

Medizinische Fakultät
Universität Ulm

**Inanspruchnahme, Ergebnisse und
Zufriedenheitsbeurteilung
eines ambulanten psychiatrischen
Krisenhilfeangebots**

Untersuchung am Beispiel des
Krisendienstes Psychiatrie München (KPM)

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Claudia Fischer

Ulm

2016

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Reinhold Kilian

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Peter Brieger

Tag der Promotion: 12. Mai 2017

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung.....	1
1.1 Psychische und psychiatrische Krisen	2
1.2 Krisenhilfe als Teil des psychiatrischen Versorgungssystems	4
1.3 Krisendienst Psychiatrie München	9
1.4 Forschungsvorhaben und Hypothesen.....	10
2 Material und Methoden	12
2.1 Studiendesign und -durchführung	12
2.2 Retrospektive Analysen (2008-2013)	13
2.3 Prospektive Studie (Vollerhebung 4. Quartal 2014)	14
2.4 Erhebungsinstrumente	15
2.5 Datenverwaltung und statistische Auswertungen.....	20
3 Ergebnisse.....	23
3.1 Retrospektive Analysen (2008-2013)	23
3.2 Prospektive Studie: Prüfung auf Repräsentativität	33
3.3 Prospektive Studie (Vollerhebung 4. Quartal 2014)	34
3.4 Professionelle Bewertung der Weitervermittlung.....	46
4 Diskussion.....	54
4.1 Ergebnisdiskussion	54
4.2 Methodendiskussion.....	66
4.3 Schlussfolgerung und Ausblick	68
5 Zusammenfassung	71
6 Literaturverzeichnis.....	73
Anhang.....	85

Abkürzungsverzeichnis

B	Regressionskoeffizient
β	standardisierter Regressionskoeffizient
BayUG	Bayerisches Unterbringungsgesetz
BIKEB	Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen
CGI	Clinical Global Impression Score
df	Freiheitsgrade
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GAF	Global Assessment of Functioning (GAF)
GpDi	Gerontopsychiatrischer Dienst
ICD-10	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision
IEQ	Involvement Evaluation Questionnaires
KPM	Krisendienst Psychiatrie München
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KVR	Kreisverwaltungsreferat
MW	Mittelwert
MD	Median
Min	Minimum
Max	Maximum

N	Stichprobengröße
p	Wahrscheinlichkeit
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PS	Persönlichkeitsstörung
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
Sig	Signifikanz
SD	Standardabweichung
SF	Standardfehler
SGB	Sozialgesetzbuch
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
UG	Unterbringungsgesetz
Wald	Wald-Test (statistischer Hypothesentest)
WHO	World Health Organization
WHOQOL-BREF	deutschsprachige Versionen der WHO; Instrument zur Erfassung von Lebensqualität
ZUF-8	Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit

1 Einleitung

Krisen gehören ganz selbstverständlich zum Leben. In jeder Phase seines Lebens und in jedem Lebensalter kann ein Mensch plötzlich von Verlusten, veränderten Lebensumständen oder Krankheit in einer Weise betroffen sein, dass ihm in seiner momentanen Verfassung eine Bewältigung der Krise nicht möglich scheint – und ihn vor neue, große Herausforderungen stellen (Stein 2009). In zugespitzten psychosozialen Krisensituationen oder im Rahmen bereits bestehender psychischer Störungen kann dies in einen psychiatrischen Notfall (z. B. Suizidalität) münden (Laux u. Berzewski 2011). Außerdem können sich unter Umständen dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensweisen verfestigen und chronische Fehlentwicklungen begünstigen (Stein 2012). Die Häufigkeit von psychiatrischen Notaufnahmen in Kliniken (ca. 42%) stimmt mit den Notaufnahmen in nicht psychiatrischen Kliniken in Deutschland überein (Schwerthöffer et al. 2016). Wenngleich abgesicherte epidemiologische Daten zur allgemeinen Häufigkeit von psychiatrischen Notfallsituationen nicht vorliegen, zeigen mehrere Studien, dass sie in 9-15% aller Fälle die Einsatzursache für den Notarzt sind (Pajonk u. Michael 2016). Diesen Blick auf das Verhältnis von Aufkommen und Versorgungssituation haben auch Laux und Berzewski: „Der überwiegende Anteil psychiatrischer Krisen und Notfälle entwickelt sich außerhalb klinischer Institutionen“ (Laux u. Berzewski 2011, S. 1530).

Ambulante Krisenangebote wie der Krisendienst Psychiatrie München versuchen, mit einem niederschweligen Angebot an diesen Schnittstellen und Übergängen zur Regelversorgung fachliche, verbindliche und unbürokratische Soforthilfe zu leisten. Die vorliegende Arbeit unternimmt den Versuch, die vielschichtige Struktur eines ambulanten psychiatrischen Krisenhilfeangebots sichtbar zu machen und das Inanspruchnahmeverhalten und die Ergebnisqualität für die Nutzer zu überprüfen. Hierbei werden strukturelle und inhaltliche Aspekte (auch in ihren Zusammenhängen) detailliert erforscht. Evaluationsstudien sind in Zeiten einer zunehmenden Durchökonomisierung unseres Gesundheitswesens sehr beliebt – müssen aber in ihren Implikationen stets kritisch und angemessen reflektiert

werden, um nicht dem Diktat eines Managements zur Komplexitätsreduktion zu unterliegen (Maio 2015).

1.1 Psychische und psychiatrische Krisen

Der Versuch, den historischen Wurzeln des (psychiatrischen) Krisenbegriffs nachzugehen, führt rasch zu weiten Verzweigungen. Die Wurzeln des Begriffs lassen sich 3000 Jahre in die griechische Antike zurückverfolgen und reichen über theologische Implikationen und die antike Medizin hin zu geschichtsphilosophischen und soziologischen Überlegungen. Erst im 19. Jahrhundert, mit der Etablierung des psychiatrischen Fachgebietes, wurde der Begriff auf psychische Erkrankungen übertragen: „Es war die Zeit der Romantik mit ihren durch die Naturphilosophie beeinflussten Ideen der von Leben und göttlichem Wesen durchwalteten Ganzheit der Natur und der Wesenseinheit von Körper und Seele, in der der Begriff Krise zu einem vorrangig psychologischen Terminus wandelt“ (Kahre u. Faber 2001, S. 56). In der jüngeren Psychiatriegeschichte kam es unter der Berücksichtigung von evolutionistischen Ansätzen (Krisen als Folgen von Reifungs- und Entwicklungsprozessen) zu einer Entpathologisierung und einem Bedeutungswandel des Krisenbegriffs.

Für die Krisenhilfe sind die reaktive Komponente und die subjektive Bedeutung des Auslösers einer Krise für das Gesamtbild entscheidend – beide müssen individuell herausgearbeitet werden. Bezogen auf die Menschen, die Krisen erleben, lassen sich drei Ausgangsgruppen unterscheiden: zum einen psychisch Gesunde, bei denen die hereinbrechenden Ereignisse übermächtig werden (klassische psychosoziale Krise), des Weiteren psychiatrisch bis dato wenig auffällige Klienten mit geringer Belastbarkeit und wenig Bewältigungsstrategien, die jedoch durch geringe Stressoren in akute psychosoziale Krisen kommen (oder es kommt zu einer psychiatrischen Erstmanifestation) und letztlich Patienten mit vorbestehender psychiatrischer Erkrankung und hoher Vulnerabilität, bei denen sich zusätzlich ein idiosynkratisch definierter Auslöser der aktuellen Krisen- bzw. Krankheitsdynamik eruieren lässt (nicht nur ein Rezidiv der Grunderkrankung, somit kein „normaler“ Behandlungsfall) (Gekle u. Tschacher 2004). Die

differentielle Indikation zur Krisenintervention kann somit für alle drei beschriebenen Gruppen, die allerdings nicht immer ganz trennscharf sind, gestellt werden. Auch wenn insgesamt aus heutiger wissenschaftlicher Sicht der psychologische Krisenbegriff letztlich etwas vage bleibt, gibt es mittlerweile eine weitgehende, schulenübergreifende Übereinstimmung im Sinne eines allgemeinen Krisenmodells. Neben den zwei Hauptrichtungen der Systematisierung von Krisen (nach Auslösern bzw. nach Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen) gibt es noch zahlreiche weitere Differenzierungen, z. B. nach dem Ort der Krisenintervention, den Behandlern, den Ebenen von Krisen oder den Krisenphasen (Freikamp 2012). Insgesamt fasst Giernalczyk (1997) die entscheidenden Charakteristika einer Krise ähnlich wie Sonneck (2000) wie folgt zusammen: Anlass, subjektive Bedeutung, Bewältigungsversuch (in Abhängigkeit von inneren und äußeren Ressourcen), psychische Problematik und zeitliche Begrenzung. Professionelle Krisenintervention wird dann nötig, wenn der Zustand des Betroffenen sehr schlecht ist, auch die Umgebung und das private Umfeld überfordert sind und es zu gefährlichen Zuspitzungen kommt. Krisenintervention kann dann eng mit Suizid- und Gewaltprävention verknüpft sein (Stein 2012). Hierbei können sich die verschiedenen Kriseninterventionsansätze gut ergänzen – je nach Ausgangslage mehr mit klinisch-psychiatrischer bzw. psychosozialer Schwerpunktsetzung.

Aus ethischer Perspektive müssen immer Sicherheitsbestrebungen der Gesellschaft und Autonomiebedürfnisse der Klienten reflektiert und gegeneinander abgewogen werden, um zu einem Konsens über ein ethisch angemessenes Vorgehen zu kommen (Buchheim 2013). Diese ethischen Herausforderungen erörtert auch Leupold im Kontext von Suizidalität: „ (...) stellt sich auf einer individualethischen Ebene bei der Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen stets die sollensethische Pflicht, den Lebensschutz als ein zentrales Prinzip der Menschenwürde unbedingt zu achten und zugleich die Autonomie als zweites Prinzip nicht außer Acht zu lassen“ (Leupold 2015, S. 2). Zudem kann es auf sozialetischer Ebene Konflikte mit dem institutionellen bzw. gesellschaftlichen

Umgang mit Ressourcen geben (stehen genügend Mittel für eine professionelle Krisenbegleitung zur Verfügung?) (Leupold 2015).

