wurden zu mehr als drei Viertel durch die Ambulanzen der Universitätskliniken (41,5 %) und des Psychiatrischen Krisenzentrums Atriumhaus (37,5 %) erbracht (vgl. Abb. 12). Die psychosozialen Beratungsstellen leisteten 12,3 %, die Sozialpsychiatrischen Dienste 5,4 %, die Zufluchtstellen 3,3 % der ambulant-persönlichen Krisenerstkontakte.

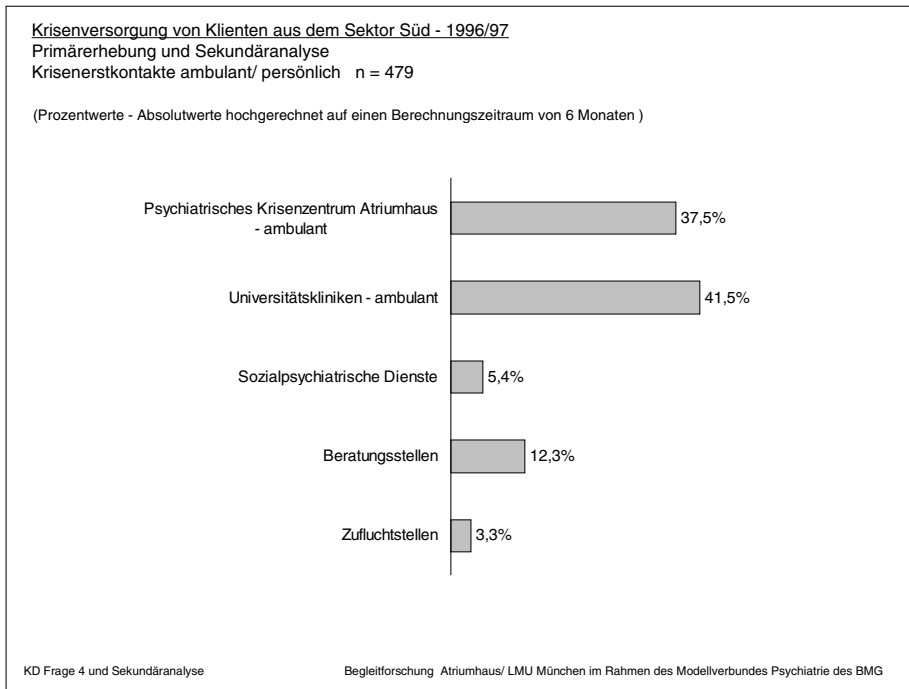


Abb. 12: Setting: Ambulante Krisenerstkontakte (nach Einrichtungstyp)

2.3 Stationäre Krisenerstkontakte

Bei 15,0 % aller Krisenerstkontakte fand eine stationäre Aufnahme statt (vgl. Abb. 10). An der stationären Versorgung waren die Universitätskliniken, das BKH Haar und das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus beteiligt. 38,6 % der stationär versorgten Krisenfälle wurden im BKH Haar aufgenommen, 36,9 % im Psychiatrischen Krisenzentrum Atriumhaus, 24,5 % in den Universitätskliniken (Abb. 13).

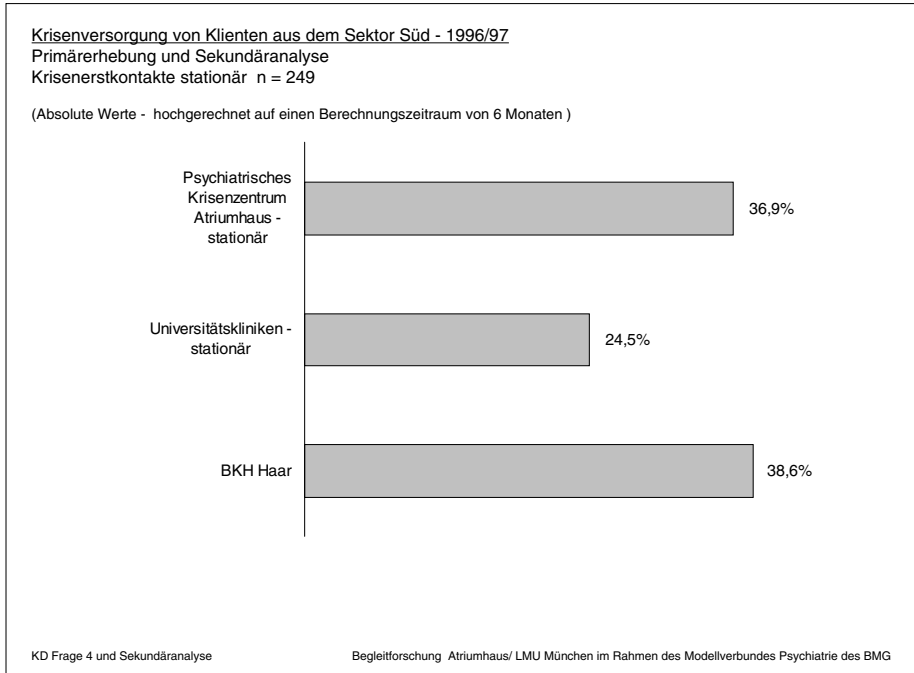


Abb. 13: Setting: Stationäre Krisenerstkontakte (nach Einrichtungstyp)

2.4 Telefonische Krisenerstkontakte

Die telefonischen Krisenerstkontakte stellten das niedrigschwelligste Kriseninterventionsangebot dar und machten 21,0 % der Interventionen (vgl. Abb. 14) aus. Telefonische Beratung wurde von den meisten Einrichtungstypen bereitgestellt. Aber auch hier wurde der größte Anteil von nur wenigen Einrichtungen geleistet. Von den telefonischen Beratungen führte das Psychiatrische Krisenzentrum mit 61,3 % fast zwei Drittel durch. Die auf Telefonberatung spezialisierten Einrichtungen Notrufe (17,5 %) und Telefonseelsorgen (7,1 %) erbrachten zusammen ca. ein weiteres Viertel (24,6 %) der Telefonberatungen (vgl. Abb. 14).

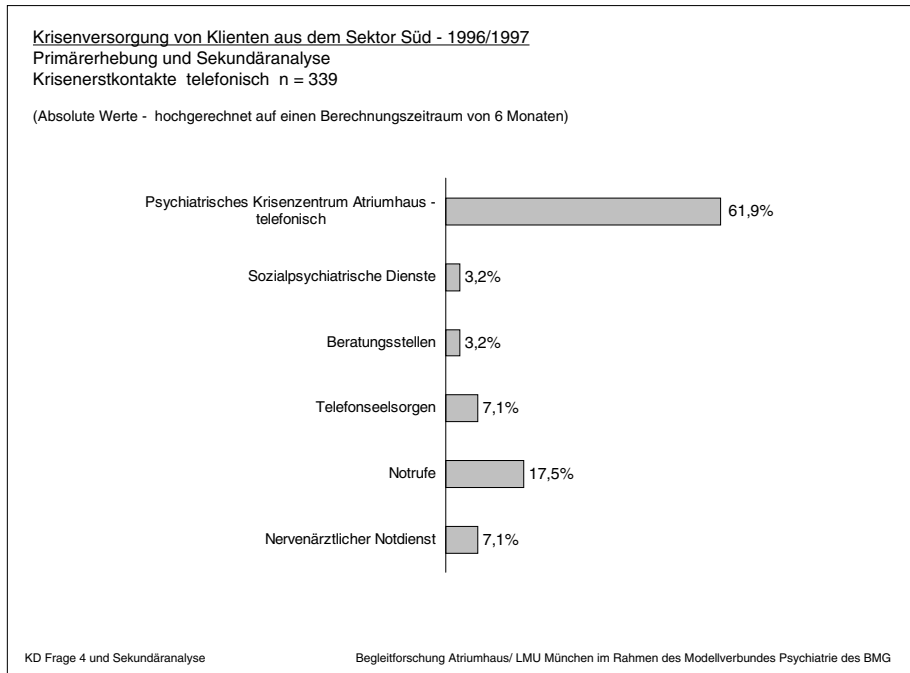


Abb. 14: Setting: Telefonische Krisenerstkontakte (nach Einrichtungstyp)

B. Ergebnisse der Primärerhebung

1. Soziodemographische Merkmale

1.1 Geschlecht

38,9 % der Klienten waren männlich, eine Mehrheit von 59,7 % war weiblich. Unterschiede zeigten sich in den Inanspruchnahme der Einrichtungstypen: das Leistungsangebot des Atriumhauses wurde zu annähernd gleichen Anteilen von Frauen (46,2 %) und Männern (44,7 %) genutzt.

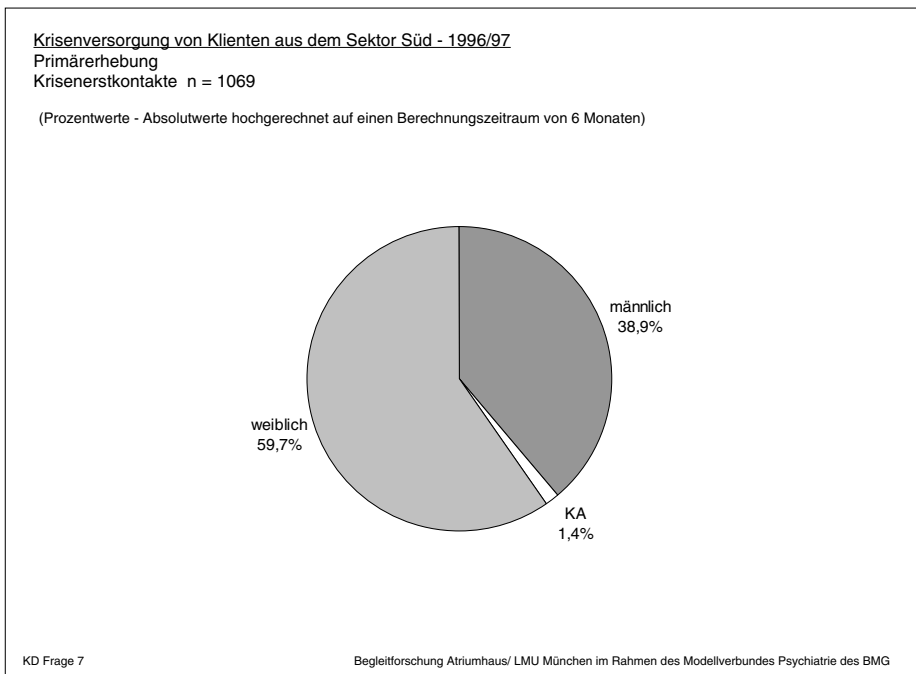


Abb. 15: Inanspruchnahme nach Geschlecht

Im BKH Haar wurde mit 15,1 % der Gesamtteil fast dreimal so viele männliche wie weibliche 5,2 % Krisenpatienten aufgenommen (vgl. Abb. 16).

Von Frauen wurden niedrigschwellige Angebote häufiger wahrgenommen; 23,0 % der weiblichen Klientengruppe beanspruchten die Angebote der ambulanten Einrichtungen, wohingegen nur 16,7 % der männlichen Klientengruppe dies taten (vgl. Abb. 16).

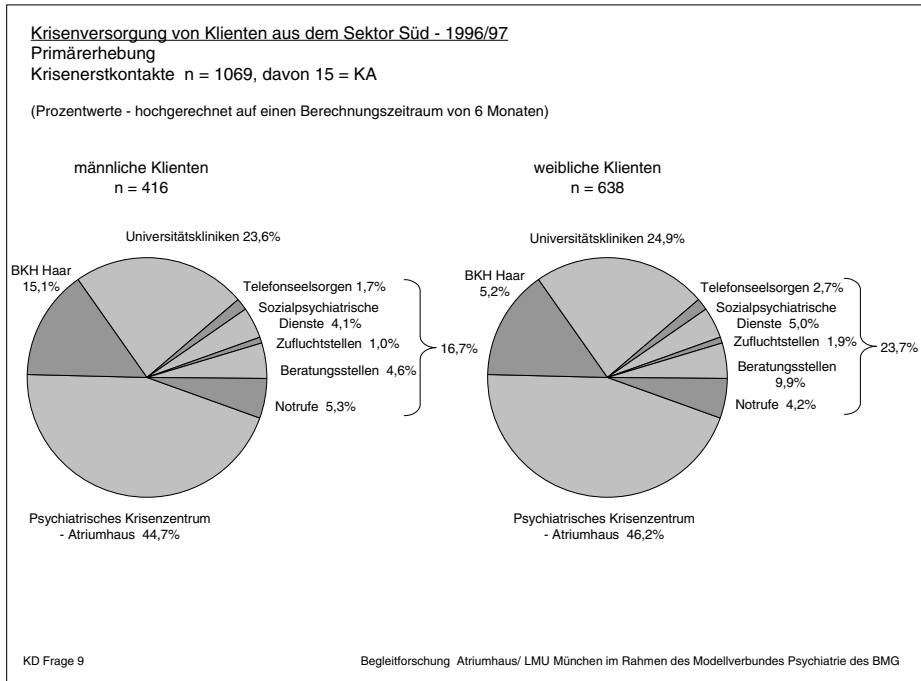


Abb. 16: Anteil der männlichen und weiblichen Klienten nach Einrichtungstyp

1.2 Alter

Alle an der Primärerhebung beteiligten Einrichtungen hielten ihr Angebot zur Krisenversorgung vorrangig für Erwachsene vor. Einrichtungen der Gerontopsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren nicht in die Erhebung eingeschlossen.

Bei einer Aufteilung in fünf Altersgruppen lag die höchste Inanspruchnahme bei Menschen im Alter von 18–35 Jahren (41,4 %). Klient/-innen im Alter von 36–50 Jahren stellten mit 32,3 % die zweitgrößte, Menschen im Alter von 51–65 Jahren mit 11,5 % die drittgrößte Gruppe dar. Jünger als 18 Jahre waren 1,6 %,

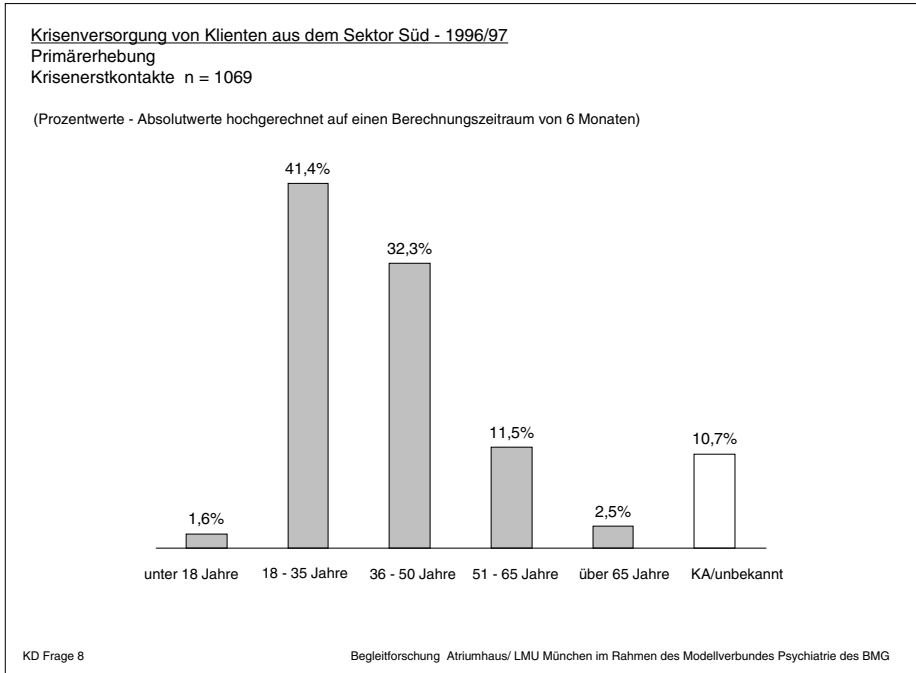


Abb. 17: Inanspruchnahme nach Alter

älter als 65 Jahre 2,5 % der Klient/-innen. Für 10,7 % der dokumentierten Krisen lag keine Angabe zum Alter vor (Abb. 17).

Während die Altersgruppen der 18–35-Jährigen und der 36–50-Jährigen eine ähnliche Nutzungsstruktur der Einrichtungen aufwiesen, zeigte sich bei den 51–65-Jährigen eine höhere Inanspruchnahme der psychosozialen Beratungsstellen.

Das Psychiatrische Krisenzentrum wurde seltener von der Gruppe der älteren Klienten genutzt als von den Gruppen der 18–35- bzw. 36–50-Jährigen, während die Universitätskliniken und das BKH Haar von allen Altersgruppen zu ähnlichen Anteilen in Anspruch genommen wurden (vgl. Abb. 18 u. 19).

1.3 Nationalität

Ausländische Klient/-innen haben die Einrichtungen zur Krisenversorgung in geringerem Maß in Anspruch genommen als es ihrem Anteil an der Bevölkerung entspricht. Während der Anteil der ausländischen Bevölkerung im Sektor Süd bei 23,0 % liegt, betrug er im Rahmen der vorliegenden Erhebung nur 14,8 % (Abb. 20).

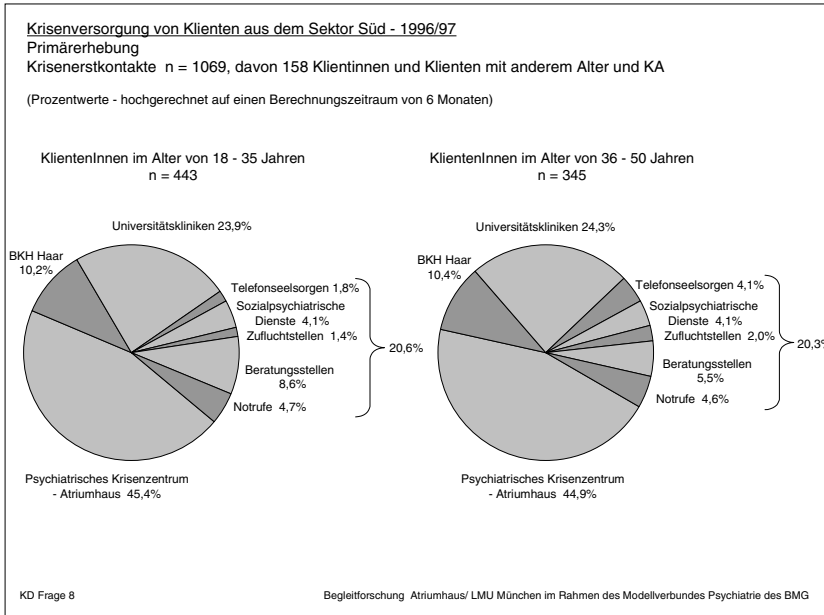


Abb. 18: Anteil der Klient/-innen im Alter von 18–35 und von 36–50 Jahren nach Einrichtungstyp

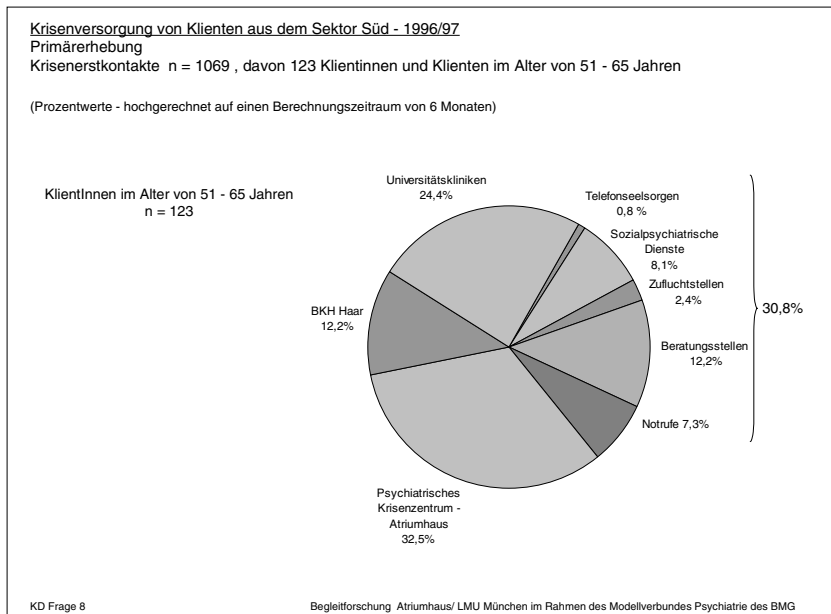


Abb. 19: Anteil der Klient/-innen im Alter von 51–65 Jahren nach Einrichtungstyp

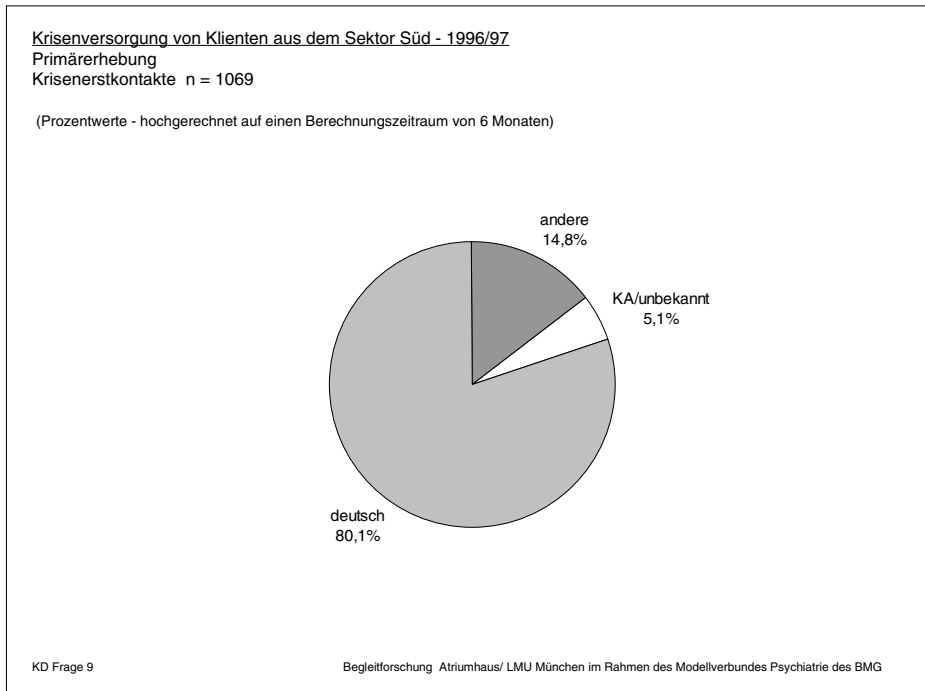


Abb. 20: Inanspruchnahme nach Nationalität

Deutlich wurde, dass der relative Anteil von ausländischen Klient/-innen im BKH Haar mit 21,1 % fast dreimal so hoch war wie der von deutschen Klient/-innen (7,3 %). Auch nahmen 35,2 % der ausländischen Krisenpatient/-innen gegenüber 22,5 % der deutschen Klient/-innen die Universitätskliniken in Anspruch. Das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus war weniger als die anderen klinischen Einrichtungen an der Krisenerstversorgung der ausländischen Bevölkerung des Sektors beteiligt. 48,7 % der deutschen Klient/-innen, aber nur 22,5 % der ausländischen Klient/-innen wurden hier in Krisensituationen versorgt (Abb. 21).

2. Kontaktaufnahme

Als Merkmale der Kontaktaufnahme wurden untersucht:

- die kontaktsuchende Person/Einrichtung,
- das Anliegen,
- die Rechtsgrundlage bei der Aufnahme im Fall einer stationären Aufnahme.

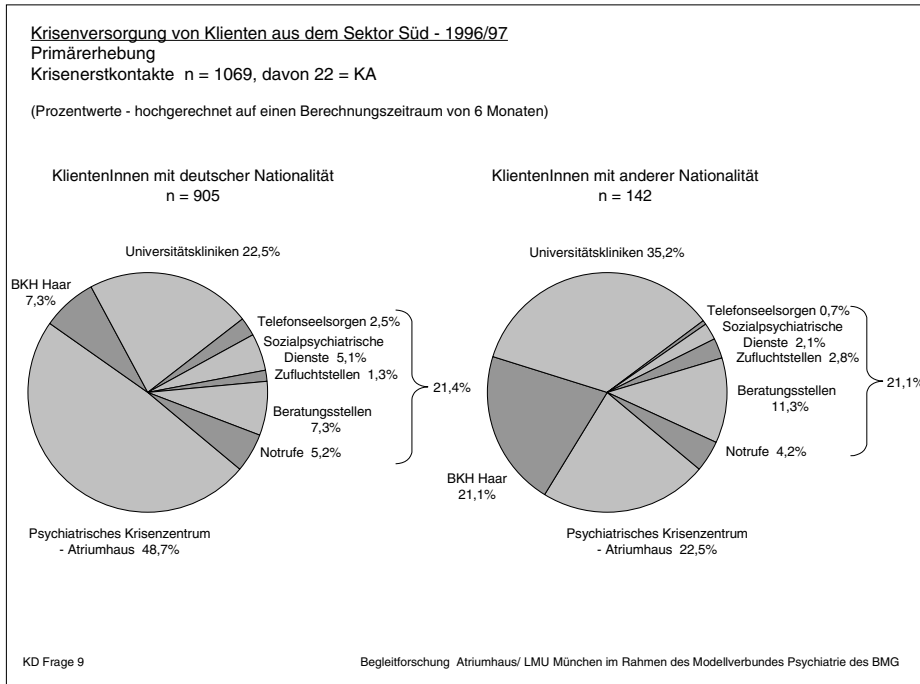


Abb. 21: Anteil der Klient/-innen deutscher und anderer Nationalität nach Einrichtungstyp

2.1 Kontaktsuchende Person/Einrichtung

In 65,1 % der Fälle wurde der Kontakt mit der jeweiligen Einrichtung durch den Betroffenen selbst, in 21,9 % der Fälle durch Angehörige, in 24,2 % der Fälle unter Mitwirkung professioneller Helfer aufgenommen. In 7,9 % war es die Polizei, die den Kontakt aufnahm (in nur 19 Fällen für eine ambulante Behandlung; in 54 Fällen für eine stationäre Behandlung, darunter 51 Fälle im BKH Haar). In 4,6 % der Fälle handelte es sich um somatische Klinikabteilungen, die Konsile durch die psychiatrischen Universitätskliniken anforderten.

2.2 Anliegen

Mit dieser Frage wurde das Anliegen des Klienten bzw. der kontaktsuchenden Person, unabhängig von der letztlich eingeleiteten Form von Hilfe erfasst.

Die professionellen Kontaktsuchenden verfügten in der Mehrheit über klare Vorstellungen bezüglich der Form der erwarteten Hilfe. Sie brachten diese so-

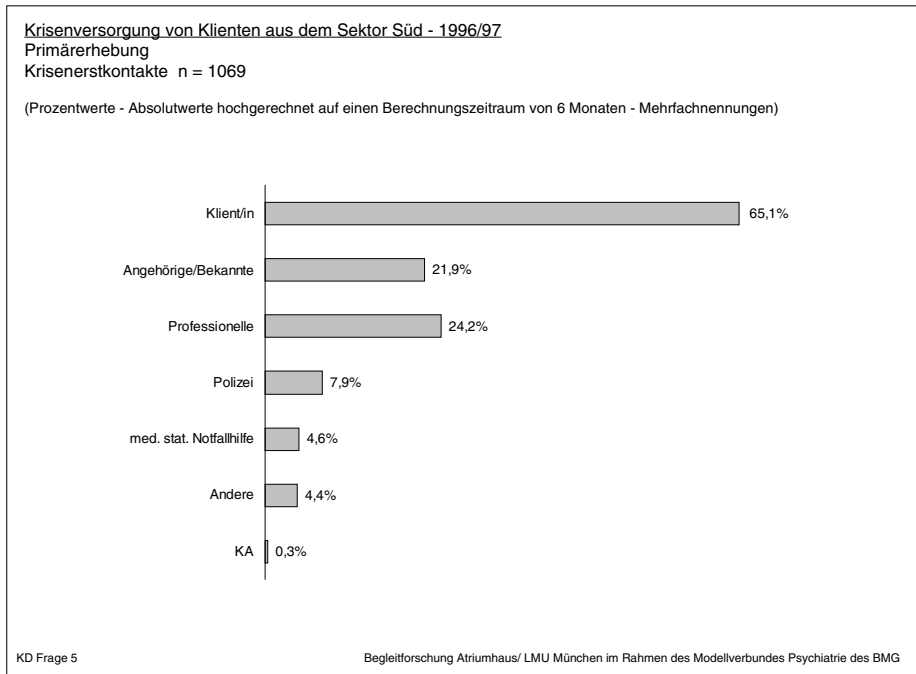


Abb. 22: Inanspruchnahme nach kontaktsuchender Person/Einrichtung

wohl durch die Wahl der angefragten Einrichtung als auch durch das vorgetragene Anliegen zum Ausdruck.

Ambulante Hilfe wurde als Anliegen nach ambulanter therapeutischer Hilfe (40,8 %), nach Beratung über Behandlungsmöglichkeiten (31,7 %) und nach praktischer Lebenshilfe (3,3 %) formuliert. Häufig wurden mehrere dieser Anliegen gleichzeitig genannt.

Stationäre Hilfe wurde in 26,6 % der Fälle angefragt.

Um Hilfe vor Ort suchten 7,6 % der Klient/-innen bzw. der kontaktsuchenden Personen an; diese Anfragen fanden vorwiegend telefonisch statt.

In 30,8 % der Fälle wurde kein konkretes Anliegen bezüglich Behandlungsziel bzw. angestrebter Behandlungsform genannt. Die Klienten wandten sich mit einem diffusen Wunsch nach Hilfe an die jeweilige Einrichtung.

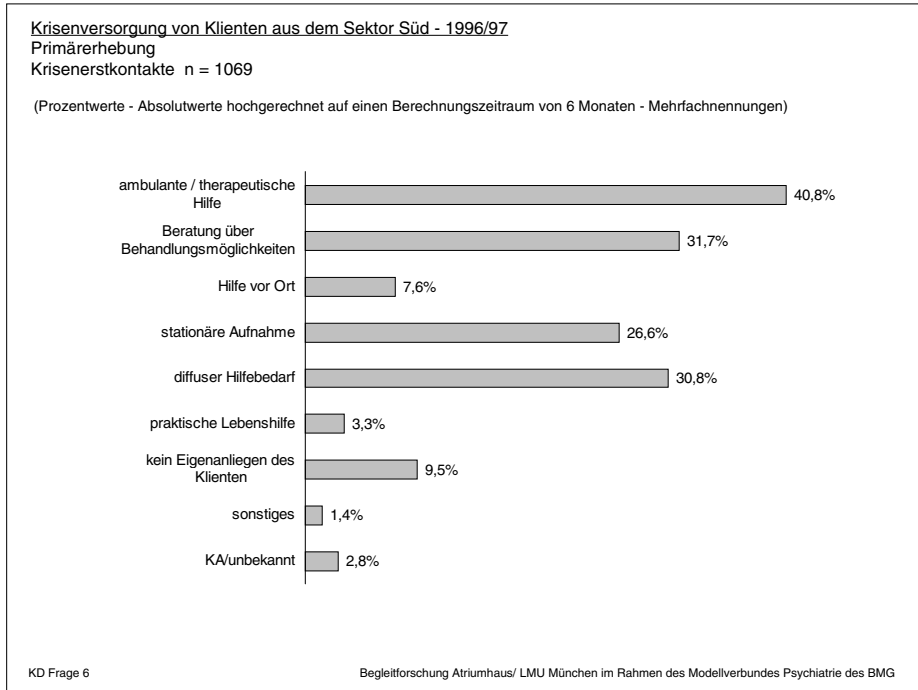


Abb. 23: Anliegen des/der Kontaktsuchenden – gesamt

2.3 Rechtsgrundlage

Die ambulanten und telefonischen Kontakte fanden grundsätzlich ohne eine formelle Rechtsgrundlage statt. Bei den insgesamt 249 stationären Aufnahmen in den beteiligten Kliniken und im Psychiatrischen Krisenzentrum Atriumhaus fanden 77,9 % ohne formelle Rechtsgrundlage, 2,8 % nach BGB und 19,3 % nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz statt; Letztere mit einer Ausnahme nur im BKH Haar.

3. Merkmale der aktuellen Krise/Krankheit

3.1. Erst-/Wiedererkrankung

Bei einem Fünftel (20,3 %) aller dokumentierten Krisenfälle handelte es sich um das Erstauftreten einer Krise, bei mehr als zwei Drittel (69,3 %) um die Fortdauer oder das Wiederauftreten eines bekannten Zustandes. In 9,7 % der Fälle blieb die Art der Krise unbekannt (vgl. Abb. 25).

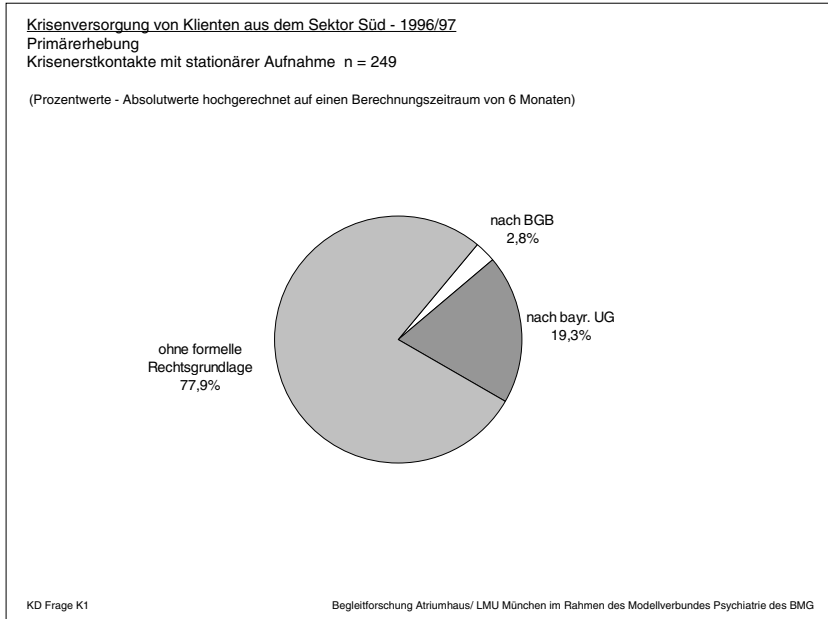


Abb. 24: Rechtsgrundlage – gesamt

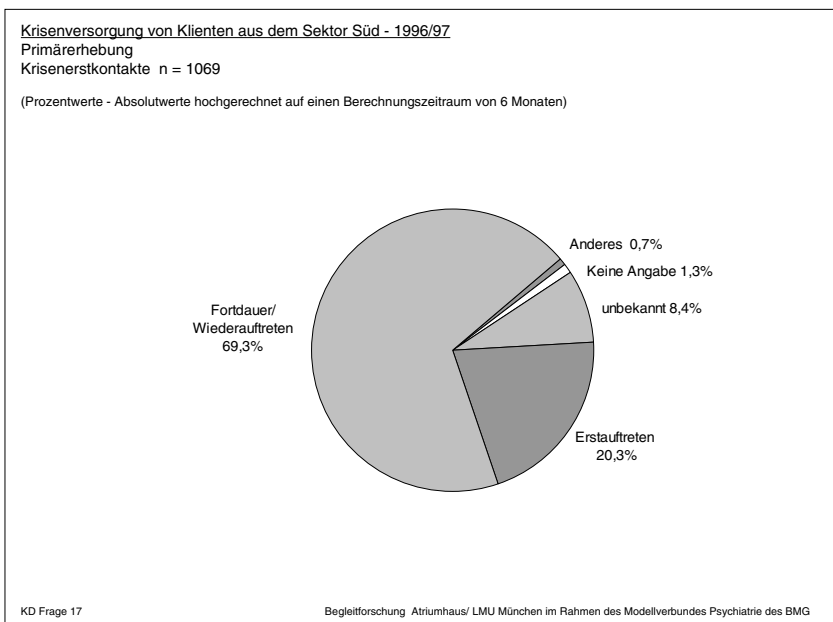


Abb. 25: Erst-/Wiederauftreten der Krise – gesamt

Entsprechend unterschiedlich wurde das Versorgungsangebot in Anspruch genommen. Bei den Klient/-innen mit einer erstmaligen Krise war die Inanspruchnahme der *Kliniken* mit insgesamt 51,0 %, davon 20,7 % im BKH sehr hoch. Von den Klient/-innen, deren Krise eine Fortdauer oder das Wiederauftreten eines bekannten Zustandes darstellte, wurden Kliniken mit 28,6 % deutlich seltener aufgesucht (vgl. Abb. 26).

Das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus wurde von ersterkrankten Klient/-innen mit 31,8 % seltener in Anspruch genommen als von wiedererkrankten oder fortdauernd erkrankten Klient/-innen, die hier einen Anteil von 51,6 % bildeten (Abb. 26).

Die nichtklinischen Einrichtungen wurden von beiden Gruppen zu etwa gleichen Teilen aufgesucht (ca. 20 %).

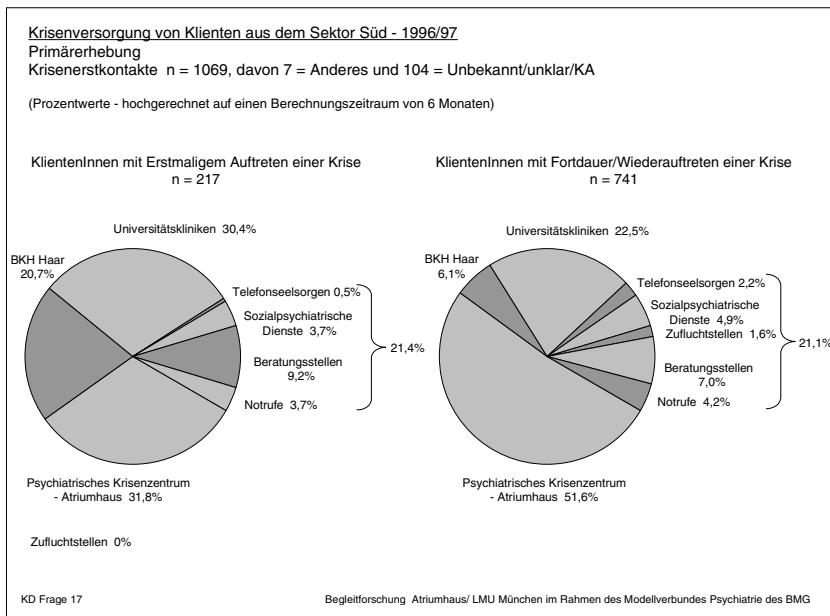


Abb. 26: Anteil der Klient/-innen mit Erstmanifestation bzw. Fortdauer/Wiederauftreten der Krise nach Einrichtungstyp

3.2 Dringlichkeit

Am Ende jedes Krisenerstkontaktes wurde die Dringlichkeit der Konsultation aus der Sicht des jeweiligen Behandlers beurteilt. Die zur Verfügung gestellte Definition zur Beurteilung des Dringlichkeitsgrades orientierte sich ausschließlich an einer zeitlichen Achse. So galt die Dringlichkeit als »hoch«, wenn die Kontaktaufnahme aus Sicht des Behandlers noch am selben Tag wesentlich war zur Entschärfung der Krise; als »mittel«, wenn die Kontaktaufnahme auch innerhalb der nächsten zwei bis drei Tage zur Entschärfung der Situation ausreichend gewesen wäre, als »gering«, wenn die Kontaktaufnahme auch innerhalb der nächsten 14 Tage ohne Schaden für den Klienten rechtzeitig gewesen wäre.

Entsprechend dieser Definition wurden 11,5 % der Krisen in ihrer Dringlichkeit als »gering« eingestuft, 37,4 % als »mittel« und 47,1 %, d. h. fast die Hälfte der Fälle als »hochdringlich« (Abb. 27).

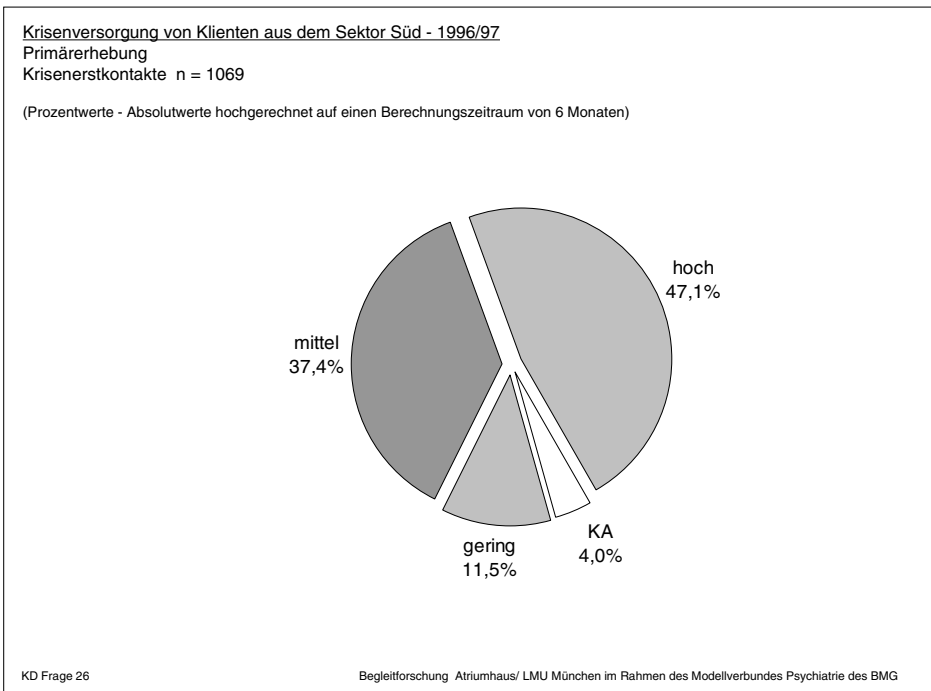


Abb. 27: Dringlichkeit der Krise (aus der Sicht der Behandler/Berater)

3.3 Selbst- oder Fremdgefährdung

Suizid- und Selbstverletzungsversuch sind ebenso wie Fremdgefährdung ein Indikator für die Akuität bzw. den Schweregrad einer Krise. Bei einem Fünftel (21,6 %) der Krisenfälle lag eine Selbst- oder Fremdgefährdung vor, bei 13,2 % aller Krisenfälle wurden eine Selbstverletzung oder ein Suizidversuch dokumentiert, bei 8,4 % der Krisenfälle bestand eine Fremdgefährdung (Abb. 28).