1.2 Krisenhilfe als Teil des psychiatrischen Versorgungssystems

Es ist in Deutschland immer noch so, dass der größte Teil der Ressourcen für die psychiatrische Versorgung für stationäre Behandlung und Medikamente ausgegeben wird (Salize u. Kilian 2010). Die klassischen gemeindepsychiatrischen Ansätze kommen insbesondere aus dem angloamerikanischen Raum: Assertive Community Treatment (ACT), Community Mental Health Teams (CMHT), Case Management/Intensive Case Management (CM/ICM), Krisenintervention (KI) und Home Treatment (HT). Ergebnisse der Versorgungsforschung zeigen, dass diese letztendlich durch ihre höhere Intensität ähnlich viel kosten, aber – in der internationalen Gesamtschau – bei gleicher klinischer Wirksamkeit eine höhere Wirksamkeit in der sozialen Dimension aufweisen (Kilian 2012). Das von Steinhart und Wienberg vorgeschlagene „Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen“ (Steinhart u. Wienberg 2016) definiert – konsequent aus der ambulanten Perspektive – einen Mindeststandard für eine bedarfsgerechte regionale Versorgung. Zusätzlich umfasst es Aspekte der Teilhabe und geht somit über den SGB V-Bereich hinaus. Insgesamt ist die Evidenz für eine integrierte Krisenversorgung im Rahmen von Langzeitbehandlungen schwer psychisch Kranker hoch. Es bestehen keine Zweifel, dass neben der Pharmakotherapie und psychotherapeutischen Interventionen auch ergänzend psychosoziale Therapieansätze wesentliche Bausteine in der Versorgungspraxis schwer psychisch kranker Menschen sind. Das wird auch in der neuen S3-Leitlinie der DGPPN „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (Falkai 2012) erstmals gewürdigt – für gemeindepsychiatrische, teambasierte Interventionen gibt es im internationalen Vergleich inzwischen mit dem Evidenzgrad A für gemeindepsychiatrische Versorgungsansätze innerhalb der Systeminterventionen eine solide Evidenz (Stengler et al. 2015). Eine gute Wirksamkeit wurde für das finnische Modell „Need Adapted Treatment“ auch bei

akuten Krisen belegt (Aderhold u. Greve 2010). Ähnlich effektiv zeigen sich in Großbritannien Behandlungsformen wie die Community Mental Health Teams, Crisis Intervention Teams oder das Assertive Community Treatment – alle auf lange Sicht auch kostensparend durch die Reduktion vollstationärer Versorgungsnotwendigkeit in psychiatrischen Kliniken (Greve u. Keller 2015). Im Rahmen internationaler Forschung fanden Murphy et al. (2012) in ihrer Übersichtsarbeit Hinweise, dass Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen (und deren Angehörige) von gut organisierten Kriseninterventionsteams mehr profitieren als von einer stationären Standardbehandlung – und dies auch zu einer besseren Akzeptanz und Adhärenz der Betroffenen führt (die eingeschlossenen Studien waren aus Australien, USA, Kanada und Großbritannien). Gühne et al. fassen diese Aspekte einer gemeindeintegrierten Akutversorgung auf Basis ihrer systematischen Literaturrecherche zusammen: „Die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld kann ein weiterer Baustein auf dem Weg hin zu einer sog. Balanced Care sein, bei der die Versorgung zumeist außerhalb des Krankenhauses stattfindet. (...) Die Einweisungen erfolgen umgehend und nur dann, wenn sie wirklich erforderlich sind. Wichtig ist, dass die Angebote der verschiedenen staatlichen, nichtstaatlichen oder privaten Dienstleister koordiniert werden und dass ihre Zusammenarbeit sichergestellt ist“ (Gühne et al. 2011, S. 120/121). Allerdings unterliegt dies wohl zeitlichen Änderungen und Länder- und Kontexteinflüssen (Riedel-Heller et al. 2012).

Bezüglich der Wirksamkeit von Krisenhilfeeinrichtungen, die eine niederschwellige Erstanlaufstelle für akut Betroffene darstellen, sind die Befunde meist inkonsistenter (und oft kaum vergleichbar, weil die jeweiligen kommunalen Strukturen und Rahmenbedingungen meist völlig unterschiedlich sind). Hinsichtlich der Wirksamkeit von Suizidpräventionszentren beschreibt Lester (1993) in den USA einen konsistenten, wenn auch schwachen Einfluss auf die Suizidrate. Stein und Lambert fanden bereits 1984 einen Rückgang der Suizidraten durch Krisentelefone (zumindest für junge Frauen). Die kanadische Forschergruppe um Mishara erforschte die inhaltlichen Wirkfaktoren verschiedener telefonischer Krisenhilfsangebote mithilfe unabhängiger professioneller

Einschätzungen der Telefonate. Hier konnten sie als stärkste Prädiktoren für eine positive Bewertung die Fähigkeit der Helfer für Empathie, die Herstellung eines guten Initialkontaktes und den Respekt für das Gegenüber ausmachen (die Autoren diskutieren in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit dies trainierbare Techniken seien). Etwas schwächer war der Faktor „collaborative problem solving“ maßgeblich (Mishara et al. 2007). Eine kleine retrospektive Studie – allerdings ohne kontrollierte Prä-Post-Messung – in den USA verglich den Einsatz von mobilen Kriseninterventionsteams mit Polizeieinsätzen. Sie konnte zeigen, dass es nach einem Einsatz von Kriseninterventionsteams zu signifikant weniger stationären Einweisungen und Zwangseinweisungen kam als nach einem reinen Polizeieinsatz und dadurch zu einer bedeutenden Kostenersparnis. Die Arbeit des mobilen Krisenteams wurde von Nutzern und der Polizei gleichermaßen positiv beurteilt. In einer explorativen Metastudie (Roberts u. Everly 2006) stellten amerikanischen Autoren die häufigsten Ergebnisse von Kriseninterventionskonzepten im familiären Kontext dar. Auch wenn Krisenintervention kein Allheilmittel sei (und die Indikation genau gestellt werden muss) – erwies sich für Familien in akuten (auch traumaassoziierten) Krisen und Missbrauchssituationen aufsuchende Krisenhilfe und ein multimodales Vorgehen als sehr effektiv. Allerdings handelte es sich hier fast ausschließlich um zeitlich längere Interventionsprozesse (über 4-12 Stunden). In ihrer Übersichtsarbeit, die 15 Untersuchungen von „crisis resolution“ (CR) und „home treatment“ (HT) einschloss (aus den Jahren 1995-2009), extrahierten norwegische Autorinnen (Winness et al. 2010) – trotz verschiedener Strukturen und Modelle – drei einheitlich positive Kernfunktionen und Charakteristika dieser Hilfsangebote: Zugang und Verfügbarkeit, als „normale“ Menschen verstanden zu werden und Behandlung von Krisen im Alltagskontext. Die Autorinnen fordern aber gleichzeitig weitere differenzierte Forschung: „It is especially important to study what processes and practices impact on the three key features of the findings“ (Winness et al 2010, S. 85). Ähnlich resümieren Hubbeling und Bertram in ihrer Reviewarbeit über CRTs (Crisis Resolution and Home Treatment Teams): „The balance of evidence suggests that CRTs can reduce hospital beds and costs with

similar symptomatic outcome and service user satisfaction, but there is no evidence that CRTs are the only way to do so. There is no conclusive evidence that CRTs cause an increase in serious and untoward incidents (SUIs) or compulsory admissions” (Hubbeling u. Bertram 2012, S. 1).

Vor diesem Hintergrund scheint eine Evaluation von Hilfsangeboten wie den ambulanten Krisendiensten wissenschaftlich nicht einfach, weil sich eine reliable und valide Messung eindeutiger Erfolgskriterien als schwierig erweist (methodisch leichter ist die Erfolgsmessung bei speziellen Risikogruppen, z. B. für Menschen nach einem Suizidversuch, oder für die Wirksamkeit von Psychopharmakainterventionen). Zusammenfassend lässt sich für Deutschland aus den Ergebnissen der umfassenden Begleitforschung des Berliner Krisendienstes feststellen, dass dieses Angebot von der Bevölkerung bei steigender Inanspruchnahme (bei ernsthaften Krisen) gut angenommen wurde, es mit den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen gut vernetzt war und es inhaltlich eine überwiegend positive Resonanz der Nutzer gab (Bergold u. Zimmermann 2003). Vor diesem Hintergrund wurden Zielkriterien für den Münchner Krisendienst abgeleitet. Sie beziehen sich weitgehend auf die Nutzer des Angebots. Die angestrebte Zielgruppe sollte erreicht werden. Ihr Nutzen und ihre Zufriedenheit (mit dem inhaltlichen Angebot: Krise auffangen, Einweisungen verhindern bzw. begleiten) sind zentrale Kriterien für die Bewertung eines Dienstes (Bergold u. Zimmermann 2003). Darüber hinaus sollten systematische Einflussfaktoren untersucht werden. Zum anderen wurden netzwerkbezogene Kriterien (die Passung der Weitervermittlung) mit Kooperationspartnern einbezogen. Bereits die Expertenkommission nach der Psychiatrie-Enquete in den 1980er Jahren hat das Thema der gemeindenahen Krisenversorgung sehr zentral in den Blick genommen. Schon hier erfolgte von allen Beteiligten der Ruf nach mobilen, rund um die Uhr erreichbaren multiprofessionellen Angeboten, die vernetzt mit der Regelversorgung in den Regionen arbeiten. Trotzdem hat sich auf diesem Gebiet in der Versorgungslandschaft seitdem nicht allzu viel bewegt. Menschen in psychischen Krisensituationen haben einen speziellen Hilfebedarf. Ambulante Krisenhilfe kann und sollte für diese Betroffenen eine fachlich qualifizierte Abklärung, zentrale

Steuerungsfunktion und Weichenstellung zum passenden Hilfsangebot in der jeweiligen Versorgungslandschaft bereitstellen. Die Gesamtentwicklung in den letzten Jahrzehnten ist regional sehr unterschiedlich – es gibt in Deutschland im Moment nur etwa 20 ausgewiesene psychiatrische oder psychosoziale Krisendienste, die ganz unterschiedliche Schwerpunkte und Ansätze haben (Schmidt-Zadel 2014). Gleichwohl sich diese Modelle in der Praxis sehr bewährt haben und aus dem Hilfenetz nicht mehr wegzudenken sind, fehlen wissenschaftliche Wirksamkeitsbelege noch weitgehend – eben bis auf die Berliner Begleitforschung. Die Berliner Autoren konstatieren: „Es lässt sich feststellen, dass ein Krisendienst nicht einfach anhand einzelner Leistungsangebotskomponenten von den anderen Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen und psychosozialen Versorgung abgegrenzt werden kann. Es ist vielmehr das besondere Muster des Angebots und die Stellung im Versorgungssystem, das die Spezifität eines Krisendienstes ausmacht“ (Zimmermann u. Bergold 2003, S. 119). Bezogen auf den Bereich der Krisenhilfe benennen Horn und Runge (2002, S.19) die Vorteile aufsuchender Krisenintervention sehr klar: „Ein Teil der krisenauslösenden und krisenunterhaltenden Faktoren ist im Wohnumfeld auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen sicherer identifizierbar, Zusammenhänge unter Kenntnis der konkreten Rahmenbedingungen besser verstehbar – mit der Konsequenz, dass Krisen als Chance für Weiterentwicklung genutzt werden können“. Die bedarfsangepasste Konzeption von (außerstationärer) Krisenhilfe in Deutschland ist auf mehreren Ebenen aktueller denn je: „Getrieben von fachlichen Leitlinien und Kostendruck sowie von der Stärkung der Rechte der von psychiatrischen Krisen betroffenen Menschen beobachten wir in der letzten Zeit einen „Drive“ in Richtung einer Renovierung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen“ (Steinhart 2014, S. 53). Im Zusammenhang mit der Rolle aufsuchender Hilfen fordern auch Koßmann und Juckel (2016), dass es zukünftig ein Ziel sein sollte, trotz verschiedener Kostenträger eine Vereinheitlichung der Versorgung zu konzipieren – nicht nur um Schnittstellenproblemen zu begegnen, sondern auch um inhaltlich und medizinisch möglichst abgestimmte Leistungen anzubieten und anzuwenden.

Eine interessante Beobachtung machte vor über 20 Jahren schon Müller (1989). Er beschreibt einen Wandel in der Nutzergruppe von Kriseninterventions-einrichtungen, der weg von der Vorstellung psychisch weitgehend Gesunder in einer durch äußere Ereignisse ausgelösten krisenhaften Lebenssituation geht – hin zu Menschen mit vorbestehenden psychischen Störungen bei vergleichsweise geringfügigem Krisen Anlass. Dieser Trend lässt sich durchaus noch heute in der Praxis beobachten. Sogar für das Patientenspektrum in stationärer Krisen-intervention wurde dies deutlich und scheint, „einen Bedeutungswandel im grundlegenden Verständnis der Aufgaben von Kriseninterventionseinrichtungen zu belegen“ (Simmich u. Milch 2001, S. 256). Simmich und Reimer (1998) werfen in diesem Zusammenhang die Frage auf, „welche dieser Patienten von einem ggf. mehrphasigen kriseninterventionsorientierten Behandlungskonzept mit jeweils begrenzten Zielen besser profitieren und welche Patienten gerade durch die differentialtherapeutische Entscheidung gegen eine auf die Grunderkrankung ausgerichtete längerfristige Psychotherapie aufgrund des nicht ausreichenden Behandlungsumfangs zur Chronifizierung ihrer Symptomatik neigen“. Dieser Aspekt scheint auch und gerade im Zusammenhang für den Umgang mit Mehrfachanrufern von besonderer Relevanz.

1.3 Krisendienst Psychiatrie München

Seit 2007 stellt der Krisendienst Psychiatrie München (in einem Verbund mit klinischen und komplementären Trägern) ein spezifisches, die psychiatrische Versorgungslandschaft in München ergänzendes Leistungsangebot dar. Ausgehend von einer zentralen telefonischen Anlaufstelle (Leitstelle) hält er neben der Möglichkeit der unmittelbaren telefonischen Krisenintervention ambulante Angebote (Komm-Struktur) und aufsuchende Krisenhilfe (Geh-Struktur) vor bzw. vermittelt in diese weiter. Je nach Bedarf und Situation stehen Angebote aus dem SGB V- und SGB XII-Bereich zur Verfügung. Im Sinne einer Lotsenfunktion kann der Krisendienst im Einzelfall außerdem den Zugang zu einer stationären (Krisen-) Behandlung koordinieren. Neben der unmittelbaren Verbesserung der klientenbezogenen Hilfe sind weitere zentrale Ziele des Krisenangebots:

Prävention/Frühbehandlung, Vermeidung von Zwangseinweisungen und eine effiziente Ressourcennutzung im Gesamtsystem (Welschehold et al. 2012). Gleichwohl sich der Krisendienst in München als wichtiger Bestandteil des psychiatrischen/psychosozialen Versorgungssystems inzwischen fest etabliert hat, fehlen bisher auch hier noch differenzierte Wirksamkeitsnachweise, die organisatorisch und konzeptionell für die Qualitätssicherung und den weiteren Ausbau wegweisend sein können.

1.4 Forschungsvorhaben und Hypothesen

Bei komplexen Interventionen in der Gesundheitsversorgung kommen die von ihnen erwarteten Effekte meist erst durch das Zusammenwirken verschiedener Einflussfaktoren zustande. Diese sind darüber hinaus in hohem Maße durch Rahmenbedingungen beeinflusst, unter denen die Intervention stattfindet (Kilian 2013). Die Fragestellungen konzentrieren sich auf die Inanspruchnahme des KPMs (im zeitlichen Verlauf), die Charakterisierung der Hilfesuchenden, ihre Problematik und auf die Bewertung der telefonischen (und ggf. persönlichen) Beratung bzw. Krisenintervention. Durch die fachliche Einschätzung durch Professionelle hinsichtlich der Passung von Weiterverweisungen werden zudem die Schnittstellen zum SGB XII- und SGB V-Bereich beschrieben und bewertet.

Die konkreten Forschungsfragen der explorativen Studie lauten somit:

Retrospektive Untersuchung (2008-2013):

- In welchem Umfang erreicht der KPM seine angestrebten Zielgruppen (in der zeitlichen Entwicklung seit 2008)?
- Welche Personengruppen mit welchen Merkmalen nutzen den Krisendienst (und gibt es diesbezüglich relevante Zusammenhänge)?
- Wie hilft der KPM ausgehend von der telefonischen Leitstelle?

Prospektive Untersuchungen:

1. Teil:

- Wie bewerten die Nutzer¹ das Angebot des Dienstes (Ergebnisqualität)?

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird neben der männlichen nicht auch die weibliche Bezeichnung aufgeführt. Gemeint sind jedoch in allen Fällen sowohl Frauen als auch Männer.

- Gibt es bei den unterschiedlichen Anrufergruppen spezifische Einflussfaktoren, die sich auf die Zufriedenheit auswirken?

2. Teil:

- Wie bewerten Professionelle die Passung der Weiterverweisungen?
- Zeigen sich systematische Zusammenhänge bestimmter Kriterien hinsichtlich der Zuweisungsentscheidung?
- Wie geht es nach einer persönlichen Erstintervention weiter (Stellung des Krisendienstes im Versorgungssystem)?

Betrachtet man Evaluation als umfassende, objektivierte Nutzenbewertung auch im Hinblick auf die finanziellen Ressourcen (Schwartz 2013), werden in der vorliegenden Arbeit nur Teilaspekte näher beleuchtet. Die im Rahmen der Studie untersuchten Aspekte der ambulanten Krisenversorgung sollten jedoch durchaus belastbare Daten bezüglich der Ergebnisse des KPMs vor dem Hintergrund des psychiatrischen Versorgungssystems in der Region München liefern. Über die Darstellung und Bewertung der Wegweisungen und Schnittstellen hinaus soll schließlich eine Zufriedenheitsbeurteilung aus unterschiedlichen Perspektiven als Grundlage maßgeblich zu Verbesserungen und weiteren Entwicklungsschritten beitragen.

2 Material und Methoden

Der Krisendienst Psychiatrie München ist ein Verbund eines klinischen Trägers (kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost) und anderen Trägern ambulant-psychiatrischer Angebote in der Region München (gGmbH des Projektvereins, Soziale Dienste Psychiatrie gGmbH, Diakonie Hasenberg und Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V.). Er wurde 2007 unter Einbeziehung von Betroffenen- und Angehörigenverbänden und in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) gegründet. An den verschiedenen Unterteilen der Gesamtstudie nahmen sowohl die verschiedenen telefonischen Nutzergruppen des Krisendienstes als auch Fachpersonal aller Träger teil, das persönliche Erstkontakte im Rahmen der ambulanten Krisenintervention durchführte.

2.1 Studiendesign und -durchführung

Die vorliegende Arbeit umfasst einen retrospektiven und zwei prospektive Analyseteile (Abbildung 1). Das Inanspruchnahmeverhalten, Struktur- und Einflussfaktoren von 6 Jahren Krisendienst und darüber hinaus die Ergebnisqualität des Angebots sollen abgebildet werden, um Entwicklungen – auch hinsichtlich des Implementierungsprozesses in das bestehende Versorgungsnetz – seit der Gründung des Krisendienstes zu erkennen. Deshalb wurden im Rahmen des retrospektiven Studienteils die standardmäßig erhobenen Daten (soziodemographisch und krisenbezogen) aus dem Bestand des Krisendienstes ausgewertet. Diese Basisdaten wurden im Rahmen des prospektiven Analyseteils ebenso verwendet, allerdings noch ergänzt durch eine Vollerhebung (über einen Zeitraum von 3 Monaten im 4. Quartal 2014) aller telefonischen Nutzergruppen – nach dem telefonischen Kontakt zum Krisendienst wurden spezifische Fragebögen zugesandt, die dann mit in die Analysen gingen. Zusätzlich wurden durch eine Messung der Passung in diesem Zeitraum (4. Quartal 2014) von aus dem Telefonkontakt direkt vermittelten Klienten zu den sich anschließenden ambulanten Maßnahmen diese Vermittlungsentscheidungen

von den jeweiligen Fachkräften (Mitarbeiter des Krisendienstes bzw. Mitarbeiter der psychiatrischen Institutsambulanzen) bewertet. Dafür füllten die Professionellen nach erfolgter persönlicher Krisenintervention pro Klient einen entsprechenden Fragebogen aus, dessen Auswertung dann mit dem bestehenden Datensatz (Basisdokumentation) der Klienten verknüpft wurde. Die Bewertungen von Nutzern und Fachstellen sollen auch Ausgangspunkt für etwaige Verbesserungen in der weiteren Entwicklung des Krisendienstes sein.

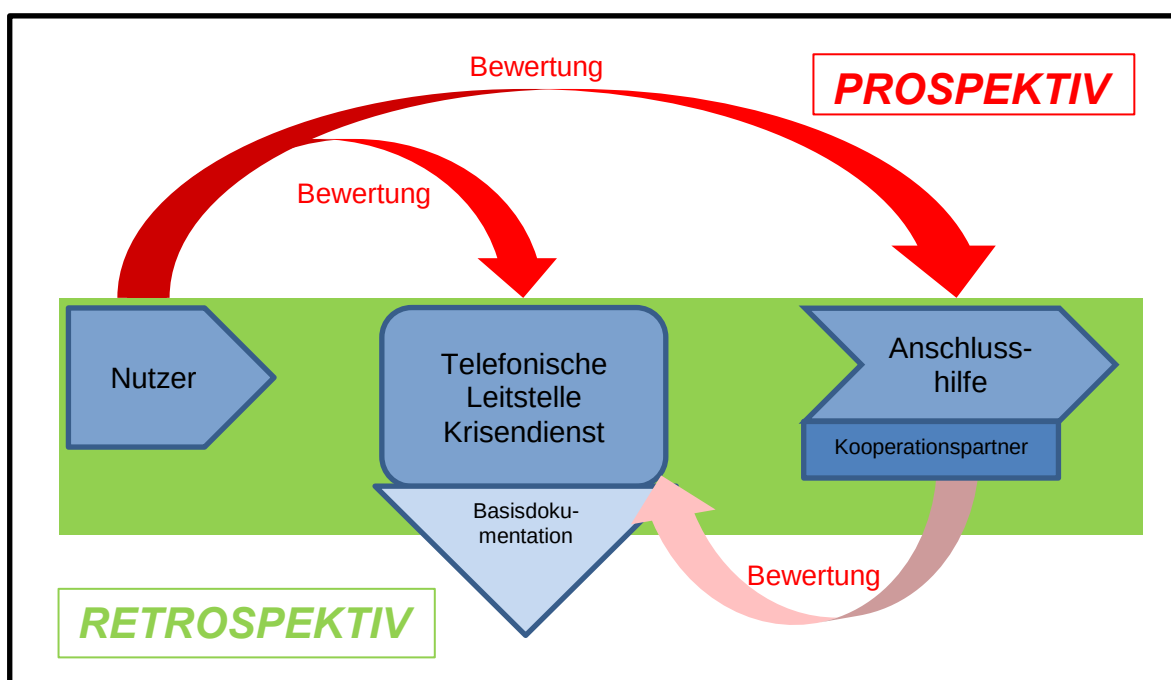


Abbildung 1: Studiendesign – retrospektiver und prospektiver Analyseteil

Retrospektiver Analyseteil (grün): Auswertung der Basisdokumentation der telefonischen Leitstelle des Krisendienstes, 2008-2013

Prospektiver Teil (rot): Bewertung der Nutzer (Zufriedenheit mit telefonischer und persönlicher Krisenintervention) unter Einbeziehung der subjektiver Lebensqualität und der subjektiv erlebten Belastung von Angehörigen, 4. Quartal 2014

Prospektiver Teil (hellrot): Passungsbewertung der Zuweisung von Klienten durch Fachstellen (Einsatzteams des Krisendienstes und psychiatrische Institutsambulanzen) nach telefonischer Vermittlung durch die Leitstelle des Krisendienstes, 4. Quartal 2014

2.2 Retrospektive Analysen (2008-2013)

Kurz nach Gründung des Krisendienstes in München wurde 2008 eine computergestützte Datenerfassung eingeführt. Standardmäßig (unter geltenden Datenschutzbestimmungen des Trägerverbundes (GbR Krisendienst Psychiatrie

München) und im Einverständnis mit den Anrufern) wurden – differenziert nach Art der Inanspruchnahme – Basis- und Verlaufsdaten dokumentiert. 2008-2013 zeigte sich zahlenmäßig folgende Aufschlüsselung bzgl. der unterschiedlichen Kontaktarten zum Krisendienst:

- n=4351 persönliche Krisenberatungen (Krisenintervention mobil vor Ort oder an einem Krisendienststandort)
- n=18260 telefonische Verlaufskontakte (alle Telefonate in Verbindung mit oder im Anschluss an durchgeführte Kriseninterventionen bzw. Kontakte mit Mehrfachanrufern)
- n=11717 telefonische Kurzkontakte (Kontakte mit weniger als 5 Minuten, kurze Informationsweitergabe ohne persönliche Zuordnung)
- n=33881 telefonische (Krisen-)Beratungen

Die Daten der 33881 telefonischen (Krisen-)Beratungen waren die Grundlage für umfassende statistische Analysen (anonymisiert). Außerdem wurde aus den Verlaufskontakten die Gruppe der Mehrfachanrufer identifiziert und beschrieben. Für die Identifikation von Mehrfachanrufern wurde als inhaltliches Einschlusskriterium mindestens 72 Kontakte zum Krisendienst festgelegt (Analysezeitraum über 6 Jahre = 72 Monate, d. h. im Durchschnitt mindestens einmal im Monat Kontakt zum Krisendienst).