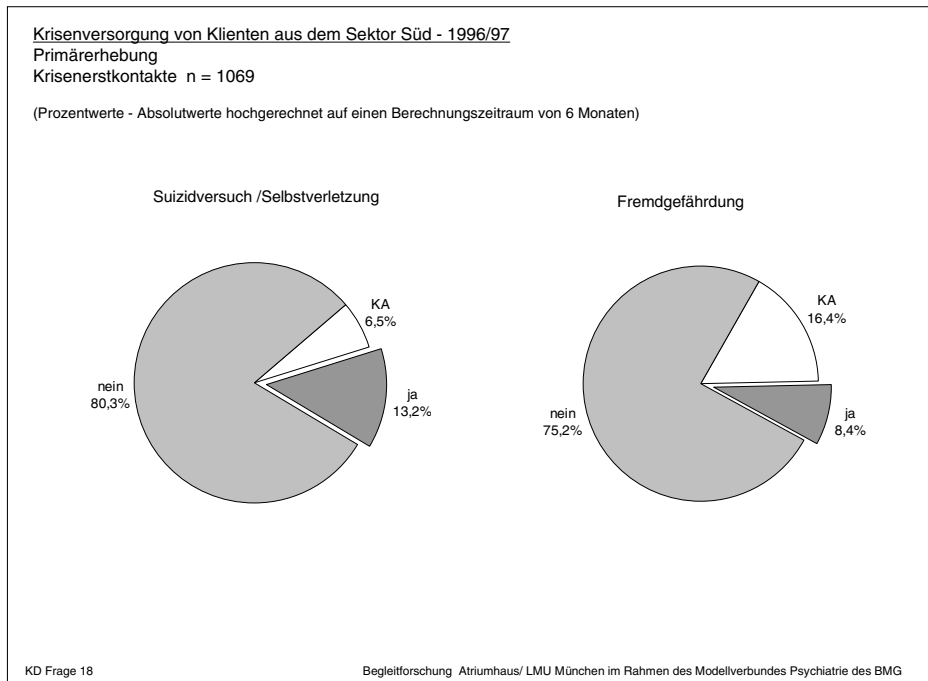


Abb. 28: Suizidversuch/Selbstverletzung und Fremdgefährdung

3.4 Zeitraum seit Beginn der Krise

In der Primärerhebung wurde die Frage nach dem Zeitraum zwischen dem Beginn der Krise und dem Aufsuchen von Hilfe gestellt. In der Mehrzahl der Fälle (84,4 %) konnte von den Klient/-innen bzw. den kontaktsuchenden Personen ein Zeitpunkt als Beginn der Krise angegeben werden, nur in 15,6 % der Fälle war dies nicht möglich.

Nur bei etwa einem Drittel (34,0 %) der Klient/-innen betrug der Zeitraum zwischen dem Beginn der Krise und der Inanspruchnahme von Hilfe weniger als eine Woche. Bei 27,6 % der Fälle betrug der Zeitraum ein bis vier Wochen, bei 23,8 % mehr als einen Monat, bei 11,1 % mehr als sechs Monate (vgl. Abb. 29).

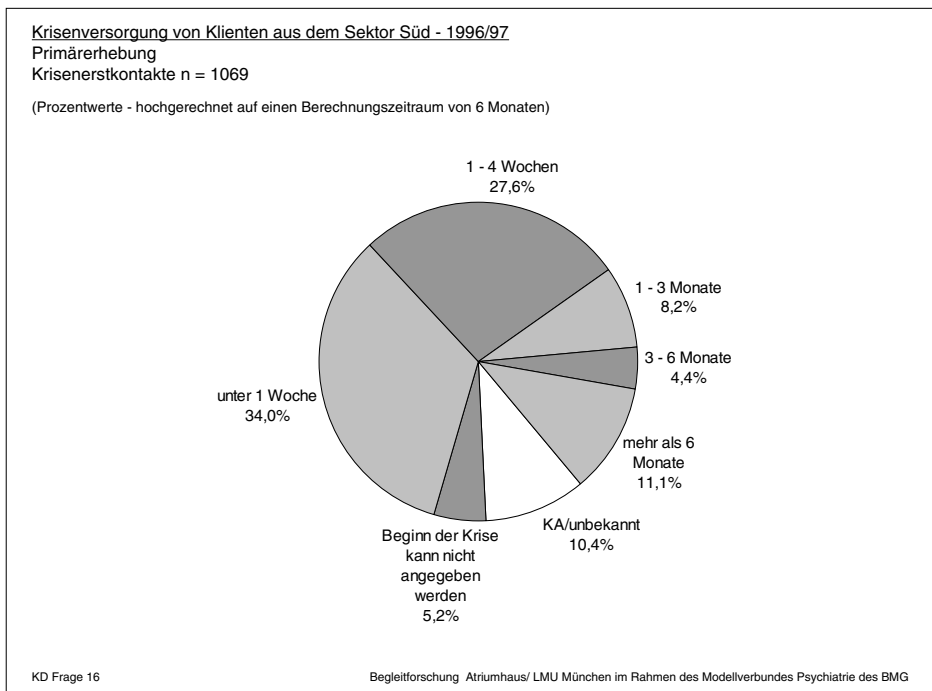


Abb. 29: Zeitraum seit Beginn der Krise

3.5 Diagnosen

Bei den in der Primärerhebung dokumentierten Krisenfällen erfolgte die diagnostische Zuweisung in drei verschiedenen Formen:

- in den Kliniken und im Atriumhaus wurden die Diagnosen nach ICD 10 gestellt,
- in einigen Einrichtungen des nicht-klinischen ambulanten Bereiches erfolgte eine diagnostische Zuordnung nach ICD 9,
- in den übrigen ambulanten Einrichtungen sowie bei der Telefonberatung im Atriumhaus wurde nach folgenden ICD 9-orientierten Diagnosekategorien zugeordnet: Psychose, Neurose, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, psychosoziale Krise und affektive Störung.

Für die Gesamtauswertung wurden die nach ICD 10 und ICD 9 vergebenen klinischen Diagnosen umkodiert und den o. g. Diagnosekategorien zugeordnet.

Während in der Dokumentation der Kliniken die Erstdiagnose als solche kenntlich gemacht war, war dies in den ambulanten Einrichtungen und bei den telefonischen Kontakten im Atriumhaus nicht der Fall. Hier war in 64,9 % dieser Fälle eine Diagnose vergeben worden, in 35,1 % mehrere. Zur Findung der Erstdiagnose wurde in diesen Fällen folgendermaßen vorgegangen:

Lagen eine oder mehrere Verdachtsdiagnosen und eine gesicherte Diagnose vor, wurde die gesicherte Diagnose verwendet. Lagen zwei oder mehrere (Verdachts-) diagnosen vor, wurde die Erstdiagnose in der Rangfolge: Psychose, Neurose, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, psychosoziale Krise, affektive Störung erschlossen.

In der Zusammenschau aller Erstdiagnosen, unabhängig davon, ob es sich um eine Verdachts- oder um eine gesicherte Diagnose handelte, waren Menschen mit einer psychotischen Erkrankung am häufigsten. Sie machten einen Anteil von 30,8 % aller Krisen aus. Mit 16,2 % standen psychosoziale Krisen an zweiter, Suchterkrankungen mit 14,4 % an dritter Stelle. Persönlichkeitsstörungen wurden in 11,3 % der Fälle dokumentiert. Bei 9,8 % der Klient/-innen wurde eine affektive Störung diagnostiziert, bei 7,8 % aller Krisenfälle eine Neurose (vgl. Abb. 30).

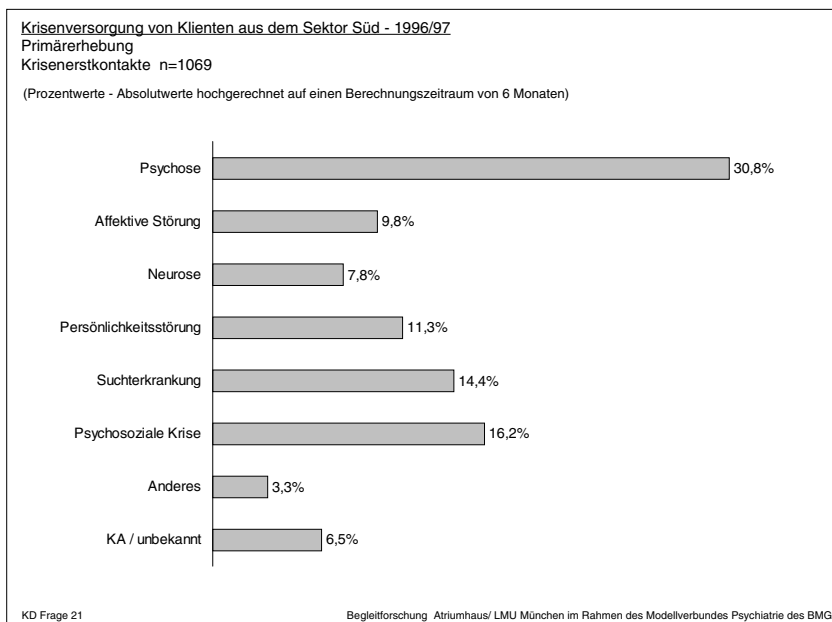


Abb. 30: Diagnosen – gesamt

In den Universitätskliniken, im BKH Haar und im Psychiatrischen Krisen-
zentrum Atriumhaus (ambulant und stationär) wurden für 622 Fälle die Diag-
nososen nach ICD 10 erfasst.

Für diese Gruppe, die 58,2 % aller in der Primärerhebung erfassten Krisen
ausmachte, ergab sich die folgende Verteilung: Die an Schizophrenie oder einer
anderen Psychose erkrankten Menschen bildeten mit 31,2 % die größte Gruppe.
Die drei nächstgrößten Gruppen waren Klient/-innen mit einer mono- oder bi-
polaren affektiven Störung (16,9 %), einer Anpassungsstörung (13,8 %) und ei-
ner Substanzenabhängigkeit (11,7 %). 9,3 % der Klient/-innen hatte eine Per-
sönlichkeitsstörung (vgl. Abb. 31).

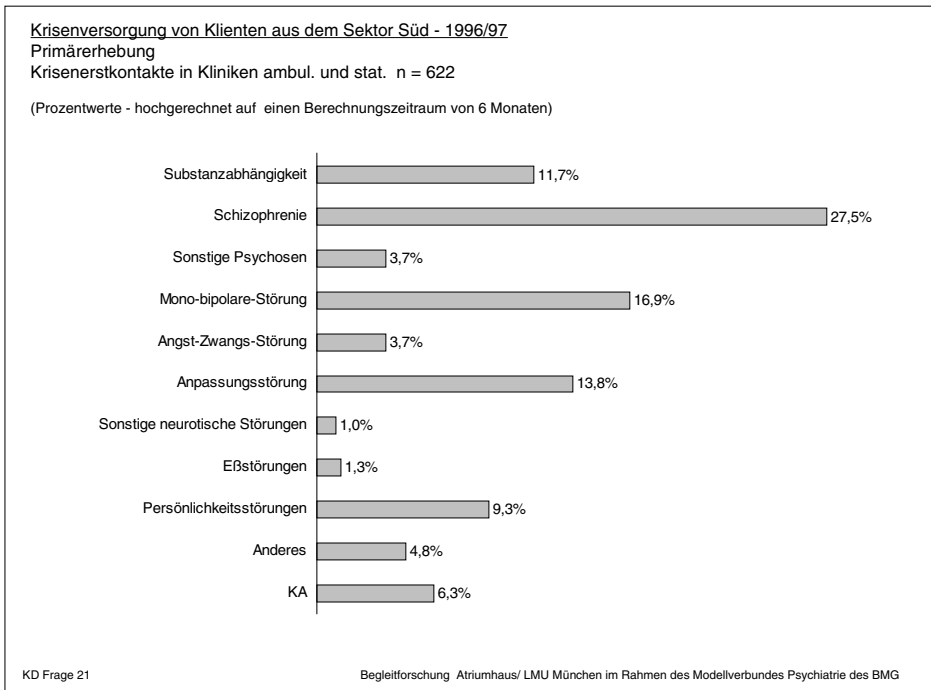


Abb. 31: Diagnosen nach ICD10 – gesamt

4. Merkmale des Krisenerstkontaktes

4.1 Inhalt des Krisenerstkontaktes

Diese Frage wurde nur für die 820 ambulanten und telefonischen Krisenerstkontakte ausgewertet.

Bei den ambulanten und telefonischen Krisenerstkontakten bestand der Inhalt in 73,0 % der Fälle in einem nicht weiter spezifiziertes therapeutisches Krisengespräch. In 6,6 % der Fälle ging es um die Behandlung mit Psychopharmaka. Bei 15,5 % fand ein Eingriff zur Vermeidung von Fremd- und Selbstgefährdung statt.

In ca. einem Drittel der Fälle wurden Dritte in die Krisenintervention mit einbezogen: In 9,0 % der Fälle erfolgte eine Vermittlung zwischen den an der Krise unmittelbar beteiligten Personen, in 11,3 % wurde ein Telefonat mit anderen Personen zur Klärung der Situation geführt, 13,8 % der Fälle fand eine Beratung von Dritten statt (Abb. 32).

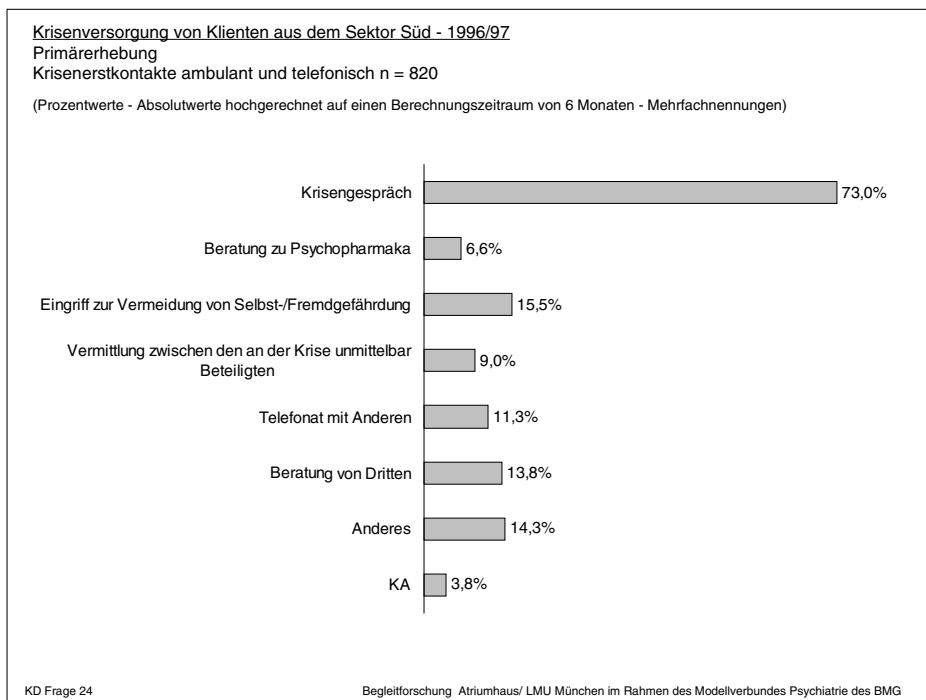


Abb. 32: Inhalt der Krisenerstberatung/Krisenerstkontakte – gesamt

4.2 Eingeleitete Maßnahmen

Auch diese Frage wurde nur für die 820 ambulanten und telefonischen Krisenerstkontakte ausgewertet. Es zeigte sich, dass in 14,3 % der Fälle eine stationäre Aufnahme veranlasst, in 61,8 % der Fälle eine ambulante Weiterbehandlung eingeleitet oder angeregt wurde:

- durch einen weiteren Termin in der eigenen Einrichtung (24,1 %)
- durch Empfehlung in eine andere Einrichtung (20,7 %) oder
- durch Weitervermittlung in eine andere Einrichtung (17,0 %).

In 13,7 % der Fälle wurden die Klient/-innen an ihre jeweiligen Vorbehandler zurückverwiesen.

»Hilfe vor Ort« wurde in 2,7 % der Fälle veranlasst: In 8,8 % der Fälle wurden weitere Maßnahmen als nicht erforderlich erachtet (Abb. 33).

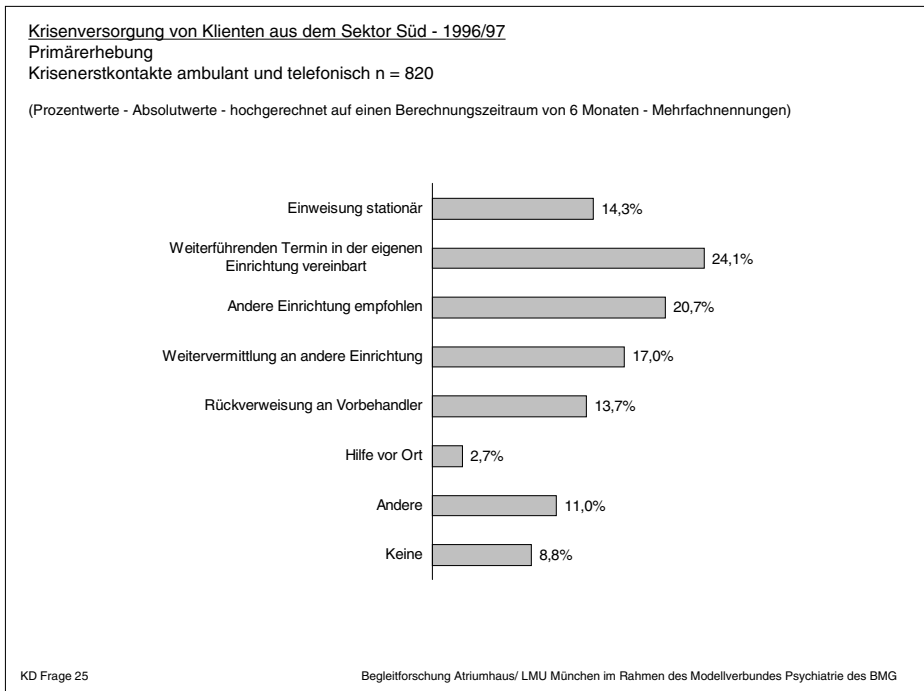


Abb. 33: Art der eingeleiteten Maßnahmen – gesamt

4.3 Beurteilung der Intervention durch die Behandler

Nach Abschluss jedes Krisenerstkontaktes sollten die Behandler eine Beurteilung der Intervention und der gegebenen Handlungsmöglichkeiten abgeben.

In zwei Drittel (62,6 %) der Fälle waren die Behandler mit dem Ablauf der Intervention und den Rahmenbedingungen für ihr Handeln zufrieden. Von einem Drittel (32,2 %) wurden Verbesserungswünsche geäußert: die Möglichkeit einer »Intervention vor Ort« (9,6 %), die Verfügbarkeit eines Krisenbettes (5,7 %) sowie die Verbesserung der Koordination bei der Zuweisung (9,1 %) bzw. bei der Weiterverweisung (6,3 %) oder bei der Kürzung der Wartezeit für die Krisenerstberatung (2,4 %) bzw. die Weiterbehandlung (1,9 %) bzw. bei sonstigen (2,9 %) bzw. bei KA (5,2 %) (Abb. 34).