2.3 Prospektive Studie (Vollerhebung 4. Quartal 2014)

Im prospektiven Teil der Studie wurden telefonische Nutzer des Krisendienstes um ihre Teilnahme gebeten. Nach erfolgter Aufklärung am Telefon bekamen sie Fragebögen zugeschickt, welche differenziert nach Nutzergruppen (Betroffene, Angehörige und Fachstellen) zusammengestellt waren. Parallel dazu wurden alle Mitarbeiter des Krisendienstes und der kooperierenden psychiatrischen Ambulanzen nach einer ihnen direkt vermittelten persönlichen Erstintervention aus einer telefonischen (Krisen-)Beratung um eine fachliche Einschätzung der Zuweisungspassung für den Klienten/Patienten gebeten (verschlüsselt).

Datenschutz und Ethikvotum

Im 4. Quartal wurden die Nutzer des Krisendienstes am Ende des Krisentelefongesprächs über den Inhalt der Studie, den Ablauf der Untersuchung, die Freiwilligkeit der Teilnahme und den Datenschutz aufgeklärt. Wer einer Teilnahme zustimmte („informed consent“), bekam innerhalb einer Woche schriftlich – neben den Fragebögen – eine Teilnehmerinformation, eine schriftliche Einverständniserklärung (siehe Anhang) und einen frankierten Rücksendeumschlag zugeschickt. Alle Daten (Teilnehmer und Ablehner) wurden nach Erhebung pseudonymisiert. Durch die Ethikkommission der Universität Ulm wurde der Studienplan mit einer zustimmenden Stellungnahme abgeschlossen (Antragsnummer 197/14).

2.4 Erhebungsinstrumente

Neben den am Telefon standardmäßig dokumentierten soziodemographischen Daten der Klienten (Screeningprotokoll, siehe Anhang) wurde auf die in der Datenbank hinterlegte Gesprächsdauer, die Anrufergruppe und spezifische psychische Merkmale im Zusammenhang mit der aktuellen Krise zurückgegriffen (Leitsyndrom, CGI, Akuität, Ergebnis der Beratung). Die Zuordnung und Dokumentation der mündlichen Symptomschilderungen (Selbstbeschreibung von Betroffenen oder Fremdanamnese durch Anrufer aus dem Umfeld des Klienten) zu einem – im Vordergrund stehenden – psychiatrischen Leitsyndrom erfolgte durch die Mitarbeiter des Krisendienstes am Telefon. Die Zuordnung der geschilderten psychischen Phänomene wurde in der Dokumentation angelehnt an die klinische ICD-10-Klassifikation – allerdings das „suizidale Syndrom“ als eigenständiges, akut im Vordergrund stehendes Syndrom getrennt gewertet (als krisendienstspezifische und -relevante Kategorie). Grob orientiert an den Kategorien des CGI wurde auch eine Einschätzung über die Schwere der beschriebenen Symptomatik von den Krisendienstmitarbeitern getroffen. Eine fachliche Einschätzung der Akuität der Situation wurde über die Frage „Professioneller Hilfebedarf indiziert innerhalb...“ erfasst. Bezüglich der weiteren Schritte nach dem Telefonat (Ergebnis der Beratung), wurde als Vermittlung eine

aktive Überleitung (z. B. konkrete Terminvereinbarung durch den Krisendienstmitarbeiter) an Fachstellen oder Einrichtungen definiert, während Empfehlungen sich auf die Beratung bzgl. Einrichtungen und die Weitergabe von Informations- und Kontaktdaten bezog. Diese Kategorie „wie ging es nach dem Telefonat weiter“ stellt – außer in Notfällen, in denen der Krisendienstmitarbeiter unter Interessensabwägung in einer Gefährdungssituation möglicherweise direktiv handeln muss – das Ergebnis eines kommunikativ-therapeutischen Prozesses mit dem Anrufer dar (ein nächster Schritt, der gemeinsam ausgehandelt werden konnte) und folgt somit keinem starren Algorithmus. Diese Daten bildeten die Grundlage für den retrospektiven und prospektiven Untersuchungsteil. Darüber hinaus wurden für die prospektive Befragung der Nutzer des Krisendienstes noch standardisierte Erhebungsinstrumente verschickt und ausgewertet – zusätzlich erfasst wurden damit: die Zufriedenheit mit der telefonischen Beratung (ZUF-8), das Klientenerleben während der persönlichen Krisenintervention (BIKEB), die subjektive Lebensqualität (WHOQOL-BREF) und die subjektiv erlebte Belastung von Angehörigen (IEQ-EU):

ZUF-8: Das Zielkriterium bei allen Untersuchungsgruppen für die Evaluation der Krisenintervention/telefonischen Beratung war die Erfassung der selbstberichteten Nutzerzufriedenheit mit dem ZUF-8 – derartige Verfahren haben sich inzwischen als eigenständiger Qualitätsindikator etabliert (Möller-Leimkühler et al. 2002; Nübling et al. 2007). Aus den Fragebogenentwicklungen zur Messung der Zufriedenheit ambulant psychiatrischer Patienten (Client Satisfaction Questionnaire CSQ-8, Attkinson 1982) ging letztlich eine angepasste deutsche Kurzversion hervor. Der ZUF-8 (Schmidt et al. 1989) umfasst 8 eindimensionale Items, die generelle Aspekte der Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung erfassen sollen. Die Antwortmöglichkeiten auf die 8 Fragen werden mit 1 bis 4 Punkten bewertet, so dass der Gesamtscore (zwischen 8 und 32 Punkten) die generelle Zufriedenheit widerspiegelt (hohe Werte bilden eine hohe Zufriedenheit ab). Der ZUF-8 ist sehr ökonomisch und wurde mehrfach im Rahmen von Evaluationsstudien überprüft, wobei die mittlere Interitem-Korrelation von 0,40 bis

0,53 reichte. Vielfach zeigen sich signifikante Korrelationen zu anderen relevanten Therapieoutcomevariablen (Selbst- und Fremdbeurteilung) (Kriz et al. 2008).

BIKEB (modifiziert für Krisenintervention): In der Gruppe der selbst Betroffenen erfolgte zusätzlich die Erfassung der Wirkung der Krisenintervention aus der Perspektive der Klienten. Als ein spezifisch für Krisen adaptierter Fragebogen zur Messung des Klientenerlebens während der persönlichen Krisenintervention wurde der – von den Begleitforschern des Berliner Krisendienstes modifizierte – faktorenanalytisch fundierte Bielefelder Klientenerfahrungsbogen BIKEB eingesetzt (Zimmermann u. Bergold 2013; Höger u. Eckert 1997; Müller et al. 1997). Ergänzt haben die Autoren Items, die auch Aussagen über den Kontext der Krisenintervention abbilden. Die Werte der hier verwendeten 31 Fragen (7-stufige Likertskala) wurden in 6 Faktoren erfasst, wobei der Faktor „Krisendienst als soziale Ressource“ aufgrund des direkten krisendienstspezifischen Bezugs zum Berliner Krisendienst entfiel, da die Fragen nicht auf die Münchner Struktur übertragbar waren (aus dem Fragebogen genommen wurden: Item 6 „in den Räumen des BKD fühle ich mich wohl“, Item 12 „es ist hilfreich für mich zu wissen, dass ich jederzeit wiederkommen kann“, Item 13 „die räumliche Ausstattung des BKD wirkt freundlich und angenehm“ und Item 28 „die Einrichtung des BKD ist für mich gut erreichbar“):

1 Innere Sicherheit und Perspektivenbildung:

Nach Bergold (1981) besteht ein Zusammenhang zwischen dem Erleben innerer Sicherheit und der Möglichkeit, sich und seine Probleme neu zu sehen. In der Literatur der verfahrensübergreifenden Psychotherapieforschung über Veränderungen in Therapieprozessen wird dies immer als ein zentrales Merkmal herausgestellt: „Die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten zur Mitarbeit, Selbstöffnung und Erprobung neuer Verhaltensweisen wird bereits am Anfang des psychotherapeutischen Prozesses (Erstgespräche) in relevanter Weise durch die Art der therapeutischen Beziehung beeinflusst.“ (Lammers et al. 2009, S. 473)

- 2 Bewertung des Beraters:
Dieser Faktor stellt die kritische Bewertung des Gespräches und des Beraters anhand der Klientenbedürfnisse dar.
- 3 Praktische Informationen zum weiteren Vorgehen
Hier werden Interventionen des Beraters erfasst, die praktische Informationen enthalten, d. h. eher krisen(dienst)spezifische bzw. gemeindepsychiatrische Aspekte fokussieren.
- 4 Zugang zu sich selbst:
Ein relevanter Faktor speziell im Rahmen einer Krisenintervention – es geht primär um einen geschützten Raum, in dem Klienten sich auch in akuten Situationen ausdrücken können (Rupp 2010).
- 5 Wohlfühlen mit Berater und Setting:
Dieser Faktor beschreibt die Veränderung des inneren Zustandes, die Beruhigung des Klienten.
- 6 Gefühle und körperliche Befindlichkeit:
Hier werden körperliche und emotionale Konsequenzen aus dem Gespräch subsummiert.

Die Berliner Autoren konnten für den modifizierten BIKEB methodisch (Hauptkomponentenanalyse (PCA) und anschließende Varimax-Rotation) diese 7-Faktorenlösung extrahieren, bei der 67% der Varianz aufgeklärt wird. Damit lässt sich teststatistisch von einem reliablen Instrument sprechen (Zimmermann u. Bergold 2003).

WHOQOL-BREF: Diese Kurzversion des WHOQOL-100 (WHO Quality of Life) ist ein sehr gut überprüfbares Messinstrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität und diskriminiert laut den Autoren zudem gut zwischen gesunden Personen und Personen mit physischen oder psychischen Beeinträchtigungen. Zu Grunde gelegt wird die Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation als individuelle Lebensqualität – kontextbezogen auf das jeweilige Kultur- und Wertesystem und bezogen auf Ziele, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen. Die Kurzversion besteht aus 26 Items mit den Dimensionen Physisches Wohlbefinden (Schmerz, Energie,

Schlaf und Entspannung, Mobilität, Aktivitäten im täglichen Leben, Medikamentenabhängigkeit, Arbeitsfähigkeit), Psychisches Wohlbefinden (positive Gefühle, negative Gefühle, Selbstbewusstsein, Körpergefühl, Denk-, Lern- und Konzentrationsfähigkeit, persönliche Überzeugungen und Spiritualität), Soziale Beziehungen (persönliche Beziehungen, Sexualleben, soziale Unterstützung) und Umwelt (Wohnbedingungen, Informationsmöglichkeiten, finanzielle Ressourcen, Verfügbarkeit von Sozial- und Gesundheitsdiensten, Physische Sicherheit und Schutz, Gelegenheit zu Freizeitaktivitäten, Umweltbedingungen im Wohngebiet). Sie ist besonders geeignet, wenn insgesamt mehrere Zieldimensionen erfasst werden sollen (Angermeyer et al. 2000). Entsprechend den Vorgaben wurden die Fragebögen nur zur Berechnung der Domänenwerte herangezogen, wenn nicht mehr als ein Wert pro Domäne fehlte.

IEQ-EU (Involvement Evaluation Questionnaire): Der IEQ wurde in vier Sprachen übersetzt und gut evaluiert. Er findet auch in der deutschen Forschung eine breite Anwendung (Bernert et al. 2001). Es werden Bereiche erfasst, in denen die Angehörigen in die Betreuung von Patienten involviert sind. Mittels des IEQ-EU (deutsche Version) können 4 Subskalen der erlebten subjektiven Belastung von Angehörigen bei der Unterstützung von Patienten differenziert werden: Spannungen (9 Items), Beaufsichtigung des Kranken (6 Items), sich sorgen (6 Items) und Motivation (8 Items).

Da die Items des Fragebogens zur Einschätzung der Zuweisungsqualität (Passung) einen expliziten Bezug zur Fragestellung haben sollten und die zu messenden Merkmale sehr spezifisch auf das Konstrukt des Münchner Krisendienstes ausgerichtet waren, konnte hier auf kein gängiges Erhebungsinstrument zurückgegriffen werden. Die konkrete Formulierung der Fragen war das Resultat einer gründlichen Konzeptspezifikation und Operationalisierung nach dem Votum der beteiligten Fachexperten des Krisendienstes (ärztliche Leitung und multiprofessionelles Leitungsteam). Die Passung wurde mittels 7 4-stufiger (passt nicht – passt kaum – passt eher – passt genau) relevanter Items erhoben, z. B. „1. aktuelle Symptomatik/Beschwerdebild“ oder „5. Dringlichkeit“ (vgl. Anhang B) und ein Summengesamtscore (mit

Ausschluss fehlender Werte) ermittelt. Inhaltliche und strukturelle Parameter wurden zusammengefasst, weil in der Krisenhilfe beide gleichermaßen die Qualität der Zuweisung bestimmen und kaum zu trennen sind (wenn ein Beschwerdebild z. B. gut in eine PIA passt, aber keine Dringlichkeit besteht, passt die Zuweisung insgesamt nicht – und umgekehrt). Hohe Werte bedeuten eine hohe Passung. Bei den 187 Fällen, die in die Berechnung eingeschlossen wurden, lag der Cronbach-Alpha-Koeffizient als Maß für die interne Konsistenz der Skala für die 7 Items bei ,876. Als gut gilt eine Reliabilität ab ,8 (Nunnally u. Bernstein 1994). Diese Werte stellten die grundlegenden Kriterien für eine Aussage über die Zuweisungsentscheidung dar. Des Weiteren bildeten halboffene und geschlossene Fragen die Stellung der aktuellen Krisenintervention im individuellen Versorgungsnetz ab (genaue Umstände der Inanspruchnahme), d. h. Aspekte der etwaigen Vor- und Nachbehandlung. In den psychiatrischen Institutsambulanzen erfolgte die Einschätzung durch Ärzte oder Psychologen, bei den SpDis und Krisendienstmitarbeitern anderer Träger beurteilten Psychologen, Sozialpädagogen oder Fachpflegekräfte die Passung (immer unmittelbar nach dem Kontakt mit dem Klienten/Patienten). Die Erhebung erfolgte pseudonymisiert über Zahlencodes. Nach der Rückgabe der Bögen an die Studienleitung (Rücklaufquote 77%) wurden die Auswertungen in den gesamten Datensatz integriert und zugeordnet, damit auch relevante Kriterien aus dem Telefonat zusätzlich zu den Merkmalen der Umstände der Inanspruchnahme in das Erklärungsmodell aufgenommen werden konnten.

2.5 Datenverwaltung und statistische Auswertungen

Die statistischen Analysen erfolgten mit IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science), Version 21.0.

In der retrospektiven Untersuchung wurden neben der Erstellung deskriptiver Übersichten der Stichprobe für soziodemographische, störungs- und krisendienst-bezogene (z. B. Ergebnis der Beratung) Häufigkeiten auch Zusammenhänge relevanter Kriterien (Symptomschwere, Leitsyndrom und Anrufergruppe) evaluiert, um der Frage nachzugehen, ob es spezifische Verbindungen gibt (ob es z. B.

möglicherweise vom Leitsyndrom abhängt, ob der Klient selbst oder ein Angehöriger sich beim Krisendienst meldet). Diese Analysen erfolgten mittels multinomialer logistischer Regressionsmodelle (Symptomschwere und Leitsyndrom als erklärende Variablen für die Anrufergruppe: Klient selbst, Angehöriger oder Fachstelle). Dieses Verfahren ist gut geeignet, um die Wahrscheinlichkeit von Gruppenzugehörigkeiten zu testen. Es wurde überprüft, ob die einzelnen unabhängigen Variablen signifikant zur Trennung der Gruppenzugehörigkeit beitragen.

Bei der prospektiven Auswertung wurde zunächst die Repräsentativität der Stichprobe getestet. Als Nullhypothese wurde angenommen, dass sich Teilnehmer und Nichtteilnehmer hinsichtlich relevanter Variablen (Symptomschwere, Leitsyndrom und Anrufergruppe) nicht unterscheiden – sonst könnten alle weiteren Ergebnisse nur vor diesem Hintergrund bewertet werden. Diese möglichen erklärenden Variablen wurden mittels eines binären logistischen Regressionsmodells in ihrem Einfluss auf die abhängige Variable (Studienteilnahme ja/nein) überprüft. Für die binäre logistische Regression war die Stichprobengröße ($n=156$) ausreichend. Den Empfehlungen in der Literatur (minimale Stichprobengröße 50 Fälle, vgl. Urban, 1993) konnte somit Rechnung getragen werden. Der bei überwiegend einfach besetzten Prädiktorwertekombinationen anwendbare Hosmer-Lemeshow-Test prüfte die Nullhypothese, dass alle Differenzen zwischen geschätzten und beobachteten Y-Werten gleich 0 sind. Dabei wurden die Fälle entsprechend ihrer geschätzten Wahrscheinlichkeiten in 10 gleich große Gruppen eingeteilt und in diesen die erwarteten mit den beobachteten Häufigkeiten für das Eintreten des Ereignisses verglichen (Kontingenztafel zur Bewertung der Anpassungsgüte). Der Hosmer-Lemeshow-Modellgültigkeitstest benötigte keine weiteren Voraussetzungen bei den Zelloberhäufigkeiten (es wird lediglich das Zehnfache der Anzahl der zu schätzender Parameter als minimale Häufigkeit der schwächer besetzten Kriteriumskategorien genannt, Hosmer u. Lemeshow 2000, S. 346). Im Rahmen der nachfolgenden statistischen Analysen des prospektiven Studienteils wurden deskriptive Übersichten (auch differenziert nach den unterschiedlichen Anrufergruppen) erstellt. Für die Analyse nominaler Daten

(Häufigkeiten) wurden χ^2 -Techniken herangezogen. Nach der Berechnung der erwarteten Häufigkeiten wurde untersucht, inwieweit die Variablen Leitsyndrom und Anrufergruppe teststatistisch voneinander unabhängig sind. Als Kennwert wurde der Pearsons- χ^2 -Wert auf Signifikanz überprüft (Testung 2-seitig mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%). Für weitere inferenzstatistische Analysen wurden zunächst die ausgewählten abhängigen, intervallskalierten Variablen (Gesamtzufriedenheit und Gesprächsdauer) auf Normalverteilung getestet, um zu entscheiden, ob bei den folgenden Regressionsanalysen das Bootstrapverfahren zu wählen war. Multiple Regressionsmodelle zeigten auf, welche Merkmale der Befragten oder der Beratungssituation die Zufriedenheit mit der Krisenintervention maßgeblich beeinflussen. Für die Gruppe der Klienten wurden neben soziodemographischen Merkmalen sowie dem aktuellen Anlass der Inanspruchnahme die subjektive Beurteilung der Qualität der Krisenintervention und die Lebensqualität als erklärende Merkmale in das Regressionsmodell aufgenommen. Bei den Angehörigen war es die subjektive Belastung, die zusätzlich herangezogen wurde. Für die Berechnungen galt auch hier ein Signifikanzniveau von 5%. Die Zuordnung erfolgte auch hier pseudonymisiert. Bei den Analysen der Passungsqualität der Weitervermittlung durch die Fachstellen wurde neben deskriptiven Aspekten ebenso die Unabhängigkeit der Gruppen (Vermittlung an KPM vs. Vermittlung an eine PIA) in relevanten Merkmalen (Alter, Geschlecht, Gesprächsdauer am Telefon, Angaben zu bereits bestehendem Helfernetz, Symptomschwere, Leitsyndrom, psychopathologische Aspekte und Anrufergruppe) mithilfe von Pearson- χ^2 -Werten auf Signifikanz bei 5%-Irrtumswahrscheinlichkeit und 2-seitiger Testung überprüft. Mithilfe von χ^2 -Tests ließ sich die Häufigkeitsverteilung der Passungswerte – unterschieden nach den zugewiesenen Fachstellen (KPM bzw. PIA) – ermitteln. Der Passungsscore (intervallskaliert) wurde auf Normalverteilung geprüft, um das Regressionsverfahren (gegebenenfalls Bootstrap) abzusichern. In das Regressionsmodell wurden „bestehendes Helfernetz“ und „Symptomschwere“ als Variablen aufgenommen. Ein möglicher Einfluss des Leitsyndroms (nominalskaliert) wurde varianzanalytisch getestet.