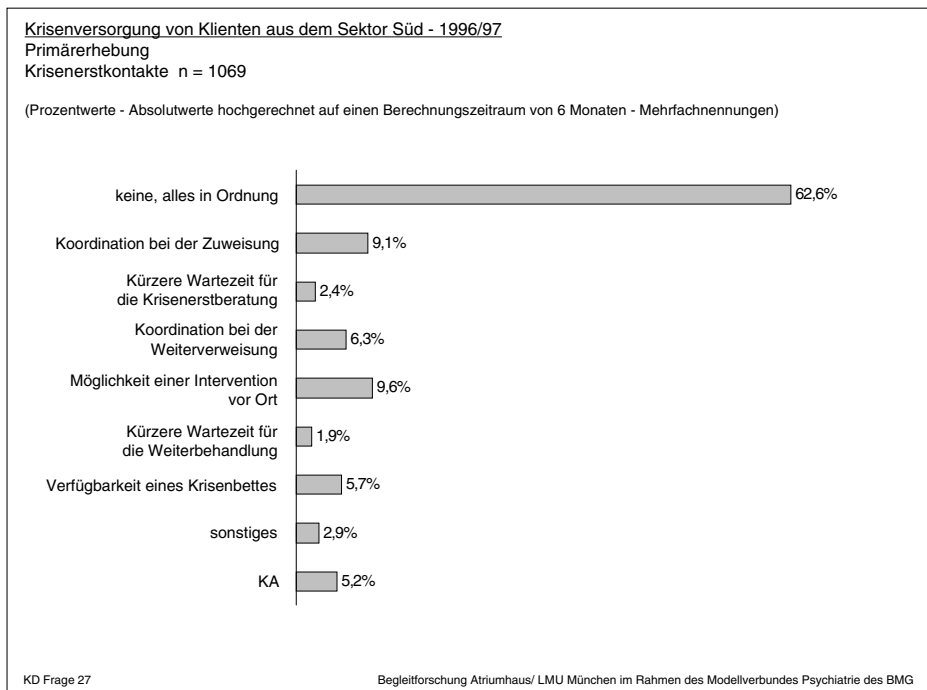


Abb. 34: Beurteilung der Intervention durch Behandler – konkrete Verbesserungswünsche

5. Vorbehandlung, Zu- und Weiterverweisung

»Die Daten über Zugang und Weiterverweisung von Klient/-innen sind von größter Wichtigkeit, wenn die Position und Funktion einer Einrichtung im Versorgungssystem beurteilt werden soll.« (BERGOLD 1996) Insbesondere ist dies der Fall, wenn das Zusammenwirken der verschiedenen Einrichtungen und das Maß ihrer Integration zu einem Gesamtgefüge psychiatrischer Versorgung beurteilt werden soll.

In der Primärerhebung wurden mit Hilfe eines so genannten Vernetzungsbogens (Anhang) drei Parameter abgefragt:

- die Vorbehandlung im Rahmen der aktuellen Krise
- die Veranlassung zum Krisenerstkontakt
- die Weiterverweisung nach dem Krisenerstkontakt.

Die im Vernetzungsbogen genannten Einrichtungen umfassten das gesamte Spektrum der Angebote zur Gesundheitsversorgung, waren nicht auf Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungssystems beschränkt.

Die einzelnen Einrichtungsgruppen des Vernetzungsbogens wurden folgendermaßen gebildet:

- Niedergelassene Ärzte und Psychologen: Hausärzte, Psychiater, Betriebsärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten
- Notdienste: Nervenärztlicher Notdienst, Notarzt, Rettungsdienste, Feuerwehr
- Ambulanzen: Ambulanz Atriumhaus, andere psychiatrische Ambulanzen, somatische Ambulanzen
- Kliniken: BKH Haar, Krisenstation Atriumhaus, andere psychiatrische und psychosomatische Kliniken, Tagesklinik Atriumhaus, andere Tageskliniken, somatische Krankenhäuser
- Beratungsstellen und Dienste: Sozialpsychiatrische Dienste (SPDI), Allgemeine Sozialdienste (ASD), Telefonseelsorge, andere Beratungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- Komplementäre Einrichtungen: Betreutes Wohnen, Arbeitsrehabilitation, Tagesstätten
- Ämter/Behörden und Personen mit rechtlicher Funktion: Gesundheitsamt, Polizei, Landratsamt, Ordnungsamt, Bewährungshelfer, Rechtliche Betreuer

5.1 Aktuelle Vorbehandlung

Als aktuelle Vorbehandlung wurde eine Behandlung oder Betreuung definiert, die mit der dokumentierten Krise in Zusammenhang stand und innerhalb der letzten 30 Tage stattgefunden hatte.

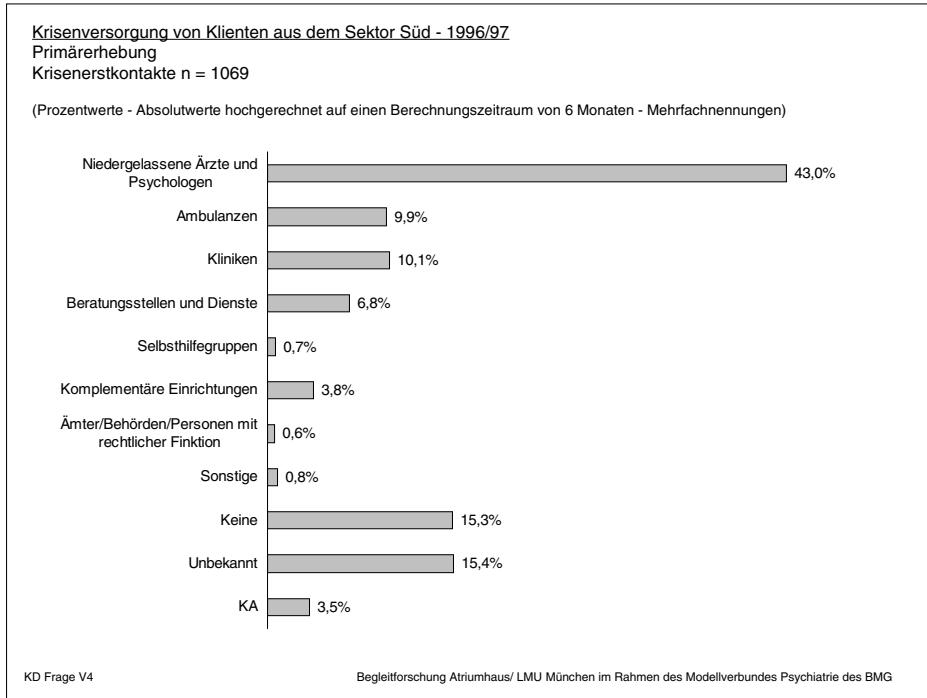


Abb. 35: Aktuelle Vorbehandlung – gesamt

Zum Zeitpunkt des Krisenerstkontaktes benannten nur 15,3 % der Klient/-innen keine Vorbehandlung im o. g. Sinne. 43,0 % der Klient/-innen waren bei einem »Niedergelassenen Arzt oder Psychologen« in Behandlung; 9,9 % hatten eine Vorbehandlung in einer psychiatrischen Ambulanz, 6,8 % bei einer der Beratungsstelle oder einem Dienst; in 10,1 % der Fälle hatte in den letzten vier Wochen eine Vorbehandlung in einer Klinik stattgefunden (Abb. 35).

Vergleicht man die Gruppe der ambulanten und telefonischen Krisenerstkontakte mit der der stationären Krisenerstkontakte (Abb. 36), so zeigen sich in der ersten Gruppe insgesamt deutlich mehr Vorbehandlungen. Nur 11,2 % der ambulanten und telefonischen Krisenerstkontakte waren im Rahmen der aktuellen Krise nicht in irgendeiner Form vorbehandelt worden. Von den stationär aufgenommenen Krisenpatient/-innen waren dagegen über ein Viertel (28,9 %) ohne aktuelle Vorbehandlung.

»Niedergelassene Ärzte und Psychologen« wurden von den Klienten mit ambulanten und telefonischem sowie denen mit stationärem Krisenerstkontakt etwa in gleichem Maße als Vorbehandler genannt (42,4 % ambulant und telefonisch, 45,0 % stationär). Ein deutlicher Unterschied zeigte sich zwischen diesen beiden Gruppen in der Nutzung von »Ambulanzen« und »Beratungsstellen und Diens-

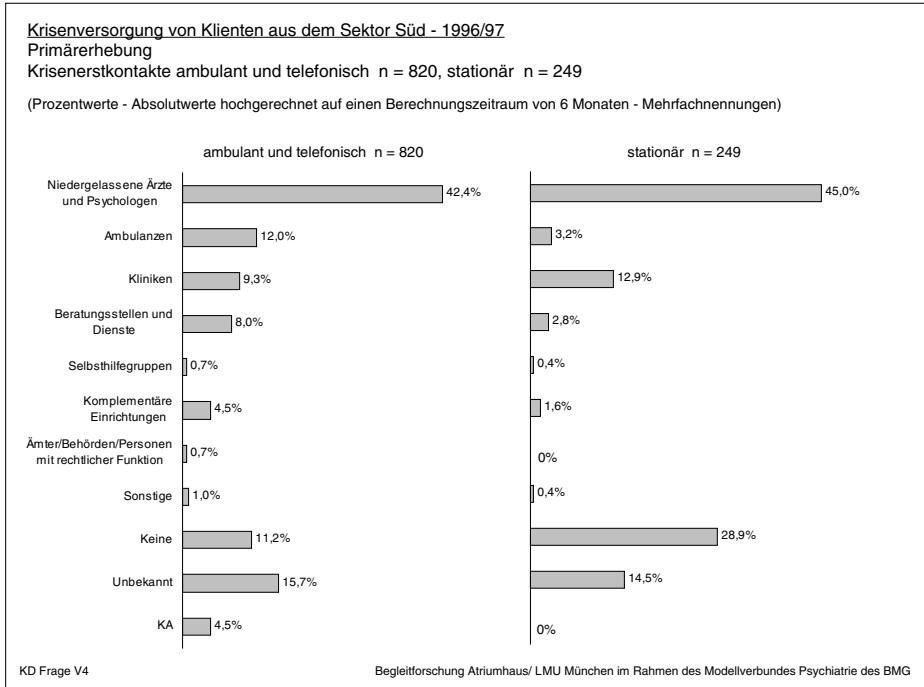


Abb. 36: Aktuelle Vorbehandlung bei ambulanten/ telefonischen und bei stationären Krisenerstkontakten

ten« als vorbehandelnden Stellen: ambulant oder telefonisch versorgte Klient/-innen hatten diese Einrichtungsgruppen in 20 %, stationär aufgenommene Krisenpatient/-innen dagegen nur in 6 % in Anspruch genommen (Abb. 36).

5.2 Veranlassung

Mit dieser Frage wurde erhoben, wer die Kontaktaufnahme des Klienten mit der jeweiligen Einrichtung veranlasst bzw. empfohlen hatte.

Circa die Hälfte (50,2 %) der Klient/-innen wandte sich in der aktuellen Krisensituation »selbst«, d. h. ohne explizite Veranlassung durch Dritte an die jeweilige Einrichtung. Bei etwa einem Viertel (24,9 %) der Klient/-innen wurde die Kontaktaufnahme durch »Angehörige, Freunde, Bekannte oder Nachbarn« veranlasst. Unter den Veranlassern aus dem professionellen Bereich standen die »Niedergelassenen Ärzte und Psychologen« mit 12,3 % an erster Stelle. Bei 10,1 % der Klient/-innen wurde die Kontaktaufnahme durch einen »Notdienst«, bei 9,2 % durch »Ämter/Behörden/Personen mit rechtlicher Funktion«, darunter vor allem

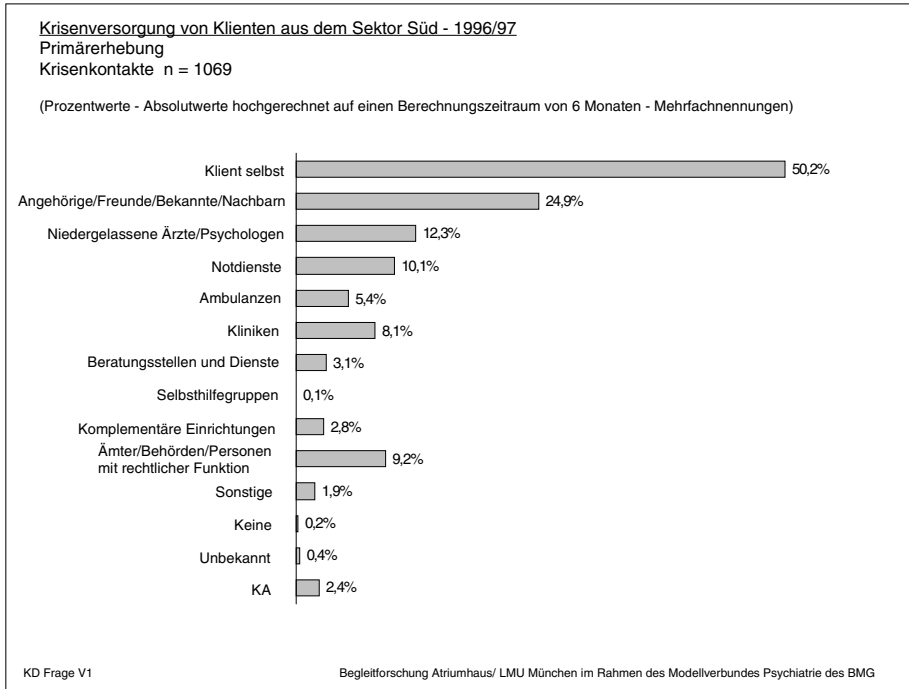


Abb. 37: Veranlassung – gesamt

der Polizei, veranlasst. In 8,1 % der Fälle erfolgte eine Zuweisung durch »Kliniken«, wobei es sich hier vor allem um somatische Kliniken bzw. Klinikambulanzen handelte. 5,4 % der Krisenerstkontakte wurden durch »Ambulanzen« veranlasst. Durch »Beratungsstellen und Dienste« (3,1 %), »Komplementäre Einrichtungen« (2,8 %) und »Selbsthilfegruppen« (0,1 %) wurden nur wenige Kontakte veranlasst (Abb. 37).

Zwischen den ambulanten und telefonischen Krisenerstkontakte einerseits, den stationären andererseits wurden deutliche Unterschiede in den Zuweisungsmustern erkennbar (Abb. 38). Die Hälfte aller stationär aufgenommenen Krisenpatient/-innen kam durch Veranlassung von »Ämtern und Behörden« (24,1 %) bzw. »Notdiensten« (26,1 %) in die Einrichtung. Bei den Klient/-innen mit einem ambulanten oder telefonischen Krisenerstkontakt betrug dieser Anteil nur etwa 10,0 %.

Mit 55,4 % lag bei den ambulant bzw. telefonisch versorgten Krisenklienten der Anteil derjenigen, die sich selbst an die jeweilige Einrichtung wandten mit 32,9 % um 22,6 % höher als bei den stationär aufgenommenen Krisenpatienten. Dagegen waren bei den stationär aufgenommenen Klient/-innen die Angehörigen öfter veranlassend tätig (30,5 % vs. 23,1 %).

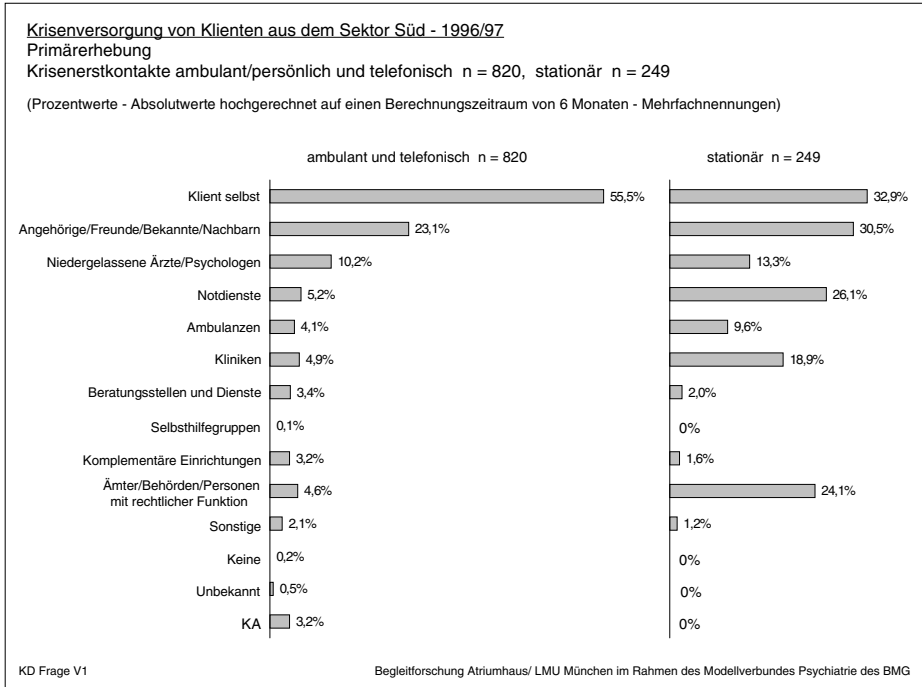


Abb. 38: Veranlassung – ambulant/telefonische vs. stationäre Krisenerstkontakte

5.3 Weiterverweisung

Mit einer Anzahl von 249 wurden 23,3 % aller Krisenerstkontakte im stationären Setting gezählt. Stationäre Krisenerstkontakte und Weiterverweisungen traten nicht auf.

Ambulante und telefonische Krisenerstkontakte

Anders bei der Gruppe der ambulanten und telefonischen Krisenerstkontakte. Bei den hier gezählten 820 Fällen sollten alle Personen bzw. Einrichtungen genannt werden, die zur unmittelbaren Weiterbetreuung oder -behandlung der akuten Krise empfohlen wurden.

Nur in 4,6 % dieser 820 ambulanten und telefonischen Krisenerstkontakte wurden keine Weiterbehandlungen empfohlen oder veranlasst.

Im Einzelnen stellte sich die Weiterverweisung folgendermaßen dar: 29,1 % der Klienten wurde eine »stationäre Behandlung in Kliniken« empfohlen bzw. wurde eine solche veranlasst. Hier spielte das BKH Haar mit 12,0 % die wich-

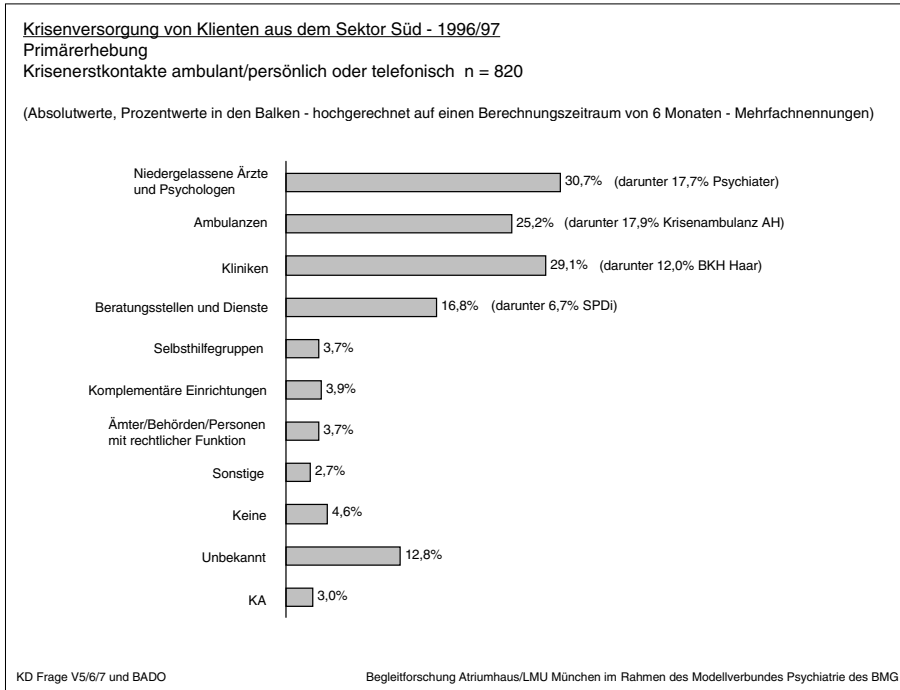


Abb. 39: Aus ambulantem/ telefonischen Krisenerstkontakt empfohlene oder veranlasste Weiterverweisung an ...

tigste Rolle. 30,7 % wurde an »Niedergelassene Nervenärzte und Psychologen« verwiesen, wobei niedergelassene Psychiater mit 17,7 % die stärkste Teilgruppe ausmachten. 25,2 % der Klienten wurde eine ambulante Weiterbehandlung in »Ambulanzen« empfohlen; mit 17,9 % am häufigsten in die Krisenambulanz des Atriumhauses. 16,8 % der Klient/-innen wurde an »Beratungsstellen und Dienste« vermittelt bzw. empfohlen; davon 6,7 % an die SPDIs. Einem kleinen Teil von Klient/-innen in Krisensituationen wurde ein Termin in einer »Selbsthilfegruppen« oder einer »Komplementären Einrichtungen« zur Weiterbehandlung oder Weiterbetreuung empfohlen (vgl. Abb. 39).

VI. Zusammenfassung

Vorhaben und Fragestellungen

In einem vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Modellverbundes Psychiatrie geförderten Modellprojekt wurde die Versorgungssituation von Menschen in psychischen Krisen- und Notfallsituationen in der Region München Süd untersucht.

In dem großstädtischen Versorgungssektor München Süd leben ca. 360.000 Menschen, davon 19,3 % ausländische Mitbürger. Zur allgemein-psychiatrischen und psychosozialen Hilfe steht ihnen ein umfassendes und differenziertes Angebot von Einrichtungen zur Verfügung, das aber nur zum Teil auf die Versorgung von psychiatrischen Notfällen und Krisen ausgerichtet ist. Das Ende 1994 eröffnete Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus hat die Infrastruktur der psychiatrischen Krisenversorgung, um ein neues, rund um die Uhr verfügbares ambulantes sowie stationäres Hilfeangebot erweitert.