3 Ergebnisse

3.1 Retrospektive Analysen (2008-2013)

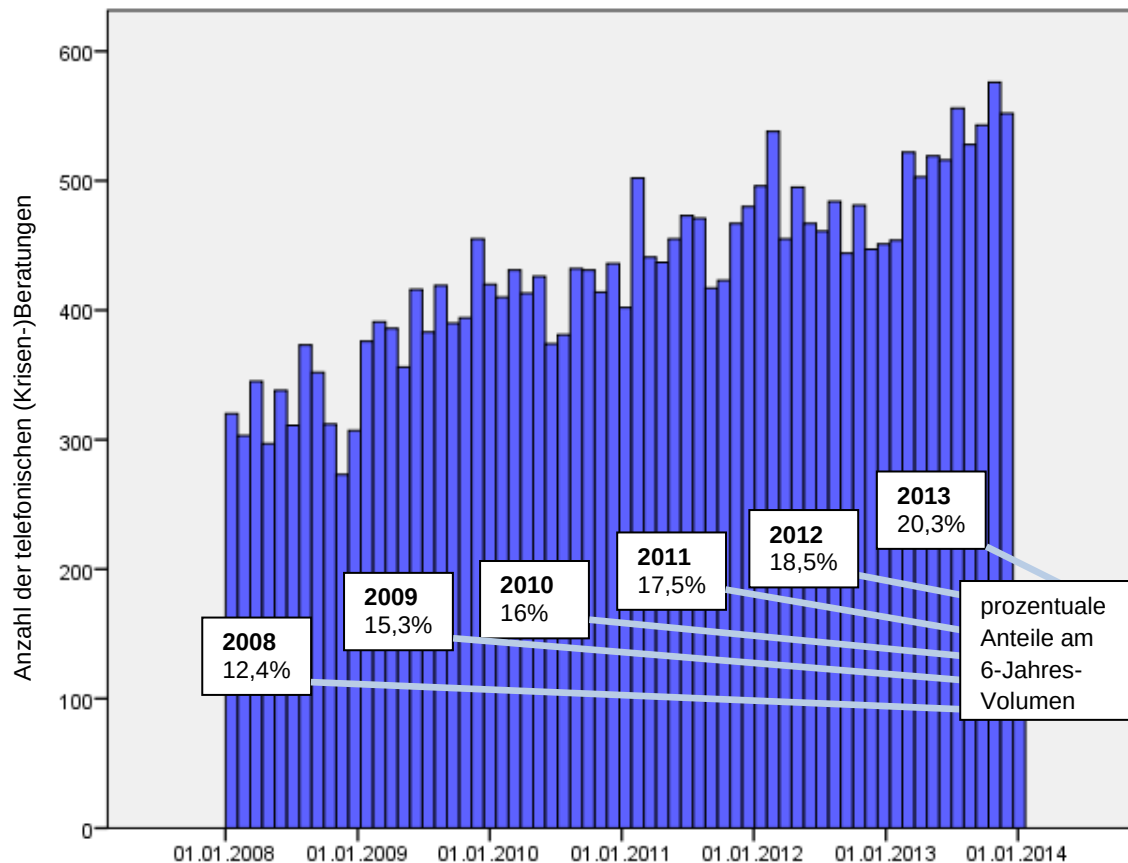


Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl der telefonischen (Krisen-)Beratungen im Krisendienst Psychiatrie München 2008-2013 (n=27694; keine Angabe: n=6187)

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der telefonischen Inanspruchnahme über die ersten 6 Jahre seit Bestehen des Münchner Krisendienstes im Überblick (mit dem jeweiligen prozentualen Anteil am 6-Jahres-Volumen).

Beschreibung der Stichprobe (n=33881):

Von den Indexklienten, dem Anlass des Anrufs beim Krisendienst (vom Anrufer definiert, ob der Anrufer selbst oder z. B. ein Angehöriger im Fokus war), waren 64% Frauen (n=16904) und 36% Männer (n=9508). Bei 36% (n=12197) der Klienten bestand eine Behandlung, 20% (n=6776) waren ohne Behandler und bei 44% (n=14908) war dies unklar (n=33881). Das Durchschnittsalter der Klienten lag

bei 41,3 Jahren (MD 39 J., Max 103 J., Min 4 J., n=16774). 3% der Klienten waren noch unter 18 Jahren, 16% über 60 Jahre und 8% bereits über 70 Jahre alt. Das Alter der Anrufer (wenn es sich nicht um den Klienten selbst handelte) wurde nicht erfasst. Innerhalb der Gruppe der Anrufer (n=27139) waren es mit 54% über die Hälfte die Klienten selbst, die sich an den Krisendienst wandten. Bei 27% aller Anrufer handelte es sich um Angehörige, in 11% der Fälle riefen Fachstellen beim KPM an und 8% wurden unter „sonstige Anrufer“ kategorisiert (hierunter wurden Nachbarn, Mitbewohner, Arbeitskollegen etc. subsummiert). Vom regionalen Bezug her wohnten 60% der Indexklienten in München und 8% im Landkreis München. 7% der Anrufer kamen aus umliegenden Landkreisen: 4% aus Bad Tölz/Wolfratshausen, 16% aus Dachau, 16% aus Ebersberg, 5% aus Erding, 10% aus Freising, 30% aus Fürstenfeldbruck, 3% aus Miesbach, 4% aus Rosenheim und 12% aus Starnberg. Bei 25% der Anrufer fehlte die Angabe des Wohnorts bzw. wurden Orte manuell ergänzt, die sich nicht auf der Auswahlliste befanden.

Leitsyndrome und Psychopathologie Tabelle 1 zeigt die Verteilung relevanter klinischer Merkmale der Gesamtstichprobe für die retrospektiven Analysen.

Tabelle 1: Deskriptive Übersicht zur Merkmalsverteilung der Klientenstichprobe (n=33881) des Krisendienstes Psychiatrie München im Zeitraum 2008-2013 (aus der am Telefon erhobenen Basisdokumentation).

*Anzahl der zu „n“ fehlenden Fälle wurden nicht erfasst

Leitsyndrom	N*=27664	Prozentuale Verteilung
Affektive Störung		26,79 %
Anpassungsstörung		16,48 %
Störung des Realitätsbezugs		13,54 %
Angst/Zwang		7,95 %
Krise bei Persönlichkeitsstörung		5,19 %
Störung des Sozialverhaltens		5,09 %
Suizidales Syndrom		4,75 %
Sucht		4,56 %
Sonstige		1,78 %
nicht einschätzbar		13,87 %
Schwere der Symptomatik (seit 2012 erfasst)	N*=10242	
überhaupt nicht		0,30 %
grenzwertig symptomatisch		0,58 %
nur leicht		1,47 %
mäßig		16,37 %
deutlich		66,40 %
schwer		10,50 %
extrem schwer		0,35 %
nicht beurteilbar		4,03 %
Orientierungs- und Gedächtnisstörungen	N*=23042	
ja		2,8%
nein		69,6%
unbekannt		27,6%
Psychotische Symptome	N*=23050	
ja		11,9%
nein		58,5%
unbekannt		29,6%
Selbstgefährdung	N*=23122	
ja		17,6%
nein		43,7%
unbekannt		38,7%

Merkmale, die den Kontakt zum Krisendienst betreffen

Die mittlere Gesprächsdauer der (Krisen-)Beratungen am Telefon betrug 15,08 Minuten (Max 120 Minuten, Min 1 Minute, SD 8,01). Bezüglich der Akuität der Situation zeigte sich, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle eine Intervention innerhalb des Zeitfensters von 24 Stunden empfohlen wurde (Tabelle 2).

Tabelle 2: Akuitätseinschätzung der Klientenstichprobe (n=33881) des Krisendienstes Psychiatrie München im Zeitraum 2008-2013 (aus der am Telefon erhobenen Dokumentation), davon keine Angabe: n=6187

Item: „Professioneller Hilfebedarf indiziert innerhalb von...“	Prozentuale Verteilung
0-3 Stunden	10,4 %
3-24 Stunden	52,8 %
24 Stunden bis 1 Woche	27,5 %
1 Woche - 1 Monat	4,2 %
> 1 Monat	0,4 %
kein Hilfebedarf	2,4 %
nicht einschätzbar	2,3 %

Zur Frage, wie es nach dem Telefonat weiterging (Ergebnis der Beratung), gibt Tabelle 3 Aufschluss. Hier bildet sich nicht rein die fachliche Einschätzung des Krisendienstmitarbeiters ab (außer in Notfällen und Gefährdungssituationen), sondern das mit dem Anrufer gemeinsam im Telefonat ausgehandelte Ergebnis des Beratungsprozesses.

Tabelle 3: Ergebnis der Beratung bei der Klientenstichprobe (n=33881) des Krisendienstes Psychiatrie München im Zeitraum 2008-2013 (aus der am Telefon erhobenen Dokumentation)

Item: “Wie ging es nach dem Telefonat weiter?“	Prozentuale Verteilung
Notfall (Polizei, Notarzt, Rettungsdienst)	0,6 %
Ärztlicher Einsatz	0,7 %
Nichtärztlicher KPM-Einsatz	12,9 %
Vermittlung	15,1 %
Empfehlung	50,0 %
Sonstiges	5,1 %
Keine Angabe	15,6 %

KPM: Krisendienst Psychiatrie München

Die Vermittlungen und Empfehlungen wurden noch detaillierter erhoben. Von den Vermittlungen wurde der überwiegende Anteil (63,8%) in den vom SGB V finanzierten Bereich übergeleitet, bei den Empfehlungen gibt es eine gleichmäßige Verteilung von SGB V- und SGB XII-finanzierten Stellen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Verteilung von vermittelten und empfohlenen Anschlusshilfen (n=13236) der Klientenstichprobe (n=33881) des Krisendienstes Psychiatrie München im Zeitraum 2008-2013 (aus der am Telefon erhobenen Dokumentation)

	Vermittlung	Empfehlung	Finanzierung
KVR/Polizei/Rettungsdienst	0,7 %	3 %	
Stationärer Bereich	4,7 %	5,1%	SGB V
Psychiatrische Ambulanz	47,3 %	7,2 %	SGB V
Niedergelassener Psychiater	9,4 %	12,9 %	SGB V
Ärztl. Bereitschaftsdienst	1,1 %	1,6 %	SGB V
Psychotherapeut	1,3 %	5,1 %	SGB V
SpDi/GpDi	5,8 %	13,2 %	SGB XII
Beratungsstelle	4,5 %	12,9 %	SGB XII
Rückverweis zum Bestehenden	2,3 %	12,2 %	
Erneuter Anruf bei Bedarf	3,7%	16,8 %	
Ohne nähere Angabe	19,2 %	10,0 %	

KVR: Kreisverwaltungsreferat

SpDi: Sozialpsychiatrischer Dienst

GpDi: Gerontopsychiatrischer Dienst

Rechtsgrund bei stationärer Aufnahme

Im Zusammenhang mit der Frage nach Zwangseinweisungen gaben aus der Datenbank die vorliegenden Protokolle der persönlichen Kriseninterventionen (aufsuchend oder an einem Standort des Krisendienstes) Aufschluss über den Rechtsgrund bei stationären Aufnahmen nach erfolgter persönlicher Krisenintervention. 61% von insgesamt 1489 stationären Zuweisungen waren freiwillige stationäre Aufnahmen, bei 19% wurde die Klinikeinweisung auf der Grundlage des bayerischen Unterbringungsgesetzes durchgeführt, in den anderen Fällen (20%) fehlte die Angabe des Rechtsgrundes.

Zusammenhänge

Von den untersuchten möglichen Zusammenhängen (zwischen Leitsyndrom und Anrufergruppe und Symptomschwere und Anrufergruppe) errechneten sich in der Anwendung des multinomialen Regressionsmodells überzufällige Verbindungen.