Vorrangige Fragestellungen der Untersuchung sollten sein:

- Inzidenz und zeitliche Verteilung der Krisen und Notfälle
- Inanspruchnahme der einzelnen Einrichtungstypen
- Setting und Art der durchgeführten Kriseninterventionen
- Soziodemographische Merkmale der Krisen- und Notfall Klienten
- Art, Dringlichkeit und diagnostische Zuordnung der Krisen
- Eingeleitete Maßnahmen und Weiterweisung.

Aus den Ergebnissen sollten Standards und Planungsgrößen für diesen Teilbereich psychiatrischer Versorgung ableitbar sein. Schließlich sollte die Studie dazu beitragen, die Krisen- und Notfallversorgung als eigenständiges und relevantes Handlungsfeld innerhalb der psychiatrischen Gesamtversorgung wahrzunehmen.

Aufbau und Methodik

Trotz erheblicher organisatorischer und methodischer Schwierigkeiten wurde die Studie als Vollerhebung, d. h. unter Einbeziehung aller an der psychiatrischen Krisenversorgung von Menschen aus dem Sektor Süd beteiligten Einrichtungen

realisiert. Dabei mussten Einrichtungen innerhalb und außerhalb des Sektors, ambulante und stationäre, klinische und psychosoziale Anlaufstellen sowie Institutionen der allgemeinen Nothilfe berücksichtigt werden.

Als Krise wurden seelische Ausnahmezustände definiert, für die nach Einschätzung der Betroffenen bzw. Dritter professioneller Hilfe innerhalb von 24 Stunden erforderlich war. Die Studie bestand aus drei Teiluntersuchungen:

- einer qualitativen Erhebung von Strukturdaten der für die Krisen- und Notfallversorgung von Menschen aus dem Versorgungsgebiet verfügbaren Einrichtungen (Explorationsstudie)
- einer quantitativen klientenbezogenen Erhebung in den Einrichtungen, an denen eine einzelfallbezogene Erhebung mittels standardisiertem Fragebogen realisierbar war (Primärerhebung)
- einer Sekundäranalyse von klientenbezogenen Daten der Institutionen, bei denen eine direkte klientenbezogene Erhebung nicht umgesetzt werden konnte.

Im Rahmen der qualitativen Erhebung und Felderschließung wurden in 51 Einrichtungen Strukturdaten erfasst. Neben einer Vielzahl anderer versorgungs- und planungsrelevanter Daten gaben sie Aufschluss darüber, ob die jeweilige Einrichtung an der Krisenversorgung von Menschen aus dem Versorgungssektor München Süd tatsächlich beteiligt ist. Die Ergebnisse dieser so genannten *Explorationsstudie* führten letztlich dazu, dass für die klientenbezogene Erhebung 36 Einrichtungen ausgewählt wurden.

Abhängig vom Einrichtungstyp und von der jeweiligen Häufigkeit psychiatrischer Krisen pro Zeiteinheit fand die einzelfallbezogene *Primärerhebung* über einen Zeitraum von zwei bis sechs Monaten statt. Die Dokumentation wurde für alle in den beteiligten Einrichtungen aufgetretenen psychiatrischen Krisen und Notfälle von Menschen mit Wohnsitz in München Süd durchgeführt, sowie für Menschen ohne festen Wohnsitz und solche, die anonym bleiben wollten. Die erhobenen Daten wurden auf einen einheitlichen Zeitraum von sechs Monaten hochgerechnet.

Für Polizei, Rettungsdienste und Nervenärztlichen Notdienst wurden im Rahmen der *Sekundäranalyse* Sekundärdaten ausgewertet. Aussagen zu Umfang und Art psychiatrischer Krisen- und Notfalltätigkeit in den Praxen der niedergelassenen Nervenärzte konnten im Rahmen der Studie nicht gewonnen werden, da seitens der Kassenärztlichen Vereinigung keine patientenbezogenen Daten bereitgestellt werden konnten.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung erlauben eine umfassende Sicht auf die Krisenerstversorgung der Population eines großstädtischen Versorgungsgebietes, unabhängig von der Art der um Hilfe angesuchten Einrichtung, der Art der psychiatrischen Krise und der Art der letztlich eingeleiteten Hilfe.

Auf Basis der klientenbezogenen Erhebung in den Einrichtungen und der ausgewerteten Sekundärdaten von Polizei, Rettungsdiensten und Nervenärztlichem Notdienst zeigen sich die im Folgendem dargestellten Verteilungsmuster. Sämtliche Zahlen beziehen sich auf die 360 000 Einwohner umfassende Versorgungsregion München Süd.

Inzidenz und zeitliche Verteilung

- Für einen Zeitraum von sechs Monaten wurden 1646 Krisen- und Notfälle berechnet; das entspricht einer Inzidenz von 9,1 Krisenfällen pro 1000 Einwohner pro Jahr.
- 77,9 % aller Krisen traten an Werktagen, 22,1 % an Wochenenden und Feiertagen auf.
- Die durchschnittliche Inanspruchnahme lag bei 9,0 Krisenfällen pro Tag.
- Am Wochenende lag die durchschnittliche Inanspruchnahme mit 6,6 Krisenfällen pro Tag nur um ein Drittel niedriger als an den Werktagen mit durchschnittlich 10,0 Krisenfällen pro Tag. Die Hälfte der Klienten in akuten Krisensituationen (49,0 %) suchten Hilfe in der Zeit von 9:00 bis 17:00 Uhr, als tagsüber, die andere Hälfte (49 %) in der Zeit von 17:00 und 9:00 Uhr; d. h. abends, nachts und am frühen Morgen.
- Damit war die Inanspruchnahme in den Abendstunden von 17:00 bis 21:00 Uhr genauso hoch wie in den üblichen Sprechzeiten von 9:00 bis 17:00 Uhr; in den Nachts- und Morgenstunden von 21:00 bis 9:00 Uhr lag sie um zwei Drittel niedriger.

Inanspruchnahme der Einrichtungstypen

- In 29,5 % der Fälle waren es die nicht-psychiatrischen Institutionen Polizei und Rettungsleitstelle, die als erste Ansprechpartner für Krisen dienten.
- 29,2 % der Fälle, d. h. ein fast ebenso hoher Anteil von Menschen in Krisen- und Notfallsituationen, wandte sich als Erstes an das Psychiatrische Krisenzentrum des Sektors.
- 15,8 % der Fälle kamen zur Krisenerstintervention in eine der Münchner psy-

chiatrischen Universitätskliniken, bevorzugt in die Psychiatrische Klinik der LMU.

- *5,8 % der Menschen in Krisensituationen wurden im BKH Haar aufgenommen, wobei der von der Polizei eingewiesene Anteil in dieser Gruppe am höchsten war.*
- *Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Telefonseelsorge und Notrufe wurden von 14,1 % der Fälle als erste Anlaufstelle genutzt.*

Ort und Art der Krisenhilfe

- *35 % der Krisenerstinterventionen fanden vor Ort statt, 21 % telefonisch, 29 % in ambulante Einrichtungen, 15 % im Rahmen einer stationären Aufnahme.*
- *Krisenhilfe vor Ort wurde in 84 % durch nicht-psychiatrische Dienste (Rettungsdienste) und Institutionen (Polizei) bereitgestellt, nur in 11 % durch psychiatrisches Fachpersonal.*
- *Von allen Krisenfällen wurden nur 5,5 % durch den Nervenärztlichen Notdienst versorgt, der im Erhebungszeitraum die einzige Institution war, die fachkompetente aufsuchende psychiatrische Krisenhilfe zur Verfügung stellte.*

Für 1069 Krisenfälle – es handelt sich hierbei um die Daten der klientenbezogenen Erhebung – können Angaben zur Soziodemographie, zu Art und diagnostischer Zuordnung der Krise, zu den Wegen der Zu- und Weiterverweisung sowie zur Art der durchgeführten Interventionen gemacht werden.

Soziodemographische Merkmale der Klientel

- *38,9 % der Klienten in Krisen- und Notfallsituation waren männlich, 59,7 % weiblich.*
- *Bezogen auf das Alter bildeten die 18–35-Jährigen mit 41,4 % die größte Gruppe, gefolgt von den 36–50-Jährigen mit 32,3 % und den 51–65-Jährigen mit 11,5 %.*
- *Mit 14,8 % lag die Inanspruchnahme durch ausländische Mitbürger niedriger als es dem Anteil entspricht, den diese Gruppe mit 19,3 % an der Gesamtbevölkerung im Sektor Süd einnimmt.*

Art, Dringlichkeit und diagnostische Zuordnung der Krisen

- 84,5 % der Krisen wurden von den Beurteilenden als hochdringlich (47,1 %) bzw. mitteldringlich 37,4 %) eingestuft.
- Bei 69,3 % der Krisen handelte es sich um die Fortdauer oder das Wiederauftreten eines früheren Krankheitszustandes, bei 20,3 % um das erstmalige Auftreten einer psychischen Krise.
- 13,2 % der Krisenfälle gingen mit einer Selbstverletzung oder einem Suizidversuch einher, in 8,4 % lag Fremdgefährdung vor.
- In Zusammenschau aller Diagnosen waren Menschen mit einer psychotischen Erkrankung am häufigsten. Sie machten einen Anteil von 30,8 % aller Krisen aus. Mit 16,2 % standen psychosoziale Krisen an zweiter, Suchterkrankungen mit 14,4 % an dritter Stelle. Persönlichkeitsstörungen wurden in 11,3 % der Fälle dokumentiert. Bei 9,8 %, der Klient/-innen wurde eine affektive Störung diagnostiziert, bei 7,8 % aller Krisenfälle eine Neurose.

Zeitraum seit Beginn der Krise

In der Mehrzahl der Fälle traten Krisen nicht »spontan« auf, sondern hatten einen zeitlichen Verlauf. Ein Zeitpunkt als Beginn der Krise konnte in 84,4 % der Fälle angegeben werden; in 15,6 % der Fälle war dies nicht möglich.

- Nur bei ca. einem Drittel (34,0 %) betrug der Zeitraum zwischen dem Beginn der Krise und der Inanspruchnahme professioneller psychiatrischer Hilfe weniger als eine Woche.
- In 27,6 % der Krisenfälle lag der Beginn der Krise eine bis vier Wochen zurück.
- 23,8 % der Befragten nannten mehr als einen Monat, 11,1 % sogar mehr als sechs Monate als Zeitraum zwischen dem von ihnen wahrgenommenen Krisenbeginn und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe.

Art der eingeleiteten Maßnahmen

- 23,3 % der Krisenfälle, die im Rahmen der klientenbezogenen Erhebung ausgewertet wurden, kamen primär zur stationären Aufnahme.
- Bei den Fällen, die zunächst ambulant oder telefonisch um Krisenhilfe ersuchten, wurde in 14,3 % im Anschluss an den Krisenerstkontakt eine stationäre Aufnahme veranlasst. Bei zwei Drittel (75,5 %) dieser Klienten wurde eine ambulante Weiterbehandlung eingeleitet oder angeregt: durch einen weiteren Termin in der eigenen Einrichtung (24,1 %), durch Empfehlung (20,7 %) oder

Vermittlung (17,0 %) in eine andere Einrichtung oder durch Rückverweisung an den Vorbehandler (13,7 %).

- *Keine weiteren Maßnahmen wurden in 8,8 % der Fälle als erforderlich erachtet.*

VII. Schlussfolgerungen

Anders als in europäischen Ländern wie England, Italien und den Niederlanden, in denen die psychiatrische Krisen- und Notfallversorgung ein ausgewiesener und definierter Bereich der psychiatrischen Gesamtversorgung ist, mit eigenen dafür ausgestatteten Strukturen, gibt es in Deutschland weder ein von fachlicher Seite allgemein anerkanntes Konzept für diesen speziellen Bereich, noch verlässliche, in die Gesamtversorgung integrierte Strukturen. Trotz programmatischer Forderungen in der Psychiatrie-Enquete, im Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung, in verschiedenen Landespsychiatrieplänen. Und trotz nachhaltiger Forderungen von Seiten der Psychiatrieerfahrenen und ihrer Angehörigen.

Nach Ansicht der Autoren legen Datenmaterial und Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dringend nahe, den Bereich der Krisen- und Notfallversorgung als eigenständiges und relevantes Handlungsfeld innerhalb der Gesamtversorgung wahrzunehmen und liefern wichtige und übertragbare Hinweise für planerische Überlegungen und Schritte in diese Richtung.

1. Psychiatrische Krisen und Notfälle sind häufig und betreffen das gesamte diagnostische Spektrum. Hilfe ist in verschiedenen Settings erforderlich.

In der ca. 360.000 Einwohner umfassenden großstädtischen Region München Süd, in der die vorliegende Untersuchung durchgeführt wurde, fielen in sechs Monaten 1646 psychiatrische Krisen und Notfälle an. Nicht zuletzt aufgrund der Vielfalt der Krisenformen, der Anliegen und der diagnostischen Zuordnung der Krisen – Psychosen, affektive Störungen, psychosoziale Krisen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen etc. – wurden Hilfen im Sinne von Notfall- bzw. Krisenintervention in vier verschiedenen Settings angefragt: telefonisch, ambulant-persönlich, stationär, vor Ort. Bezogen bzw. berechnet auf eine Region mit 100.000 Einwohnern bedeutet dies ein Auftreten von fast 1000 (914,4) psychiatrischen Krisenfällen pro Jahr.

Berücksichtigt man, dass es sich bei fast der Hälfte (47,1 %) dieser Krisen aus Sicht der Behandler um hochdringliche Fälle handelte und mehr als ein Fünftel (21,6 %) der betroffenen Menschen akut selbst- oder fremdgefährlich waren, liegt es nahe, diesem Bereich mit erhöhter Aufmerksamkeit zu begegnen und vorhandene bzw. neu zu schaffende Versorgungsstrukturen auf diesem Bedarf auszurichten. Dabei ist insbesondere auch das Vorhalten von Hilfen in den verschiedenen Settings zu beachten.

Tab.18: Häufigkeit von Krisenfällen in den verschiedenen Settings bezogen auf eine Region mit 100.000 Einwohnern:

	telefonisch	Ambulant-persönlich	stationär	vor Ort	gesamt
pro Tag	0,5	0,7	0,4	0,9	2,5
pro Woche	3,6	5,1	2,7	6,2	17,5
pro Monat	15,7	22,2	11,5	26,8	76,2
pro Jahr	188,4	266,2	138,4	321,2	914,4

2. *Psychiatrische Krisen- und Notfallhilfe findet in einer Vielzahl von Einrichtungen statt. Die Leistungsprofile müssen abgestimmt, die Angebote transparent gemacht werden.*

Von den insgesamt 51 Einrichtungen, die im Rahmen der vorliegenden Studie dahingehend exploriert wurden, ob sie an der Krisen- und Notfallversorgung von Menschen aus München Süd beteiligt sind, hielten 36 tatsächlich ein Leistungsangebot in diesem Bereich vor. Allerdings mit erheblichen Unterschieden bezüglich Krisenkonzept, Setting, Erreichbarkeit, Klientel, professioneller Ausstattung etc. Weder zwischen den einzelnen Einrichtungen gleichen Typs z. B. den psychiatrischen Kliniken oder den Beratungsstellen, noch übergreifend gab es eine Abstimmung beispielsweise in Bezug auf Zielgruppen, therapeutische Schwerpunkte, Öffnungszeiten oder Behandlungsangebote. Ebenso wenig gab es für die Nutzer, seien es die Betroffenen und ihre privaten Kontaktpersonen, seien es die professionellen Zuweiser eine Wegweisung oder ein Lotsensystem, das bei der Suche nach der im jeweiligen Krisenfall bestgeeigneten Anlaufstelle oder Interventionsform hätten unterstützen können.

Unter grundsätzlicher Wahrung des breiten Angebotes würde eine Koordination der Leistungsprofile und würden Orientierungshilfen zu ihrer Inanspruchnahme zu einer unmittelbaren Versorgungsverbesserung und zu mehr Effizienz führen.

3. *Etwa die Hälfte aller psychiatrischen Krisen und Notfälle treten außerhalb der üblichen Sprechzeiten auf. Das professionelle Hilfeangebot aber ist in dieser Zeit erheblich reduziert.*

Obwohl 49,0 % aller Krisenfälle in der Zeit zwischen 17.00 und 9.00 Uhr auftreten, d. h. in den Abend- und Nachtstunden und die Häufigkeit von Krisenfällen in München Süd mit 6,6 pro Wochenend- oder Feiertag nicht wesentlich unter der mit 10,0 pro Werktag lag, waren zwei Drittel der Einrichtungen, die Krisenhilfe vorhalten in dieser Zeit nicht verfügbar. Insbesondere die mit psychiatrischem Fachpersonal ausgestatteten Angebote waren reduziert auf die

Kliniken einschließlich des Psychiatrischen Krisenzentrums und den (nur in sehr geringem Umfang tätigen) Nervenärztlichen Notdienst. Die Vielzahl der übrigen ambulanten Einrichtungen mit ihrem differenzierten, z. T. auch aufsuchenden Angebot war außerhalb der üblichen Sprechzeiten nicht erreichbar. Dem Grundsatz »ambulant vor stationär« wird damit nicht gerecht. Institutionen, die fachlich für psychiatrische Notfälle nicht hinreichend qualifiziert sind, wie beispielsweise die Telefonseelsorgen oder die Polizei, traten stellvertretend ein.

4. *Vor-Ort-Interventionen sind bei vielen psychiatrischen Notfällen der erste Kontakt mit dem Hilfesystem. Nur in etwa 10 % der Fälle kommt dabei psychiatrische Fachkompetenz zum Einsatz.*

Mehr als 20 mal pro Woche (22,1) fielen in München Süd Vor-Ort-Einsätze bei psychiatrischen Krisen oder Notfällen an. Mehr als die Hälfte (55,4 %) dieser Einsätze leistete die Polizei. Einen weiteren erheblichen Anteil (28,8 %) die allgemeinen, d. h. psychiatrisch nicht speziell qualifizierte Rettungsdienste. Folge waren häufig stationäre Unterbringungen, die erfolgten, ohne dass ambulante Möglichkeiten im Vorfeld ausgelotet wurden und ohne dass das breite Spektrum grundsätzlich vorhandener ambulanter Ressourcen zur Anwendung gekommen wäre. Gerade auch weil es sich bei den Vor-Ort-Interventionen häufig um Einsätze bei schweren psychiatrischen Notfällen handelt und weil diese Einsätze überdurchschnittlich häufig abends, nachts und an Wochenenden erfolgen, muss der Teilbereich »Notfall- und Krisenhilfe vor Ort« ärztliche und nicht-ärztliche Einsatzmöglichkeiten umfassen und rund um die Uhr abrufbar sein.

5. *Zwei Drittel der Krisenfälle weisen eine relativ lange Latenz zwischen Beginn der Krise und Kontakt zum Hilfesystem auf. Obwohl ein früher Behandlungsbeginn die Prognose nachweislich günstig beeinflusst.*

Nur bei 34,0 % aller Krisenfälle erfolgte ein Kontakt zum Hilfesystem in der ersten Woche nach Beginn der Krise. Wochen und Monate der Krise ohne angemessene Hilfe oder Behandlung waren häufig. Vor allem auch bei den primär stationär behandelten Krisen oder Notfällen waren fast ein Drittel (28,9 %) ohne aktuelle psychiatrische Vorbehandlung.

Ein Bündel von Maßnahmen ist hier erforderlich: Aufklärung und Information über Häufigkeit, Erscheinungsformen und Behandlungsmöglichkeiten seelischer Krisen, Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit einer fachkompetenten Stelle für Beratung, Screening und Vermittlung bei psychiatrischen Notfällen, zuverlässig und rasch abrufbare aufsuchende Hilfen im Vorfeld krisenhafter Zuspitzungen, vor allem aber eine den unterschiedlichen Krisenformen angemessene Angebotspalette, die von niedrigschwelligen, bei Bedarf anonymen nutzbaren Anlaufstellen bis zu spezialisierten, multiprofessionell besetzten mobilen Teams und stationären Kriseninterventionseinheiten reicht.

Dank der aktiven Beteiligung aller im untersuchten Versorgungsbereich tätigen Einrichtungen ist es der Studie gelungen, Umfang und Struktur der psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung im Sektor München Süd umfassend abzubilden. Datenmaterial und Ergebnisse sind so beschaffen, dass sich aus ihnen sowohl Schlussfolgerungen für den untersuchten Sektor, als auch planerische Daten für andere Regionen ableiten lassen. Darüber hinaus hat die Untersuchung dazu beigetragen, die Krisen- und Notfallversorgung als eigenständiges Handlungsfeld innerhalb der psychiatrischen Gesamtversorgung wahrzunehmen und das Problembewusstsein für diesen Versorgungsbereich zu erhöhen.

VIII. Literatur

- CRANACH, M. v.: Bedarf und Funktion außerstationärer Krisenintervention und Notfallpsychiatrie, In: WIENBERG, G. (Hg.) Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Standards und Modelle, Bonn 1993, S. 11–22
- Einrichtungen in Stadt und Landkreis München, Hrsg.: BEZIRK OBERBAYERN, 8. Aufl. 1994
- GIFT, T. E., ZASTOWNY, T. R., Psychiatric service utilization differences by sex and locale. *Int J Soc Psychiatry* 1990; 36: 11–7
- HÄFNER, H., HELMCHEN H.: Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise – Konzeptuelle Fragen, In: *Nervenarzt*, 1978, Vol. 49, S. 82 ff
- HÄFNER et al. (1986) nach: RÖSSLER, W., SALIZE, H. J., Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen Schlussbericht des Forschungsprojektes »Strukturanalyse der Berichterstattung zur psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung des Bereichs chronischer psychischer Störungen« – gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, Mannheim 1996, S. 109
- HARTFIEL, G., HILLMANN, K.-H.: Wörterbuch der Soziologie ; 3. überarb. u. erg. Aufl., Stuttgart 1982
- KASTRUP, M.: Sex differences in the utilization of mental health services: a nationwide register study. *Int J Soc Psychiatry* 1987; 33: 171–84
- KATSCHNIG, H., KONIECZNA, T.: Notfallpsychiatrie und Krisenintervention: Überblick über Versorgungsprobleme. In: KATSCHNIG, H., KULENKAMPFF, C. (Hrsg.) Notfallpsychiatrie und Krisenintervention, Köln 1987, S. 9
- LEFERINK, K., BERGOLD, J.: Integration neuer psychosozialer Einrichtungen ins Versorgungssystem: Überlegungen zu einem sozialökologischen Evaluationskonzept am Beispiel einer Krisenambulanz. In: *Psychiatrische Praxis*, 1996, Vol. 23, S. 270–274
- PÖRKSEN, N.: Schwachstellen: Warum werden herkömmliche Hilfeangebote dem Bedarf nicht gerecht?, In: WIENBERG, G. (Hg.) Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie-Standards und Modelle, Bonn 1993, S. 23
- REIMER, A.: Gesetzliche Grundlagen, Trägerschaft und Finanzierung – Wer ist eigentlich zuständig? In: WIENBERG, G. (Hg.) Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Standards und Modelle, Bonn 1993, S. 33–41
- RÖSSLER, W., SALIZE, H. J.: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993
- RÖSSLER, W., SALIZE, H. J.: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch

- Kranker – Daten, Fakten, Analysen, Schlussbericht des Forschungsprojektes »Strukturanalyse der Berichterstattung zur psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung des Bereichs chronischer psychischer Störungen « – gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, Mannheim 1996, S. 109
- STEINHART, I., PRIEBE, S.: Prediction of hospitalization within a psychiatric community care system – a five-year study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992; 27: 270–3
- VINDING, H. R., HANSSON, L., ZANDRÉN, T., GÖSTAS, G., LINDHARDT, A., SAARENTO, O. et al.: The Nordic comparative study on sectorized psychiatry. V: The influence of patient social characteristics on treated incidence. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 93: 339–44
- WAY, B. B., EVANS, M. E., BANKS, S. M.: Factors predicting referral to inpatient or outpatient treatment from psychiatric emergency services. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 703–8
- WIENBERG, G.: Qualitätsmerkmale außerstationärer Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Standards und Modellvarianten, Bonn 1993, S. 46

IX. Beteiligte Einrichtungen

Kliniken

- Bezirkskrankenhaus Haar
- Psychiatrische Klinik der LMU/Konsil Innenstadtkliniken und Klinikum Großhadern
- Psychiatrische Klinik der TU – Klinikum rechts der Isar/Konsil Klinikum rechts der Isar
- Max-Planck-Institut für Psychiatrie (MPI)/Konsil Schwabinger Krankenhaus
- Nervenlinik Gauting

Psychiatrisches Krisenzentrum

- Psychiatrisches Krisenzentrum Atriumhaus

Institutionen

- Polizei
- Kassenärztliche Vereinigung/Nervenärztlicher Notdienst
- Rettungsleitstelle Feuerwehr

Notrufe

- Suchtnotruf
- Frauennotruf

Telefonseelsorgen

- Katholische Telefonseelsorge
- Evangelische Telefonseelsorge

Zufluchtstellen

- Katholische Bahnhofsmision
- Evangelische Bahnhofsmision
- Heilsarmee

Sozialpsychiatrische Dienste

- SPDi-Laim
- SPDi-Stadtmitte

Psychosoziale Beratungsstellen

- ANAD – Anorexia-Bulima Nervosa e. V.
- ARCHE – Selbstmordverhütung und Hilfe in Lebenskrisen e. V.
- Internationales Beratungszentrum des BRK
- Beratungsstelle für Frauen, Sozialdienst katholischer Frauen
- Ehe-, Partnerschafts- und Familienberatungsstelle München e. V.
- Psychosoziale und psychiatrische Beratungsstelle der städtischen Gesundheitsbehörde
- Evangelischer Beratungsdienst für Frauen
- Evangelisches Beratungszentrum
- Familiennotruf
- Frauentherapiezentrum
- Münchner-INSEL
- Münchner AIDS-Hilfe
- Pro Familia
- Psychologischer Dienst und Sozialdienst für Ausländer/-innen der Caritas
- Psychotherapeutische Beratungsstelle für Student/-innen
- Refugio – Beratungsstelle für Flüchtlinge und Folteropfer
- SUB – Zentrum Schwuler Männer
- TuSch – Trennung und Scheidung e. V.

Allgemeine Sozialdienste

- ASD Mitte
- ASD Süd

Danksagung

Wir bedanken uns bei allen beteiligten Einrichtungen für die große Kooperationsbereitschaft. Ohne sie hätte dieses Projekt nicht realisiert werden können.

X. Anhang

Frageleitfaden für die Strukturhebung	Seite 105
Fragebogen für die Primärerhebung	Seite 108
• Version Atriumhaus	Seite 109
• Version Telefonseelsorgen	Seite 125
• Manual zum Fragebogen (Version Telefonseelsorgen)	Seite 130

Frageleitfaden für die Strukturerhebung

Der Frageleitfaden wurde im Rahmen der so genannten Voruntersuchung eingesetzt und hatte das Ziel, die Einrichtungen zu eruieren, die de facto an der Krisenversorgung von Menschen aus München Süd beteiligt sind (S. 25–27). Insgesamt wurden im Rahmen der Voruntersuchung 51 Einrichtungen befragt.

1 Beschreibung der Einrichtung und Ihrer Tätigkeit

- 1.1 Seit wann gibt es die Einrichtung?
- 1.2 Worin bestehen die zentralen Tätigkeitsfelder der Einrichtung? (Unterlagen einholen)
- 1.3 Welchen Stellenwert nimmt die Krisenarbeit vom gesamten Tätigkeitsspektrum der Einrichtung ein? (Beschreiben lassen)
- 1.4 Was will Ihre Einrichtung im Rahmen der Krisenversorgung vorrangig leisten?
- 1.5 Für welche Belange im Rahmen der Krisenversorgung ist die Einrichtung nicht geeignet?

2 Die Struktur der Einrichtung

- 2.1 Wie viele Mitarbeiter/-innen sind in dieser Einrichtung insgesamt beschäftigt?
- 2.2 Über welche Qualifikationen verfügen die Mitarbeiter/-innen der Einrichtung insgesamt?
- 2.3 Wie viel Mitarbeiter/-innen sind mit der Krisenarbeit beschäftigt?
- 2.4 Über welche Qualifikationen verfügen diese?
- 2.5 Wie ist der Einsatz der Mitarbeiter/-innen für die Krisenarbeit organisiert? Welche organisatorischen Probleme tauchen auf?

3 Die Krisenarbeit der Einrichtung

- 3.1 Wie viele Krisenpatienten/-klienten kommen im Durchschnitt (mtl. oder jährlich) in die Einrichtung?
 - 3.1.1 Wie hoch ist der Anteil von Klienten, die sich bei Ihnen selbst melden, bzw. der Anteil der Fremdmelder? Um wen handelt es sich primär?
- 3.2 Welche weiteren Charakterisierungen der Klientenklientel liegt vor? (z. B.: Dringlichkeit der Krise, Notfall oder nicht Notfall, Diagnose etc.) Wenn solche vorliegen, wie sind diese von Ihnen gewonnen worden?
- 3.3 Nach welchen Kriterien beurteilen Sie ob sich jemand in einer »Krise« befindet? Liegt Ihrer Arbeit ein »Krisenkonzept« zugrunde – um was für eines handelt es sich dabei?
- 3.4 Welches sind die am häufigsten auftretenden Krisen? (Hier Vorgaben wie im Dokumentationsbogen)
- 3.5 Wie gehen Sie hier in der Einrichtung mit den auftretenden Krisen um? (z. B. multi-professionelle Beratung/Betreuung, welche Berufsgruppen sind einbezogen, geschlechtsspezifische Aspekte)
- 3.6 Was genau bietet die Einrichtung den hier kommenden Krisenklient/-innen an konkreten »Hilfestellungen« an?

- 3.7 Wie hoch ist der Anteil von Krisenklienten, die Sie weiterverweisen?
- 3.8 In welchen Fällen wird weiterverwiesen?
- 3.9 Welches sind die Kriterien nach denen Sie die einzelnen Krisenpatienten in verschiedene Einrichtungen weiterverweisen?
- 3.10 Gibt es Fälle bei denen gemeinsam mit anderen Betreuern solche Klienten weiterbetreut werden? Wie sieht diese aus? Um welche Klientengruppe handelt es sich? Um welche Mitbetreuer handelt es sich?
- 3.11 Halten sie ihre Ressourcen (Mitarbeiterzahl, Qualifikation u. a.) für ausreichend? Wenn nein: worin besteht ein Mehrbedarf?
- 3.12 Allgemein zur Krisenversorgung im Sektor: Wo sehen Sie Positiva und wo Defizite bei der Krisenversorgung im Sektor? Wenn Positiva: welche? Wenn Defizite: welche?
- 3.13 Sehen Sie einen Bedarf nach einem »Mobilen Ausrückdienst«? Wenn ja: Wie sollte ein solcher Ausrückdienst arbeiten?
- 3.14 Wenn Sie an die Prävention von Krisen denken, welche Ansätze sehen Sie?
- 3.15 Welche Visionen haben sie beim Begriff »Krisenbedarf – Krisenbedarfsdeckung«?

4 Vernetzungs-/Kooperationsstruktur

- 4.1 Wenn Sie an die Kooperationspartner Ihrer Einrichtung denken: a) allgemein, b) bezogen auf die Krisenarbeit aus welchen Einrichtungen, bzw. Versorgungsbereichen kommen Ihre wesentlichen Kooperationspartner? (Liste vorlegen)
- 4.2 Sind Sie damit zufrieden oder mit welchen Einrichtungen bzw. Bereichen hätten Sie gerne in Bezug auf die Krisenarbeit mehr Kontakt? (Liste ankreuzen lassen)
- 4.3 Mit welchen Einrichtungen aus dem Versorgungsbereich kooperieren Sie gerne bzw. sehr gut? (Liste vorlegen)
- 4.4 Können Sie mir bitte bei jedem Partner sagen, worin die spezifische Qualität der Kooperation liegt?
- 4.5 Wenn das Atriumhaus nicht explizit genannt wurde: Wie beurteilen Sie die Arbeit des Atriumhauses? Welche Relevanz hat sie für Ihre Arbeit? Welche Probleme bestehen in der Kooperation aus ihrer Perspektive?

5 Dokumentationsmaterial

- 5.1 Wie dokumentieren Sie in Ihrer Einrichtung die Klienten?
- 5.2 Wie ist der Erhebungsbogen?
- 5.3 Gibt es Ergebnisse/Auswertungen Ihrer Dokumentation?
- 5.4 Sind Sie zufrieden mit Ihrer Dokumentation? Wo sehen Sie Mängel?

6 Besprechung der klientenorientierten Dokumentation

- 6.1 Besprechen des Fragebogens: Können und sollen noch weitere Items hinzugenommen werden? Welche?
- 6.2 Besprechen wie der Fragebogen eingesetzt werden soll. Endgültige Anweisungen werden im März verschickt werden. Die Strukturinterviews dienen dazu klare, an der Praxis orientierte Vorgaben für die Auswahl der Krisenfälle zu entwickeln.
- 6.3 Für unsere Erhebung ist wichtig, dass die Bogen in allen Krisenfällen ausgefüllt werden. (Wie kann dieses gewährleistet werden?)

6.4 Festhalten der getroffenen Vereinbarungen

(Diese sollten als eine Art Vertrag festgehalten werden. Eventuell als Durchschlag bzw. als Ergebnisprotokoll an die Einrichtungen zurückgeben)

befo rit leitf.doc 2.12.1996

Fragebogen zur Primärerhebung

Für die Primärerhebung in den Einrichtungen wurden fünf Versionen eines Fragebogens entwickelt, der auf dem Fragebogen des Atriumhauses zur Dokumentation der Krisenerstkontakte basierte. Die Versionen des Fragebogens waren auf die unterschiedlichen Einrichtungstypen zugeschnitten und miteinander kompatibel (S. 19). Im Folgenden werden zwei Versionen des Fragebogens vorgestellt:

- Version Atriumhaus
- Version Telefonseelsorgen

Fragebogen zur Primärerhebung Version Atriumhaus

Begleituntersuchung Psychiatrisches Krisenzentrum Atriumhaus

----- ✂ Name und Anschrift werden zur Bearbeitung abgetrennt --✂---

Persönliche Angaben des/der Klienten/Klientin

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: Tag _____ Monat _____ Jahr _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße (wenn Sektorzuordnung nicht möglich): _____

Begleituntersuchung Psychiatrisches Krisenzentrum Atriumhaus

Durchgeführt von:
Wissenschaftlicher Begleitforschung Atriumhaus
Bavariastr. 11
80336 München

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
Petra Stockdreher Tel.: 089 / 76 78 54
i.V. Reinhold Sterr Tel.: 089/ 76 78 55
i.V. Angelika Riess Tel.: 089/ 76 78 55

1. Patienten-Id.Nr.: Aufnahme Nr.: – nicht auszufüllen –

2. An der Krisenintervention beteiligte therapeutische Mitarbeiter (in der Zeitfolge des Hinzukommens):	Kontaktdauer pro Mitarbeiter in Minuten
1)	1)
2)	2)
3)	3)
4)	4)
5)	5)

4. Betreuungszeitraum:
Aufnahmedatum: ____ . ____ 1997
Gesprächsbeginn: ____ : ____ Uhr Gesprächsende: ____ : ____ Uhr
Wartezeit vor Gesprächsbeginn: ____ Minuten
Telefonische Voranmeldung: Ja Nein

5. Unterschrift des/r Erhebenden:

Administrative und soziodemographische Daten

6. Geschlecht: Männlich Weiblich
7. Sektor: Süd Ost Nord West
außerhalb ohne festen Wohnsitz unbekannt/unklar
8. Staatsangehörigkeit/Nationalität: Deutsch Andere
und zwar: unbekannt/unklar
9. Muttersprache: Deutsch → Frage 10
andere Muttersprache, gutes Deutsch → Frage 10
andere Muttersprache, schlechtes Deutsch → Frage 9a

9a. Wie fand die Kommunikation statt?

- | | |
|---|---|
| Therapeut/-in und Klient/-in sprechen eine gemeinsame Sprache | <input type="checkbox"/> |
| Einbeziehung eines Dolmetschers | <input type="checkbox"/> |
| Krisengespräch war nur eingeschränkt möglich | <input type="checkbox"/> |
| Krisengespräch war nicht möglich | <input type="checkbox"/> |
| Anderes | <input type="checkbox"/> |
| und zwar: | unbekannt/unklar <input type="checkbox"/> |

10. Familienstand:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| ledig | <input type="checkbox"/> | verheiratet – zusammenlebend | <input type="checkbox"/> |
| verheiratet – getrennt lebend | <input type="checkbox"/> | geschieden | <input type="checkbox"/> |
| verwitwet | <input type="checkbox"/> | unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> |

Kontaktaufnahme

11. Anliegen des/der Klient/-in bei Beginn des Erstgesprächs

(Mehrfachnennungen) (beide Spalten sind im gegebenen Fall parallel auszufüllen)

- | | Eigenanliegen
des Patienten | Fremdanliegen |
|--|--------------------------------|--------------------------|
| – Therapeutische Hilfe in der akuten Krise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Beratung über Behandlungsmöglichkeiten
(incl. Selbsthilfe) (= Netzwerkberatung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – längerfristige ambulante Betreuung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Verordnung von Medikamenten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Absetzen/Verändern von Medikamenten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Praktische Hilfe zur Unterstützung
in sozialen Fragen (z.B. bei Arbeitsuche) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Aufnahmewunsch in Klinik allg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Aufnahmewunsch in Krisenstation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Aufnahme in Tagesklinik (Krisenplatz) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vermeidung stationärer Behandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Bescheinigung über psych. Erkrankung
für andere Anliegen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Diffuser Hilfebedarf/Verbesserung des
Zustandes allgemein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vermeidung unangenehmer Konsequenzen
bei Nichtbehandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte hier den Filter beachten!

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| * – Überbrückende Maßnahmen, z.B. wegen Abwesenheit
des Behandlers, aber <i>keine</i> Krisenbehandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * – Aufnahme in Tagesklinik zur Langzeitbehandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * – Aufnahme in Langzeitambulanz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Sonstiges
- und zwar
- Kein eigenes Anliegen erkennbar

* Filter: Wenn in Frage 11 *nur*

- Überbrückende Maßnahmen ...
 - Aufnahme in Tagesklinik zur Langzeitbehandlung
 - Aufnahme in Langzeitambulanz ...
- weiter mit Frage 14!

11a. Bei Fremdanliegen: Von wem geht das Fremdanliegen aus?

- Angehörige Justiz (Therapieaufgabe)
- prof. Betreuer/Einweisender Arzt Polizei
- Andere und zwar:

12. Rechtsgrundlage bei Eintritt ins Atriumhaus (d.h. schon vor Aufnahme veranlasst)

- ohne formelle Rechtsgrundlage nach BGB
- nach Bayer. UG strafrechtlich
- Sonstiges und zwar:
- Unbekannt/unklar

13. War Klient/-in einem der Aufnehmenden bereits vor dem Gespräch bekannt?

- persönlich durch telefonischen Kontakt
- durch Informationsübergabe über Dritte:
- (mündlich/schriftlich)
- innerhalb der Einrichtung außerhalb der Einrichtung nein

Sozialanamnese

14. Wohnsituation (1. Wohnsitz):

- Privatwohnung, möbliertes Zimmer, auch Wohngemeinschaft
- betreutes Wohnen (Einzel u. WG)
- therapeutisches/psychiatr. Heim, Übergangs-/Wohnheim/Nachtklinik
- sonstiges nicht-therapeutisches Heim, z.B. Studentenwohnheim
- ohne festen Wohnsitz (nicht obdachlos)
- ohne festen Wohnsitz (obdachlos)
- Sonstiges und zwar:
- Unbekannt/unklar

15. Lebt zusammen mit (vor Aufnahme) (Mehrfachnennungen)

- allein in Privatwohnung in Institution oder betreutem Wohnen
- Eltern(teil) (Ehe-)Partner
- Kind(ern) Schwester/Bruder

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| anderen Verwandten | <input type="checkbox"/> | Bekanntem, Wohngemeinschl. o.Ä. | <input type="checkbox"/> |
| ohne festen Wohnsitz | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | <input type="checkbox"/> |
| und zwar: | | | |
| Unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> | | |

16. Höchster erreichter Schulabschluss

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| kein Abschluss | <input type="checkbox"/> | Sonderschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> | Mittlere Reife/Polytechnische Oberschule | <input type="checkbox"/> |
| (Fach-)Abitur | <input type="checkbox"/> | Unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> |

17. Höchster erreichter Berufsabschluss/höchste erreichte Berufsausbildung

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| keine Ausbildung bzw. nur angelernt | <input type="checkbox"/> | Lehre | <input type="checkbox"/> |
| Ausbildung begonnen, aber keine beendet | <input type="checkbox"/> | (Fach-)Hochschule | <input type="checkbox"/> |
| Fach-/Meisterschule | <input type="checkbox"/> | Unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> |

18. Jetzige berufliche Situation

- | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| berufstätig, Vollzeit | <input type="checkbox"/> | berufstätig, Teilzeit | <input type="checkbox"/> |
| berufstätig, gelegentlich | <input type="checkbox"/> | mithelfender Familienangehöriger | <input type="checkbox"/> |
| Hausfrau/-mann, nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> | Ausbildung, Umschulung | <input type="checkbox"/> |
| Wehr-/Zivildienst/FSJ | <input type="checkbox"/> | beschützt beschäftigt | <input type="checkbox"/> |
| arbeitslos gemeldet | <input type="checkbox"/> | | |
| Erwerbsunfähigkeits-/Berufsunfähigkeitsrente, Rentenverfahren, Frührente | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Altersrente/Pension/Witwen(r)-Rente | <input type="checkbox"/> | | |
| anderweitig ohne berufliche Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | | |
| Unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> | | |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | | |
| und zwar: | | | |

18a. Ist Patient/-in derzeit krankgeschrieben?