Tabelle 5: Multinomiale logistische Regression für das Leitsyndrom in Bezug auf die Anrufergruppe des Krisendienstes Psychiatrie München im Zeitraum 2008-2013: Schätzergebnisse der unstandardisierten Regressionskoeffizienten (gültige n=27115)

Leitsyn- drom ^a	Anrufer	Regres- sions- koeffi- zient B	SF	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% Konfidenz- intervall für EXP (B)	
								Unt. Wert	Ob. Wert
Affektive Störung	Konstante	,477	,059	64,520	1	,000			
	Klient	-,030	,065	,219	1	,640	,970	,855	1,101
	Ange- höriger	,074	,070	1,109	1	,292	1,077	,938	1,235
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	,030	,088	,117	1	,732	1,031	,867	1,226
	k. A.	,238	,000		1		1,268	1,268	1,268
Störung des Realitätsbe- zugs	Konstante	-,067	,067	,990	1	,320			
	Klient	-,262	,074	12,670	1	,000	,769	,666	,889
	Ange- höriger	,036	,079	,203	1	,652	1,036	,887	1,210
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	-,012	,100	,015	1	,902	,988	,811	1,203
	k. A.	,096	,000		1		1,101	1,101	1,101
Angst/ Zwang	Konstante	-,786	,083	89,018	1	,000			
	Klient	,054	,090	,363	1	,547	1,056	,885	1,260
	Ange- höriger	,057	,098	,333	1	,564	1,058	,873	1,283
	Fachstelle	,021	,124	,030	1	,863	1,022	,801	1,303
	Sonstige	,046	,000		1		1,048	1,048	1,048
	k. A.	,096	,000		1		1,101	1,101	1,101
Krise bei PS	Konstante	-1,143	,095	145,269	1	,000			
	Klient	-,048	,103	,217	1	,641	,953	,778	1,167
	Ange- höriger	,004	,112	,001	1	,972	1,004	,806	1,251
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	,000	,142	,000	1	,999	1,000	,757	1,320
	k. A.	-,025	,000	.	1	.	,975	,975	,975
Störung des Sozial- verhal- tens	Konstante	-1,198	,097	153,036	1	,000			
	Klient	-,015	,105	,021	1	,884	,985	,801	1,210
	Ange- höriger	,084	,114	,545	1	,461	1,087	,870	1,359
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	,034	,144	,056	1	,813	1,035	,781	1,371
	k. A.	,017	,000		1		1,017	1,017	1,017

Fortsetzung von Tabelle 5 auf Seite 29

Fortsetzung von Tabelle 5

Leitsyndrom ^a	Anrufer	Regressionskoeffizient B	SF	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% Konfidenzintervall für EXP (B)	
								Unt. Wert	Ob. Wert
Suizidales Syndrom	Konstante	-1,031	,091	128,632	1	,000			
	Klient	-,326	,101	10,459	1	,001	,721	,592	,879
	Angehöriger	-,140	,109	1,634	1	,201	,869	,702	1,077
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	-,036	,137	,068	1	,794	,965	,738	1,262
	k. A.	-,217	,000	.	1	.	,805	,805	,805
Sucht	Konstante	-1,266	,099	162,211	1	,000			
	Klient	-,102	,109	,872	1	,350	,903	,730	1,118
	Angehöriger	,098	,117	,714	1	,398	1,104	,878	1,387
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	,042	,147	,082	1	,775	1,043	,781	1,392
	k. A.	-,024	,000		1		,976	,976	,976
Sonstiges	Konstante	-2,256	,151	222,076	1	,000			
	Klient	-,050	,165	,092	1	,762	,951	,688	1,314
	Angehöriger	,071	,178	,160	1	,689	1,074	,758	1,521
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	,067	,223	,090	1	,765	1,069	,691	1,653
	k. A.	-,002	,000	.	1	.	,998	,998	,998
nicht einschätzbar	Konstante	-,190	,069	7,518	1	,006			
	Klient	-,078	,076	1,066	1	,302	,925	,798	1,073
	Angehöriger	,031	,082	,145	1	,703	1,032	,879	1,211
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	,026	,103	,063	1	,801	1,026	,838	1,256
	k. A.	-,031	,000		1		,969	,969	,969

a. Die Referenzkategorie lautet: Anpassungsstörung.

b. Dieser Parameter wird auf Null gesetzt, weil er redundant ist.

PS: Persönlichkeitsstörung

k. A.: keine Angabe

Für die Anrufergruppe zeigt sich bei den Leitsyndromen „Störung des Realitätsbezugs“ ($p=,000$) und „Suizidales Syndrom“ ($p=,001$) ein signifikanter Zusammenhang. Bei diesen Leitsyndromen sind es signifikant häufiger die Angehörigen als die Klienten selbst, die sich an den Krisendienst wenden (Abbildung 3).

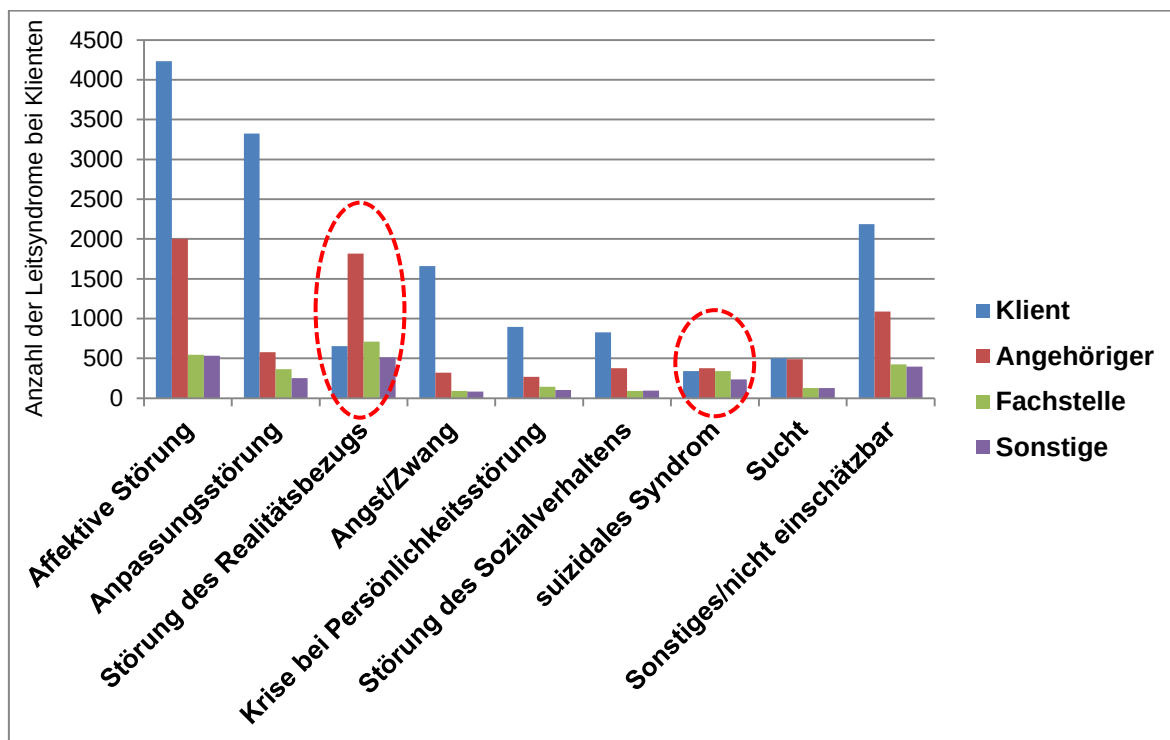


Abbildung 3: Anzahl der Leitsyndrome bei Klienten gruppiert nach Anrufergruppe des Krisendienstes Psychiatrie München im Zeitraum 2008-2013, signifikante Zusammenhänge ($p < 0,05$) markiert (gültige $n = 27115$)

Auch für den CGI-Wert und die Zugehörigkeit zur Anrufergruppe zeigen sich signifikante Zusammenhänge. In den CGI-Kategorien „nur leicht“ und „mäßig“ sind es signifikant häufiger die Klienten selbst, die sich an den Krisendienst wenden (siehe Tabelle 6 und Abbildung 4).

Tabelle 6: Multinomiale logistische Regression für das Leitsyndrom in Bezug auf den CGI-Wert (CGI: Clinical Global Impression Score): Schätzergebnisse der unstandardisierten Regressionskoeffizienten der Nutzer des Krisendienstes Psychiatrie München im Zeitraum 2008-2013 (gültige $n = 10184$)

CGI ^a	Anrufer	Regressionskoeffizient B	SF	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% Konfidenzintervall für EXP (B)	
								Unt. Wert	Ob. Wert
nicht beurteilbar	Konstante	2,615	,423	38,231	1	,000			
	Klient	-,121	,547	,049	1	,825	-,121	,547	,049
	Angehöriger	-,165	,519	,102	1	,750	-,165	,519	,102
	Fachstelle	0 ^b			0		0 ^b		
	Sonstige	-,430	,550	,612	1	,434	,650	,221	1,911

Fortsetzung von Tabelle 6 auf Seite 31

Fortsetzung von Tabelle 6

CGI ^a	Anrufer	Regressionskoeffizient B	SF	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% Konfidenzintervall für EXP (B)	
								Unt. Wert	Ob. Wert
überhaupt nicht	Konstante	-1,792	1,080	2,752	1	,097			
	Klient	2,686	1,150	5,451	1	,020	14,667	1,539	139,793
	Angehöriger	,916	1,204	,579	1	,447	2,500	,236	26,480
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	,288	1,333	,047	1	,829	1,333	,098	18,192
grenzwertig symptomatisch	Konstante	-1,099	,816	1,810	1	,178			
	Klient	2,813	,893	9,922	1	,002	16,667	2,894	95,968
	Angehöriger	,223	,975	,052	1	,819	1,250	,185	8,444
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	-1,099	1,333	,679	1	,410	,333	,024	4,548
nur leicht	Konstante	-1,099	,816	1,810	1	,178			
	Klient	3,777	,886	18,159	1	,000	43,667	7,688	248,036
	Angehöriger	1,253	,906	1,911	1	,167	3,500	,592	20,679
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	,000	1,054	,000	1	1,00	1,000	,127	7,893
mäßig	Konstante	2,159	,431	25,086	1	,000			
	Klient	2,832	,546	26,929	1	,000	16,974	5,825	49,462
	Angehöriger	,693	,523	1,753	1	,185	2,000	,717	5,580
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	,025	,556	,002	1	,964	1,026	,345	3,052
deutlich	Konstante	4,627	,410	127,188	1	,000			
	Klient	1,421	,529	7,223	1	,007	4,142	1,469	11,679
	Angehöriger	,300	,502	,357	1	,550	1,350	,504	3,612
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	-,277	,530	,273	1	,601	,758	,268	2,142
schwer	Konstante	3,466	,415	69,884	1	,000			
	Klient	,163	,535	,093	1	,760	1,177	,413	3,357
	Angehöriger	,016	,508	,001	1	,976	1,016	,375	2,747
	Fachstelle	0 ^b			0				
	Sonstige	-,714	,539	1,758	1	,185	,490	,170	1,407

a. Die Referenzkategorie lautet: extrem schwer.

b. Dieser Parameter wird auf Null gesetzt, weil er redundant ist.