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Nein | <input type="checkbox"/> | Ja, kürzer als 6 Wochen | <input type="checkbox"/> |
| 6 Wochen bis unter 6 Monate | <input type="checkbox"/> | 6 Monate bis unter 1 Jahr | <input type="checkbox"/> |
| 1 Jahr und mehr | <input type="checkbox"/> | Unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> |

19. Derzeitiger Unterhalt des/der Klient/-in

- | | |
|---|--------------------------|
| voll durch eigenes Einkommen (auch Arbeitslosengeld/-hilfe, Altersrente, Stipendium, Krankengeld, Hausfrauenfunktion) | <input type="checkbox"/> |
| voll durch Fremdaufkommen (Verwandte, Sozialhilfe, Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente) | <input type="checkbox"/> |
| teilweise durch eigenes Aufkommen, teilweise durch Fremdeinkommen | <input type="checkbox"/> |
| derzeit ohne finanzielle Einkünfte oder Rücklagen | <input type="checkbox"/> |
| Unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> |

- * Filter: Wenn in Frage 11 *nur*
 – Überbrückende Maßnahmen ...
 – Aufnahme in Tagesklinik zur Langzeitbehandlung
 – Aufnahme in Langzeitambulanz ...
 weiter mit Frage 39!

Allgemeine Krankheitsvorgeschichte und Vorbehandlung

20. Jahr der ersten (teil-)stationären psychiatr./psychosomat./psycho-therapeut. Behandlung überhaupt

- Keine → Frage 24
 Jahr bekannt und zwar:
 Jahr unklar
 Unbekannt/unklar → Frage 24

21. Anzahl der früheren (teil-)stationären psychiatr./psychosomat./psycho-therapeut. Behandlungen (notfalls geschätzt)

- | | |
|--|---|
| 1 Aufenthalt <input type="checkbox"/> | 2 Aufenthalte <input type="checkbox"/> |
| 2 bis 5 Aufenthalte <input type="checkbox"/> | 6 bis 10 Aufenthalte <input type="checkbox"/> |
| mehr als 10 Aufenthalte <input type="checkbox"/> | Unbekannt/unklar <input type="checkbox"/> |

22. Zeitraum seit der letzten Entlassung aus (teil-)stationärer psychiatr./psychosomat./psychotherapeut. Behandlung

- | | |
|---|--|
| bis 1 Woche <input type="checkbox"/> | 1 bis unter 4 Wochen <input type="checkbox"/> |
| 1 Monat bis unter 3 Monate <input type="checkbox"/> | 3 Monate bis unter 6 Monate <input type="checkbox"/> |
| 6 Monate bis unter 1 Jahr <input type="checkbox"/> | 1 Jahr bis unter 5 Jahre <input type="checkbox"/> |
| über 5 Jahre <input type="checkbox"/> | Unbekannt/unklar <input type="checkbox"/> |

23. Kumulative Dauer der bisherigen(teil-)stationären psychiatr./psychosomat./psycho-therapeut. Behandlungen überhaupt (notfalls geschätzt)

- | | |
|--|---|
| bis unter 1 Monat <input type="checkbox"/> | 1 Monat bis unter 6 Monate <input type="checkbox"/> |
| 6 Monate bis unter 1 Jahr <input type="checkbox"/> | 1 Jahr bis 3 Jahre <input type="checkbox"/> |
| über 3 Jahre <input type="checkbox"/> | Unbekannt/unklar <input type="checkbox"/> |

24. Jahr der ersten ambulanten psychiatrischen Behandlung überhaupt (nicht psychosomat./psychotherapeut.)

- Keine → Frage 26
 Jahr bekannt und zwar:
 Jahr unklar
 Unbekannt/unklar → Frage 26

25. Zeitraum seit der letzten ambulanten psychiatrischen Beratung/Behandlung (nicht psychosomat./psychotherapeut.)

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| bis unter 1 Woche | <input type="checkbox"/> | 1 Woche bis unter 4 Wochen | <input type="checkbox"/> |
| 1 Monat bis unter 3 Monate | <input type="checkbox"/> | 3 Monate bis unter 6 Monate | <input type="checkbox"/> |
| 6 Monate bis unter 1 Jahr | <input type="checkbox"/> | 1 Jahr bis 5 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| über 5 Jahre | <input type="checkbox"/> | Unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> |

Behandlungsvorgeschichte

26. Vorbehandlung mit Psychopharmaka (Mehrfachnennungen) (Beide Spalten sind auszufüllen)

	Vor der jetzigen Krise (nicht die letzten 30 Tage)	im Rahmen der jetzigen Krise (max. die letzten 30 Tage)
Keine	<input type="checkbox"/> → → → → →	<input type="checkbox"/> → → Frage 29
nur Bedarfsmedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depot-Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clozapin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Tranquilizer/ Hypnotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lithium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carbamazepin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Antiepileptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiparkinsonmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Psychopharmaka und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unbekannt/unklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓	↓

27. Ist/war Klient/-in mit der Medikation zufrieden? (Mehrfachnennungen)

ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eher ja, trotz Nebenwirkungen oder nicht ausreichend positiver Wirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein, aufgrund von Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein, keine positive Wirkung spürbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unbekannt/unklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓	↓

28. Besteht der Verdacht, dass die jetzige Krise im Zusammenhang mit dem Absetzen oder einer Veränderung der Medikamenteneinnahme steht?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ja, auf ein Absetzen der Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ja, auf eine Veränderung der
Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. Befindet sich Klient/-in in psychotherapeutischer Behandlung?

- ja nein unbekannt/unklar

Aktuelles Krisengeschehen

30. Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krise aus Sicht des/der Klient/-in (geschätzt)

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| 1 Woche | <input type="checkbox"/> | 1 Woche bis unter 4 Wochen | <input type="checkbox"/> |
| 1 Monat bis unter 3 Monate | <input type="checkbox"/> | 3 Monate bis unter 6 Monate | <input type="checkbox"/> |
| über 6 Monate | <input type="checkbox"/> | Klient/-in kann Beginn nicht angeben | <input type="checkbox"/> |
| unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> | Klient/-in sieht keine Krise | <input type="checkbox"/> |

31. Art der zur Aufnahme führenden Krise nach Einschätzung des/der Therapeuten/-in:
Achtung keine Mehrfachnennung!

- erstmaliges Auftreten eines psychischen Problems/
einer psychiatrischen Erkrankung
- Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes
- krisenartige Zuspitzung beivorher chronischem Zustand
- Verschlechterung eines chronischen Zustandes
- Wiederauftreten eines ähnlichenfrüheren Zustandes
- deutliches Abweichen von früheren Zuständen
- unbekannt/unklar
- kein erhebliches psychisches Problem erkennbar

32. Jemals Suizidversuch?

- ja nein unbekannt/unklar

33. Suizidalität im Rahmen der jetzigen Krise (d.h. im direkten Vorfeld der jetzigen Aufnahme):

- | | | |
|-------------------------------|------------------|--------------------------|
| akut <input type="checkbox"/> | latent | <input type="checkbox"/> |
| nein <input type="checkbox"/> | unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> |

33a. Suizidversuch/Selbstverletzung im Rahmen der jetzigen Krise (d.h. im direkten Vorfeld – = max. 30 Tage – der jetzigen Aufnahme):

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| keiner | <input type="checkbox"/> | gefährlicher Suizidversuch | <input type="checkbox"/> |
| sonstiger Suizidversuch | <input type="checkbox"/> | vorsätzliche Selbstverletzung | <input type="checkbox"/> |
| ohne Suizidabsicht | <input type="checkbox"/> | unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> |

34. Fremdgefährdung im Rahmen der jetzigen Krise:

- akut latent
 nein unbekannt/unklar

Belastungen und Ressourcen

35. Welche sehr wichtigen bzw. wichtigen aktuellen und chronischen Belastungsfaktoren und welche Ressourcen wurden im Rahmen des therapeutischen Gesprächs thematisiert? (Mehrfachnennungen – nur wesentliche Bereiche ankreuzen)

	Chronische Belastungen		Aktuelle Belastungen/ Ressourcen			
			Veränderungen		Ressourcen	
	sehr wichtig	wichtig	sehr wichtig	wichtig	sehr wichtig	wichtig
Private Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziales Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit/Ausbildung/Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Materielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Entwicklung (Biografie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlichkeitsmerkmale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Erkrankung (außer Sucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht/Abusus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transkulturelle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatr./Psychother. Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und zwar:						

36. Wo wurden im Gespräch Unterschiede in der Sicht von Klient/-in und Therapeut/-in sichtbar? Mehrfachnennungen

- Bei den chronischen Belastungen
 Bei den aktuellen Belastungen
 Bei den Ressourcen
 Es gab keine unterschiedliche Sichtweise

Diagnostischer Status

37. Explorierbarkeit

- ja teilweise nein

38. Steht Klient/-in aktuell unter Suchtmittleinfluss?

Drogen/Medikamente:

nein Verdacht sicher

Alkohol:

nein Verdacht sicher

39. Aktuelle psychische Diagnosen:

Es liegt keine psychiatrische Diagnose vor

aufgrund der Umstände ist keine Diagnosestellung möglich

Diagnosen nach ICD 9

	Verdacht	sicher
1.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Diagnosen nach ICD 10

	Verdacht	sicher
1. F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Wenn das akute Zustandsbild nicht identisch ist mit einer vorbestehenden Grunderkrankung, dann sind die ersten drei Positionen für die *akuten Zustandsbilder* reserviert (Querschnittsdiagnose).

Die *zugrunde liegende Erkrankung* ist in die vierte und folgenden Stellen einzutragen (Längsschnittsdiagnose).

Aktuelle somatische/neurologische Diagnosen:

40. GAF-Wert:

* Filter: Wenn in Frage 11 *nur*

– Überbrückende Maßnahmen ...

– Aufnahme in Tagesklinik zur Langzeitbehandlung

– Aufnahme in Langzeitambulanz ...

weiter auf Seite 15 mit der Vernetzung!

Krisen-Intervention/Behandlung

41. Welche der folgenden Inhalte standen bei der Krisenberatung/-intervention im Vordergrund? (Mehrfachnennungen)

- Nur Dabeisein und/oder (aktives) Zuhören
 - Thematisierung der mit der Krise verbundenen Gefühle (Angst, Aggressivität, Schuldgefühle etc.)
 - Thematisierung des Krisenanlasses und/oder seiner Konsequenzen
 - Thematisierung von Strategien, mit denen frühere Krisen gelöst/bearbeitet wurden
 - Aufspüren von Ressourcen
 - Aktivierung von Eigeninitiative und Selbsthilfe
 - Realitätsbezug herstellen
 - Klärung der Erwartung des/der Klient/-in
 - Somatische Abklärung
 - Diagnostische Einschätzung
 - Beratung zu psychiatrischen Hilfsmöglichkeiten (incl. Psychopharmaka)
 - Beratung zu anderen medizinischen Hilfsmöglichkeiten
 - Beratung zu psychologischen bzw. psychotherapeutischen Hilfsmöglichkeiten
 - Beratung zu Hilfsmöglichkeiten bei materiellen Problemen
 - Gabe von Psychopharmaka
 - Eingriff zur Vermeidung von Selbstgefährdung
 - Eingriff zur Vermeidung von Fremdgefährdung
 - Vereinbarungen für die nächsten Stunden/Tage (kurzfristiger Krisenplan)
 - Vermittlung zwischen den an der Krise unmittelbar beteiligten Personen (z.B. Partner-, Generationskonflikt)
 - Telefonat mit anderen zur Klärung der Situation
 - Beratung von Dritten zusätzlich zur Hilfeleistung für die hilfsbedürftige Person
 - Sonstiges
- und zwar:

42. Was wurde außerdem veranlasst? (Mehrfachnennungen)

- Weiterer Termin in Krisenambulanz angeboten
- Weiterer Termin in Krisenambulanz vereinbart
- Psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung empfohlen
- Medikamente/Rezept mitgegeben (persönlich oder Begleiter)
- Termin zur organischen Abklärung veranlasst
- Weitervermittlung an eine andere ambulante Einrichtung angeboten
- Weitervermittlung an eine andere ambulante Einrichtung durchgeführt
- Überweisung ins BKH Haar oder in eine andere psychiatrische Station
- Überweisung in die Krisenstation im Atriumhaus
- Überweisung in die Tagklinik im Atriumhaus
- Rückverweisung an vorbehandelnde/vorbetreuende Personen/Einrichtungen
- ohne persönlichen Kontakt
- mit persönlichem Kontakt (auch telefonisch)

Sonstiges
und zwar:

43. Nur wenn Termin in Krisenambulanz vereinbart:

geplante Therapiedauer:

bis 1 Woche bis 3 Wochen

länger als 3 Wochen, aber mit geplantem Ende völlig offen

geplante Therapieeinheiten:

bis 3 Termine bis 6 Termine

länger als 6 Termine, aber mit fester Terminanzahl völlig offen

Behandlungsziel (Mehrfachnennungen)

psychotherap. Kurzbehandlung

Anbehandlung mit Psychopharmaka

Überbrückung und/oder Weitervermittlung
in eine weiterführende therapeutische Behandlung

44. Gibt es eine gemeinsame Sicht von Klient/-in und Therapeut/-in hinsichtlich der vorgesehenen Schritte?

ja ja, diese konnte im Laufe der Beratung hergestellt werden

nein

Vernetzung	Veranlassung	Begleitung
Patient selbst	<input type="checkbox"/>	
Angehörige/Freunde/Bekannte/Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergelassene Ärzte und Psychologen		
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergelassener Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologe/niedergelassener Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notdienste		
Nervenärztlicher Notdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettungsleitstelle/Rettungsdienst/Feuerwehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulanzen		
BKH Haar zentrale Aufnahme/Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langzeitambulanz Atriumhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere psychiatrische Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und zwar:		
Nichtpsychiatrische Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kliniken		
BKH Haar stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krisenstation Atriumhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere psychiatrische Klinik/Abteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vernetzung	Veranlassung	Begleitung
und zwar:		
Psychosomatische Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesklinik Atriumhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Tagesklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und zwar:		
Nichtpsychiatrisches Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstellen und Dienste		
Sozialpsychiatrischer Dienst SPDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Sozialdienste ASD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonseelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und zwar:		
Selbsthilfegruppen		
und zwar:		
Komplementäre Einrichtungen		
Therapeutisches Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsrehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesstätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ämter/Behörden/Personen mit rechtlicher Funktion		
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polizei, Landratsamt, Ordnungsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewährungshelfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechtlicher Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige		
und zwar:		
Keine		
Unbekannt/Unklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Filter: Hier endet der Fragebogen für Langzeitpatienten/-innen!

Vernetzung	Frühere Behandlung/ Betreuung	Aktuelle Vorbehand./ Betreuung max. 30 Tage	Weiterver- weisung empfohlen	Weiterver- weisung veranlasst
Niedergelassene Ärzte und Psychologen				
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergelassener Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologe/niedergelassener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vernetzung	Frühere Behandlung/ Betreuung	Aktuelle Vorbehand./ Betreuung max. 30 Tage	Weiterver- weisung empfohlen	Weiterver- weisung veranlasst
Ambulanzen				
BKH Haar zentrale Aufnahme/Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krisenambulanz Atriumhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langzeitambulanz Atriumhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere psychiatrische Ambulanz und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtpsychiatrische Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kliniken				
BKH Haar stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krisenstation Atriumhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere psychiatrische Klinik/ Abteilung und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesklinik Atriumhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Tagesklinik und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtpsychiatrisches Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstellen und Dienste				
Sozialpsychiatrischer Dienst SPDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Sozialdienste ASD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonseelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Beratungsstelle und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen und zwar:				
Komplementäre Einrichtungen				
Therapeutisches Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsrehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesstätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ämter/Behörden/Personen mit rechtlicher Funktion				
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewährungshelfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechtlicher Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbekannt/Unklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entlassung

45. Entlassungsart

- reguläre Entlassung/Verlegung
- Abbruch des Gesprächs durch den/die Klienten/-in
- Beendigung des Gesprächs wegen mangelnder Motivation/Kooperation
- Sonstiges
- und zwar:
- unbekannt/unklar

46. Falls stationäre Aufnahme *außerhalb* des Hauses initiiert wird, Grund angeben, warum keine Aufnahme auf Krisenstation (Mehrfachnennungen möglich)

- | | ohne formelle
Rechtsgrundlage | UG | BGB |
|--|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| grundlageaktuelle Selbstgefährdung, wenn ja: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| aktuelle Fremdgefährdung, wenn ja: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Komplikationen aufgrund von (Verdachts-)Diagnosen erwartet | <input type="checkbox"/> | | |
| somatische Behandlungsbedürftigkeit/Intoxikation | <input type="checkbox"/> | | |
| voraussichtliche Behandlungsdauer über zehn Tage | <input type="checkbox"/> | | |
| kein Bett frei | <input type="checkbox"/> | | |
| auf Wunsch des Patienten | <input type="checkbox"/> | | |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | | |
| und zwar: | | | |

Beurteilung

47. Ihre Einschätzung der Dringlichkeit der Konsultation

hoch mittel gering

Hoch: Erreichbarkeit der Einrichtung/des Dienstes noch am selben Tag war wesentlich/wäre wesentlich gewesen zur Entschärfung der Krisensituation.

Mittel: Die Erreichbarkeit der Einrichtung/des Dienstes innerhalb der nächsten 2–3 Tage ist/war/wäre ausreichend zur Entschärfung der Krisensituation gewesen.

Gering: Die Konsultation wäre ohne Schaden für den Klienten/die Klientin auch innerhalb von 14 Tagen möglich gewesen, auch wenn dieser/diese einen sofortigen Handlungsbedarf gesehen hat (z.B. wenn eine langfristige Betreuung an anderer Stelle in ausreichendem Maß gegeben ist).

48. Gab es Störungen der Gesprächsatmosphäre während der Krisenintervention?

Ja und zwar

- Zeitdruck
- Unterbrechungen durch Telefon
- für die Behandlung wichtiger Mitarbeiter war nicht erreichbar

Sonstiges

und zwar:

Nein, keine Störungen

49. Zusammenfassende Stellungnahme zum Procedere: Was hätte in diesem konkreten Fall verändert/verbessert werden können/sollen? (Mehrfachnenn.)

Möglichkeit einer Intervention vor Ort

Koordination/Vernetzung mit anderen Diensten:

– bei der Zuweisung

– bei der Weiterverweisung

Möglichkeit zur raschen Begleitung bei notwendiger Verlegung

kürzere Wartezeit für Krisenerstberatg.

kürzere Wartezeit für Weiterbehandlung und Betreuung

Sonstiges

und zwar:

Nichts, alles in Ordnung

50. Aufgrund der Umstände innerhalb des Krisengesprächs wurden im Fragebogen vermehrt *Fremdbeurteilungen* dokumentiert, wo Selbstangaben Grundlage der Einschätzung sein sollten

ja nein

51. Dieser Fragebogen ist

vollständig ausgefüllt

nicht vollständig ausgefüllt

weil:

Fragebogen zur Primärerhebung Version Telefonseelsorgen

Dokumentation des Bedarfs an Krisenintervention für Klient/-innen aus dem Sektor Süd

Durchgeführt im Rahmen des Modellverbundes
Psychiatrie des Bundesministeriums für Gesundheit von:
LMU München und Wissenschaftlicher
Begleitforschung Atriumhaus
Bavariastr. 11

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
Petra Stockdreher Tel.: 089 / 76 78 54
Rita Danner Tel.: 089 / 76 78 55
80336 München

Krise ist für die durchzuführende Untersuchung folgendermaßen definiert:
Seelische Ausnahmezustände, bei denen die Betroffenen inneren oder äußeren Belastungen so stark ausgesetzt sind, dass die üblichen Bewältigungsformen nicht mehr ausreichen und ihnen bzw. ihren Angehörigen unmittelbare professionelle Hilfe innerhalb von 24 Stunden notwendig erscheint und sie aus diesem Grunde aktiv werden. Die aus dieser Krisenerstberatung resultierenden Maßnahmen müssen dagegen nicht binnen 24 Stunden stattfinden.

Ausgeschlossen aus der Untersuchung werden Krisen, die im Rahmen einer laufenden Behandlung in Ihrer Einrichtung auftreten und innerhalb des dafür vorgesehenen Settings aufgefangen werden können. Ebenfalls ausgeschlossen werden Krisen, die den Betroffenen als Motivation dienen, sich mittelfristig in eine Beratung bzw. Therapie zu begeben.

Diese Krisendefinition entspricht im somatischen Bereich z.B. einem akut auftretenden Zahnschmerz, bei welchem der/die Betroffene sofortige Behandlung benötigt.

1. Kontaktdatum: Tag _____ Monat _____ 1996

2. Kontaktzeit: Beginn _____ : _____ Uhr Ende: _____ : _____ Uhr

3. Sektor: Süd → Frage 5
 Ohne festen Wohnsitz → Frage 5
 Klient/-in will anonym bleiben → Frage 5
 restliches Stadtgebiet → Ende
 Außerhalb → Ende
 Bei Unklarheit bitte Straßenverzeichnis zu Rate ziehen.

Frage 4 entfällt!

5. Herstellen des Kontaktes durch (Mehrfachnennung möglich)

Betroffene/n selbst

Fremdkontakt durch:

Angehörige/Nachbarn/Bekannte

Andere und zwar:

6. Geäußertes Anliegen des/der Kontaktsuchenden: (Mehrfachnennungen möglich)

Aussprachemöglichkeit

Beratung über Behandlungsmöglichkeiten (incl. Selbsthilfe)

Bitte um Hilfe vor Ort

Diffuser Hilfebedarf

Anderes und zwar:

Unbekannt/unklar

7. Geschlecht: Männlich Weiblich

8. Alter:

Unter 18 Jahre 18 bis 35 Jahre 36 bis 50 Jahre

51 bis 65 Jahre Über 65 Jahre Unbekannt/unklar

9. Staatsangehörigkeit/Nationalität:

Deutsch → Frage 12

Andere und zwar:

10. Sprache:

Deutsch → Frage 12

Andere Muttersprache, schlechtes Deutsch

Frage 11 entfällt!

12. War Klient/-in der Einrichtung bereits vor dem Gespräch bekannt?

Ja Nein Unbekannt/unklar

13. Derzeitiger Unterhalt:

Eigenes Einkommen Abhängig vom Einkommen anderer

Teilweise eigenes Einkommen Kein eigenes Einkommen

Unbekannt/unklar

14. Wohnsituation (1. Wohnsitz):

Allein in Privatwohnung Zusammenlebend in Privatwohnung

Ohne festen Wohnsitz Betreutes Wohnen

Sonstiges und zwar:

Unbekannt/unklar

15. Jetzige berufliche Situation:

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Berufstätig (Vollzeit/Teilzeit) | <input type="checkbox"/> | Rentner/-in (incl. EU-/BU-Rente) | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitslos | <input type="checkbox"/> | In Ausbildung | <input type="checkbox"/> |
| Hausfrau/Hausmann | <input type="checkbox"/> | nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> |
| Beschützt beschäftigt | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | <input type="checkbox"/> |
| und zwar: | | Unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> |

16. Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krise aus der Sicht des/r Kontaktsuchenden

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Bis unter 1 Woche | <input type="checkbox"/> | 1 bis unter 4 Wochen | <input type="checkbox"/> |
| 1 bis unter 3 Monate | <input type="checkbox"/> | 3 bis unter 6 Monate | <input type="checkbox"/> |
| Mehr als 6 Monate | <input type="checkbox"/> | Klient/-in kann Beginn nicht angeben | <input type="checkbox"/> |
| Unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> | | |

17. Krisenart, die zur Kontaktaufnahme führt:

- Erstmaliges Auftreten eines psychischen Problems/einer psychiatrischen Erkrankung
- Fortdauer oder Wiederauftreten eines früheren Zustandes
- Sonstiges und zwar:
- Unbekannt/unklar

18. Suizidversuch/Selbstverletzung im Rahmen dieser Krise:

- Ja Nein

19. Fremdgefährdung im Rahmen dieser Krise:

- Ja Nein

20. Steht Klient/-in unter Suchtmittleinfluss?

Drogen/Medikamente:

- Nein Verdacht Sicher

Alkohol:

- Nein Verdacht Sicher

21. Klient/-in hat (Mehrfachnennungen möglich)

- | | Verdacht | sicher |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Psychose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Persönlichkeitsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychosoziale Krise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| und zwar: | | |
| Unbekannt/unklar | <input type="checkbox"/> | |

Die Fragen 22–24 entfallen!

25. Art der eingeleiteten Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)

- Keine
- Weiterführender Termin innerhalb der Einrichtung vereinbart
- andere Einrichtung empfohlen
- Rückverweisung an vorbehandelnde/vorbetreuende Person/Einrichtung
- Sonstiges
- und zwar:

26. Ihre Einschätzung der Dringlichkeit der Konsultation (bitte Manual beachten)

- Hoch Mittel Gering

27. Zusammenfassende Stellungnahme zum Procedere: Was hätte in diesem konkreten Fall verändert/verbessert werden können/sollen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Koordination/Vernetzung mit anderen Diensten
- Möglichkeit einer Intervention vor Ort
- Verfügbarkeit eines Krisenbettes
- Kürzere Wartezeit für Krisenerstberatung
- Kürzere Wartezeit für Weiterbehandlung und Betreuung
- Sonstiges
- und zwar:
- Nichts, alles in Ordnung

Die Fragen 28 und 29 entfallen!

Bitte notieren Sie bei Bedarf an dieser Stelle eventuelle Probleme und Anmerkungen:

Achtung: Bitte vergessen Sie nicht, auch die folgende Seite auszufüllen!

Vernetzung	Veranlassung Durch wen wurde Klient/-in vermittelt	Aktuelle Vorbehand./ Betreuung	Weiterver- weisung empfohlen
Klient/-in selbst	<input type="checkbox"/>		
Angehörige/Freunde/Bekannte/Nachbarn	<input type="checkbox"/>		
Niedergelassene Ärzte und Psychologen			
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergelassener Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologe/niedergelassener Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notdienste			
Nervenärztlicher Notdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Feuerwehr	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ambulanzen			
Ambulanz Atriumhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vernetzung	Veranlassung Durch wen wurde Klient/-in vermittelt	Aktuelle Vorbehand./ Betreuung	Weiterver- weisung empfohlen
Andere psychiatrische Ambulanz und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtpsychiatrische Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kliniken			
BKH Haar stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krisenstation Atriumhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere psychiatrische Klinik/Abteilung und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesklinik Atriumhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Tagesklinik und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtpsychiatrisches Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstellen und Dienste			
Sozialpsychiatrischer Dienst SPDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Sozialdienste ASD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonseelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Beratungsstelle und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen und zwar:			
Komplementäre Einrichtungen			
Therapeutisches Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsrehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesstätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ämter/Behörden/Personen mit rechtlicher Funktion			
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polizei, Landratsamt, Ordnungsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewährungshelfer rechtlicher Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbekannt/Unklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manual zum Fragebogen Version Telefonseelsorgen

Dokumentation des Bedarfs an Krisenintervention für Klient/-innen aus dem Sektor Süd – August 1996

Durchgeführt im Rahmen des Modellverbundes
Psychiatrie des Bundesministeriums für Gesundheit von:
LMU München und Wissenschaftlicher
Begleitforschung Atriumhaus
Bavariastr. 11

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
Petra Stockdreher Tel.: 089 / 76 78 54
Rita Danner Tel.: 089 / 76 78 55
80336 München

Allgemeine Hinweise zum Fragebogen:

Der Fragebogen ist für jeden Klienten/jede Klientin, der/die sich in einer seelischen Krise an eine der in die Erhebung einbezogenen Einrichtungen wendet, zu bearbeiten.

Der *vollständige Bogen* ist in den folgenden Fällen auszufüllen:

- Klient/-in kommt aus dem Sektor Süd
- Klient/-in will anonym bleiben
- Klient/-in verfügt über keinen festen Wohnsitz

Sind die Klient/-innen aus dem restlichen Stadtgebiet Münchens, kommen sie von außerhalb oder ist ihr Wohnsitz unbekannt/unklar, dann sind nur die ersten drei Fragen des Fragebogens zu beantworten.

Krise ist für die durchzuführende Untersuchung folgendermaßen definiert: Seelische Ausnahmezustände, bei denen die Betroffenen inneren oder äußeren Belastungen so stark ausgesetzt sind, dass die üblichen Bewältigungsformen nicht mehr ausreichen und ihnen bzw. ihren Angehörigen unmittelbare professionelle Hilfe innerhalb von 24 Stunden notwendig erscheint und sie aus diesem Grunde aktiv werden. Die aus dieser Krisenerstberatung resultierenden Maßnahmen müssen dagegen nicht binnen 24 Stunden stattfinden.

Ausgeschlossen aus der Untersuchung werden die Krisen, die im Rahmen einer laufenden Behandlung in Ihrer Einrichtung auftreten und innerhalb des dafür vorgesehenen Settings aufgefangen werden können. Ebenfalls ausgeschlossen werden Krisen, die den Betroffenen als Motivation dienen, sich mittelfristig in eine Beratung bzw. eine Therapie zu begeben.

Wir setzen bei dieser Definition an der Sicht bzw. der Einschätzung der Be-

troffenen an. Es kann deshalb durchaus der Fall eintreten, dass die Einschätzungen der Betroffenen und der Berater/-innen hinsichtlich der Dringlichkeit der Krise bzw. der notwendigen Intervention auseinander fallen und aus Sicht der Beratenden eine Krise nicht vorliegt.

Die im Fragebogen gestellten Fragen beziehen sich auf die Betroffenen, die sich aufgrund einer seelischen Krise im oben genannten Sinne selbst oder derentwegen sich andere Personen (Angehörige, Freunde) an Ihre Einrichtung wenden. Bitte beantworten Sie im Fragebogen alle personengebundenen Aussagen (z.B. Alter, derzeitiger Unterhalt, Krisenort) nur über die Betroffenen selbst – auch wenn sie nicht mit diesen persönlich sprechen. Machen Sie in den Fällen, in denen der Klient/die Klientin nicht selbst mit Ihrer Einrichtung Kontakt aufgenommen hat, Angaben zu den kontaktsuchenden Personen bzw. deren Einschätzungen nur dann, wenn sie explizit gebeten werden, Aussagen über die Kontaktsuchenden zu machen. Sind Informationen nicht in die im Fragebogen enthaltenen Antwortkategorien einzutragen oder bestehen Unsicherheiten, so nutzen Sie bitte auch in Zweifelsfällen die Möglichkeit zu offenen Nennungen in den hierfür vorgesehenen Feldern. Diese werden von uns im Nachhinein vercodet und in die Auswertung in vollem Ausmaße mit einbezogen.

1 Kontaktdatum: Beispiel: 07. Tag 02. Monat 1996

2 Kontaktzeit/Beginn–Ende: Beispiel: Beginn: 09.05 Uhr Ende: 09.15 Uhr

3 Sektor: Ob der Klient/die Klientin im Sektor Süd wohnhaft ist, sollte, wenn in der Einrichtung keine Personalien aufgenommen werden, im Laufe des Beratungsgesprächs in Erfahrung gebracht werden. Bei den Stellen, die grundsätzlich anonyme Beratungen anbieten, scheint es nach mehreren Rücksprachen mit den Mitarbeiter/-innen dieser Beratungsstellen möglich, zu erfahren, ob die Klient/-innen im Sektor wohnhaft sind oder ob sie explizit anonym bleiben wollen. Die Grenzen des Sektors sind dem beiliegenden Plan oder dem Straßenverzeichnis zu entnehmen. Der Sektor Süd umfasst die Stadtteile: Altstadt, Forstenried, Fürstenried, Hadern, Isar-Vorstadt, Laim, Lehel, Ludwig-Vorstadt, Obersendling, Schwanthalerhöhe, Sendling, Solln, Thalkirchen, Westpark. Folgende Postleitzahlen liegen im Sektor: 80331, 80333, 80336, 80337, 80339, 80469, 80538, 80539, 80686, 80687, 80689, 81369, 81371, 81373, 81375, 81377, 81379, 81475, 81476, 81477, 81479. Achtung bei den Postleitzahlen: 80333, 80538, 80539, 80689: diese liegen nur teilweise im Sektor Süd und umfassen auch Straßen aus den anderen Sektoren. Ist der Klient/die Klientin im *restlichen Stadtgebiet, außerhalb* wohnhaft, so kreuzen Sie bitte *restliches Stadtgebiet* oder *außerhalb* an. Ist der Wohnort des Klienten/der Klientin unbekannt/unklar, so kreuzen Sie bitte *unbekannt/unklar* an. In diesen Fällen ist die Befragung mit der Beantwortung dieser Frage beendet. Stellen Sie bei der Beratung/Intervention fest, dass der Klient/die Klientin *ohne festen Wohnsitz* ist oder dass der Klient/die Klientin die Beratung nur unter den Voraussetzungen der *Anonymität* wahrnehmen kann bzw.

will, dann kreuzen Sie bitte Klient/-in will anonym bleiben oder ohne festen Wohnsitz an und beantworten Sie bitte den gesamten Fragebogen.

5 Herstellen des Kontaktes durch: Nicht immer nimmt der/die Betroffene selbst Kontakt auf. Sind dies andere Personen, so kreuzen Sie diese an. Sind es beide, so benutzen Sie beide Felder.

6 Geäußertes Anliegen des/r Kontaktsuchenden: Bei dieser Frage geht es um tatsächlich geäußerte und vorgetragene Anliegen. *Eigenanliegen* werden vom Klienten geäußert. Bitte nennen Sie alle vorgetragenen Anliegen. Sind die vorgegebenen Kategorien nicht passend, verwenden Sie bitte die Möglichkeit, das Anliegen offen zu nennen.

8 Alter: Hier bitte eine Schätzung vornehmen, sofern das Alter nicht explizit erfragt werden kann.

9 Staatsangehörigkeit/Nationalität: Wenn eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit besteht, ist dies unter andere anzukreuzen und dann die genannte oder vermutete Nationalität zu nennen.

10 Sprache: Hier sollen die deutschen Sprachkenntnisse des Klienten/der Klientin erfasst werden, unabhängig von seiner/ihrer Staatsangehörigkeit. *Deutsch:* Verständigung auf Deutsch ist problemlos möglich (auch wenn die Aussprache oder die Grammatik mangelhaft ist). *Andere Muttersprache, schlechtes Deutsch:* ist anzukreuzen, wenn ein notwendiges beratendes oder therapeutisches Gespräch aufgrund von mangelnden deutschen Sprachkenntnissen nicht auf deutsch geführt werden konnte.

12 War Klient/-in der Einrichtung bereits vor dem Gespräch bekannt? Wenn Informationen z.B. durch Mitarbeiter/-innen der Einrichtung vermittelt wurden, oder der Klient/die Klientin Ihnen bereits durch mehrfache Anrufe bekannt ist, so kreuzen Sie Ja an. Die Fragen 13–16 beantworten, sofern Sie die Informationen im Laufe des Gespräches erhalten.

13 Derzeitiger Unterhalt: Hier wird angegeben, wie der Lebensunterhalt des Klienten/der Klientin im letzten Quartal vor dem Kontakt bestritten wurde. Unterhalt durch *Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe* oder *Sozialhilfe* wird der Ausprägung Eigenes Einkommen zugeordnet.

14 Wohnsituation (1. Wohnsitz): Hier ist der Hauptwohnsitz des Klienten/der Klientin (= sozialer und beruflicher Lebensmittelpunkt) zu nennen, an dem der Klient/die Klientin in der Regel polizeilich gemeldet ist. Wenn der 1. Wohnsitz nicht der Lebensmittelpunkt ist, dann den Lebensmittelpunkt angeben. *Ohne festen Wohnsitz:* bedeutet, dass der Klient/die Klientin auf der Straße lebt, bedeutet aber auch, dass er/sie z.B. in einer Obdachloseneinrichtung wohnt bzw. bei Freunden u.Ä. (z.B. bei Wohnungslosigkeit) lebt. *Bei einer gemischten Wohnsituation* z.B. betreutes Wohnen während der Woche und Wohnen bei den Eltern am Wochenende, ist *die bestimmendere Wohnform anzugeben*. In diesem Beispiel also Betreutes Wohnen.

15 Jetzige berufliche Situation: Berufstätig sind Personen, die in einem rechtlich gesicherten Arbeitsverhältnis stehen oder selbstständig beschäftigt sind. Auch Klient/-innen, die Krankengeld beziehen, sind in diesem Sinne berufstätig. Wurde eine Rente beantragt, dann Rentner/-in (incl. EU-/BU-Rente) codieren.

16 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krise aus der Sicht des/r Kontaktsuchenden: Zeitraum seit *Auftreten der ersten Symptome* der jetzt zur Konsultation führenden Krise auch wenn Symptome zunächst nicht gesehen wurden. *In diesen Zeitraum können auch frühere stationäre Aufenthalte wegen derselben Krise fallen.* In dieser Frage soll die vom Klienten angegebene (wenn man nicht mit dem Klienten/der Klientin selbst gesprochen hat, dann von der/dem Kontaktsuchenden) Zeitspanne erfasst werden, die er/sie selbst der Entwicklung der Krise bis zum Termin zur Krisenintervention zuordnet. Da nur bei einer bestimmten Art von Notfall davon auszugehen ist, dass es keine Vorgeschichte einer Krise gibt, ist diese Angabe von Interesse.

21 Klient/-in hat: Die folgenden Beschreibungen sind dem ICD 9 entnommen (Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, 5. Aufl. Springer-Verlag 1980): *Psychose:* »... Psychiatrische Erkrankungen, in denen die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ein so großes Ausmaß erreicht hat, dass dadurch Einsicht und Fähigkeit, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen oder der Realitätsbezug erheblich gestört sind ...«; *Neurose:* »... Psychische Störungen ohne jede nachweisbare organische Grundlage, in denen der Patient beträchtliche Einsicht und ungestörte Realitätswahrnehmung haben kann und im Allgemeinen seine krankhaften subjektiven Erfahrungen und Fantasien nicht mit der äußeren Realität verwechselt. Das Verhalten kann stark beeinträchtigt sein, obwohl es im Allgemeinen innerhalb sozial akzeptierter Grenzen bleibt, aber die Persönlichkeit bleibt erhalten. Die wesentlichen Symptome umfassen: ausgeprägte Angst, hysterische Symptome, Phobien, Zwangssymptome und Depression ...«; *Persönlichkeitsstörung:* »... Personen mit tief verwurzeltm Fehlverhalten, das im Allgemeinen zur Zeit der Adoleszenz oder früher erkennbar wird, die meiste Zeit während des Erwachsenenalters besteht, obwohl es häufig im mittleren und höheren Lebensalter deutlich wird. Die Persönlichkeit ist abnorm entweder hinsichtlich der Ausgeglichenheit ihrer Komponenten, deren Qualität und Ausdrucksform oder hinsichtlich des Gesamtbildes. Unter dieser Abnormität oder Psychopathie leidet der Patient, oder andere haben darunter zu leiden, und es ergeben sich nachteilige Folgen für das Individuum oder die Gesellschaft. Hierzu gehören auch sog. Psychopathien ...«; *Suchterkrankung:* »... Psychischer und manchmal auch körperlicher Zustand, der durch Suchtmittel entsteht und durch Verhaltensweisen und andere Reaktionen charakterisiert ist, die den Drang/Zwang einschließen jene Suchtmittel ständig oder zeitweise einzunehmen um die psychischen Wirkungen zu erfahren/zu erleben ...«; *Psychosoziale Krise:* »... krisenhafte Situationen, die bei Personen, die an sich seelisch gesund

sind, in Folge eines von außen einwirkenden sehr schwer belastenden Ereignisses oder Erlebnisses (häufig Verlusterlebnisse) auftreten und zu deren Bewältigung die vorhandenen Ressourcen aber nicht ausreichend waren.« (vgl. Katschnig, 1986)

25 Art der eingeleiteten Maßnahmen: Fragt nach den Vereinbarungen die über die Krisenintervention hinausreichen. Bitte nutzen Sie auch hier, wenn die Vorgaben nicht zutreffen, die Möglichkeit, unter Sonstiges die getroffenen Vereinbarungen darzulegen.

26 Ihre Einschätzung der Dringlichkeit der Konsultation: *Hier soll eine Einschätzung aus Sicht des Beraters/der Beraterin erfolgen!* Hoch: Erreichbarkeit der Einrichtung/des Dienstes noch am selben Tag war wesentlich/wäre wesentlich gewesen zur Entschärfung der Krisensituation. Mittel: Die Erreichbarkeit der Einrichtung/des Dienstes innerhalb der nächsten zwei bis drei Tage ist/war/wäre ausreichend zur Entschärfung der Krisensituation gewesen. Gering: Die Konsultation wäre ohne Schaden für den Klienten/die Klientin auch innerhalb von 14 Tagen möglich gewesen, auch wenn dieser/diese einen sofortigen Handlungsbedarf gesehen hat (z.B. wenn eine langfristige Betreuung an anderer Stelle in ausreichendem Maß gegeben ist).

27 Zusammenfassende Stellungnahme zum Procedere: Nutzen Sie bitte auch die Möglichkeiten für offene Nennungen. V1 bis V3 Vernetzung (Mehrfachnennungen möglich): Zu folgenden Vernetzungsdimensionen sind Angaben zu machen: V1) *Veranlassung:* Hierunter fallen all die Personen und/oder Einrichtungen, die den Klienten/die Klientin informiert oder unterstützt haben, sich an die jeweilige Einrichtung zu wenden. V2) *Aktuelle Vorbehandlung/Betreuung:* Hier sollen all die Personen und/oder Institutionen eingetragen werden, bei denen die KlientInnen innerhalb der aktuellen Krise, max. aber in den letzten 30 Tagen zur Behandlung oder Beratung waren. V3) *Weiterverweisung – empfohlen –:* Hier sollen all die Personen und/oder Institutionen eingetragen werden, die zur weiteren Betreuung bzw. Behandlung der Krise empfohlen worden sind. Nicht eingetragen werden sollen allgemeine oder längerfristige Empfehlungen. Wenn es sich um Einrichtungen handelt, die nicht namentlich vorgegeben sind, dann geben Sie bitte *in den Textfeldern* die im Einzugsbereich München liegenden Personen, Dienste oder Einrichtungen (Mehrfachnennungen) im Klartext an.