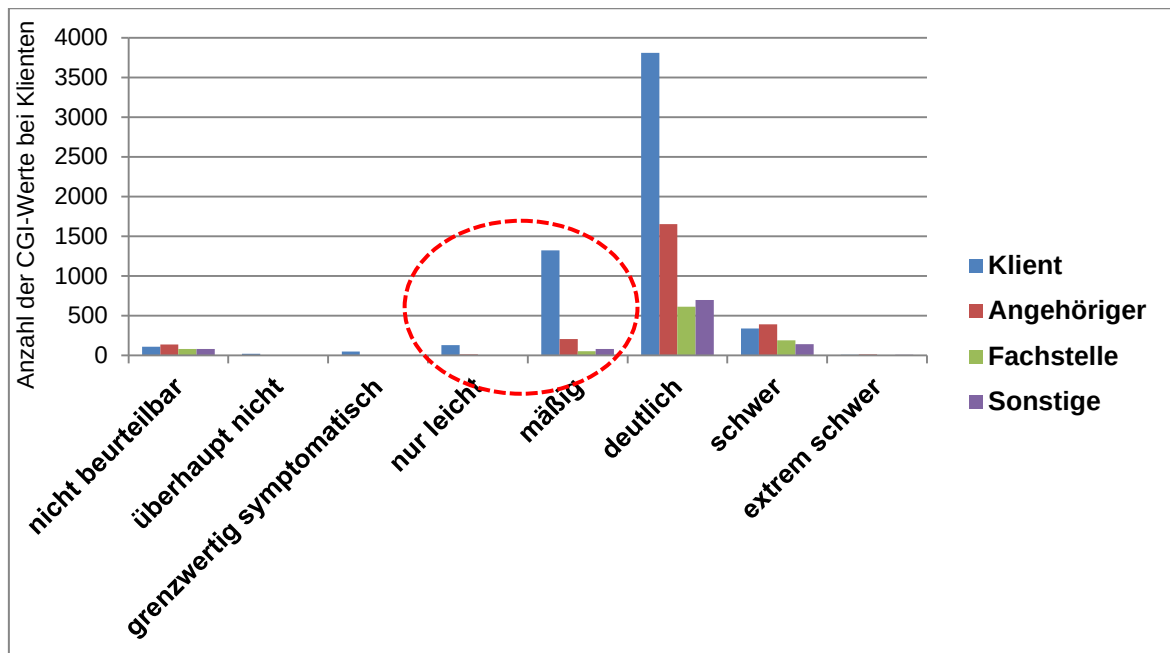


Abbildung 4: Anzahl der CGI-Werte bei Klienten gruppiert nach Anrufergruppe des Krisendienstes Psychiatrie München im Zeitraum 2008-2013, signifikante Zusammenhänge ($p < 0,05$) markiert (gültige $n=10184$)
CGI: Clinical Global Impression Score

Mehrfachanrufer

Es ließen sich 13 Mehrfachanrufer identifizieren (2 männlich, 11 weiblich), die mit 4432 Anrufen im Zeitraum von 6 Jahren 24% aller Verlaufskontakte im Krisendienst ausmachten (Streuung: 92-837 Anrufe) – d. h. durchschnittlich zweimal am Tag rief jemand dieser 13 Mehrfachanrufer im Krisendienst an. Zudem wurden mit diesen 13 Klienten noch 122 ausführlichere, akut-krisenhafte Telefonate geführt (Streuung: 3-23 Telefonate). Das Alter beim Erstkontakt mit dem Krisendienst war im Mittelwert 45,2 Jahre (SD 15,1). Nur eine Klientin befand sich nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer und komplementärer Behandlung, sie nahm auch als einzige keine Medikation. Alle anderen verfügten über ein umfassendes Helfernetz. Durchgehend lag eine langjährige, chronische Krankheitsanamnese vor (Leitsyndrome: Persönlichkeitsstörung $n=6$, Psychose: $n=5$, Depression $n=2$). Die beiden Männer lebten bei ihren Eltern, die 9 Frauen alleine, mit Partner oder in einer betreuten Einrichtung. 10 Anrufer waren ledig, eine geschieden und 2 verheiratet.

3.2 Prospektive Studie: Prüfung auf Repräsentativität

Von allen Anrufern im 4. Quartal 2014 stimmten 30,9% (n=1072) einer Studienteilnahme zu, abgelehnt haben 39,3%. 29,8% der Anrufer wurden nicht nach einer Studienteilnahme gefragt. Als Gründe, Anrufer nicht bzgl. der Studienteilnahme zu fragen, wurden von den Mitarbeitern der telefonischen Leitstelle unterschiedliche Aspekte genannt: „vergessen“, „Anrufer blieb anonym“, „keine Postadresse“, „massive Sprachbarriere“, „fachlich unpassend (z. B. bei akut paranoiden Zuständen der Anrufer)“. Um die Rücklaufquote und die Datenqualität zu verbessern, wurde in Absprache mit der Studienleitung der Erhebungszeitraum um einen Monat verlängert (zunächst war der Erhebungszeitraum nur auf Oktober und November 2014 angelegt). Außerdem gab es eine Nachfassaktion, bei der allen Nutzern, die am Telefon einer Teilnahme zugestimmt hatten, nach 2 Wochen nochmals die kompletten Unterlagen zugesandt wurden. Dies steigerte die Rücklaufquote um 2,2% auf insgesamt 14,6%. Die Repräsentativität der Auswahl zurückgeschickter Unterlagen wurde geprüft. Die Rücklaufquote der Fachstellenmitarbeiter bzgl. der Vermittlungsqualität lag bei 77%. Um systematische Fehler bei der Interpretation der erhobenen Daten auszuschließen, wurde die Repräsentativität der 156 zurückgesandten Fragebögen der prospektiven Studie (Rücklaufquote 14,6%) untersucht. Es wurde geprüft, ob sich die Zielkategorie Studienteilnahme auf relevante Variablen wie Symptomschwere, Leitsyndrom oder Anrufergruppe zurückführen lässt. In der Prozedur zu einer binären logistischen Regression – der Hosmer-Lemeshow-Modellgültigkeitstest war mit $p=,312$ (Chi-Quadrat 10,482, df 7) nicht signifikant – wurden insgesamt 84,6% der Fälle richtig klassifiziert. Für die Leitsyndrom-Kategorie „Störung des Realitätsbezugs“ muss mit einer Signifikanz von $p=,009$ und einem Effektkoeffizienten EXP (B) von ,607 die Nullhypothese verworfen werden. Bei den Indexklienten dieser Kategorie war der Anteil der Studienteilnehmer geringer (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Binäre logistische Regression zur Repräsentativitätsprüfung (Studienteilnahme ja/nein), Indexklienten des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014: Schätzergebnisse der unstandardisierten partiellen Regressionskoeffizienten (n=1064), missing values bei a

	Regressionskoeffizient B	SF	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% Konfidenzintervall für EXP (B)	
							Unt. Wert	Ob. Wert
Affektive Störung			16,791	9	,052			
Störung des Realitätsbezugs	-,499	,191	6,838	1	,009	,607	,418	,882
Anpassungsstörung	,081	,275	,086	1	,769	1,084	,632	1,860
Angst/Zwang	,160	,219	,534	1	,465	1,173	,764	1,802
Suizidales Syndrom	-,049	,266	,033	1	,855	,953	,565	1,605
Sucht	-,642	,481	1,784	1	,182	,526	,205	1,350
Krise bei PS	1,015	,552	3,379	1	,066	2,759	,935	8,139
Störung des Sozialverhaltens	,360	,443	,659	1	,417	1,433	,601	3,417
Sonstiges	-,569	,310	3,371	1	,066	,566	,308	1,039
nicht einschätzbar	,073	,568	,016	1	,898	1,075	,353	3,275
Symptom-schwere ^a	-,013	,138	,009	1	,925	,987	,754	1,293
Anrufer - Klient			4,283	2	,117			
Anrufer - Angehöriger	,181	,321	,318	1	,573	1,199	,639	2,249
Anrufer - Fachstelle	-,225	,328	,470	1	,493	,799	,420	1,518
Konstante	2,326	,508	20,978	1	,000	10,233		

PS: Persönlichkeitsstörung

3.3 Prospektive Studie (Vollerhebung 4. Quartal 2014)

Beschreibung der Gesamtstichprobe (n=156)

Die erhobene Stichprobe umfasste von den Indexklienten, die bei den Anrufen als Grund des Anrufs genannt wurden, 62,9% Frauen und 37,1% Männer (n=143). Der Altersdurchschnitt lag bei 42 Jahren (MD 38,5 J., Max 88 J., Min 12 J., n=144).

Die Anrufer wurden differenziert nach ihrer Beziehung zum Klienten erfasst. Bei 51,3% waren es die Klienten selbst, bei 37,8% Angehörige und bei 10,9% meldeten sich Fachstellen (n=156). Bei 55,4% der Indexklienten bestand zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme bereits eine Behandlung, bei 33,8% bestand keine Behandlung und in 10,8% der Fälle war dies nicht bekannt (n=148).

Leitsyndrome und Symptomschwere der Gesamtstichprobe

Die Merkmalsverteilungen der Leitsyndrome und der Schwere der Symptomatik sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Deskriptive Übersicht zur Merkmalsverteilung der Gesamtstichprobe (n=156) der Indexklienten des Krisendienstes Psychiatrie München im Zeitraum im 4. Quartal 2014 (aus der am Telefon erhobenen Basisdokumentation)

Leitsyndrom	N=156	Prozentuale Verteilung
Affektive Störung		35,2 %
Anpassungsstörung		19,9 %
Störung des Realitätsbezugs		11,1 %
Angst/Zwang		11,5 %
Krise bei Persönlichkeitsstörung		3,2 %
Störung des Sozialverhaltens		8,3 %
Suizidales Syndrom		3,2 %
Sucht		1,9 %
Sonstige		1,9 %
nicht einschätzbar		3,8 %
Schwere der Symptomatik	N=156	
überhaupt nicht		0,0 %
grenzwertig symptomatisch		1,3 %
nur leicht		0,0 %
mäßig		17,9 %
deutlich		70,6 %
schwer		8,3 %
extrem schwer		0,0 %
nicht beurteilbar		1,9 %

Merkmale, die den Kontakt zum Krisendienst betreffen

Noch nie Kontakt zum KPM hatten von den 156 Nutzern der Stichprobe 74,7%, 16,6% hatten selten Kontakt, 6,8% häufig und 1,9% sehr häufig. Die mittlere Gesprächsdauer betrug 18,5 Minuten (MD 15 Minuten, Max 68 Minuten,

Min 1 Minute). Kenntnis vom Krisendienst hatten 29,4% der Anrufer aus dem Internet, 15,7% wussten durch Freunde oder Angehörige davon, 6,5% gaben „Sonstiges“ an, 4,6% nannten Informationsmaterial (Flyer) und die übrigen 43,8% der Anrufer fühlten sich durch unterschiedliche professionelle Stellen informiert (n=153). Auf die Frage, wie es in den 156 Fällen nach dem Telefonat weitergegangen sei, gaben 22,1% an, es sei bei dem Telefonat geblieben, bei 15,6% wurde eine Empfehlung gegeben, 5,2% nannten „Sonstiges“ und bei 57,1% wurde eine konkrete Anschlusshilfe vermittelt: mobiler Kriseneinsatz 20,5%, persönliche Krisenberatung 10,2%, Ambulanztermin 38,6%, Nervenarzttermin 15,9%, Sonstige 14,8%. Bezüglich der zeitlichen Verfügbarkeit des Termins äußerten sich die Teilnehmer (n=59) wie folgt: sofort 13,6%, innerhalb von 1-3 Stunden 32,2%, innerhalb von 3-24 Stunden 32,2%, später 22%. Die Qualität der Vermittlung wurde von 74,1% aller Anrufer als sehr gut, von 25,9% als gut und von niemandem mäßig oder schlecht eingestuft (n=58). In Abbildung 5 sind die Ergebnisse der Zufriedenheitsbeurteilung (ZUF-8-Fragebogen) aller Nutzer mit der telefonischen Beratung des Krisendienstes dargestellt. Der mittlere Gesamtscore lag bei 27,9, MED 29, SD 4,1). Der höchste durchschnittliche Wert ist mit 3,73 in der Kategorie ZUF_4: „Würden Sie einem Freund/einer Freundin unseren Dienst empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?“, der niedrigste Durchschnittswert (3,37) ist in den beiden Items ZUF_3 „In welchem Maße hat unser Dienst Ihren Bedürfnissen entsprochen?“ und ZUF_5 „Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?“ zu finden.

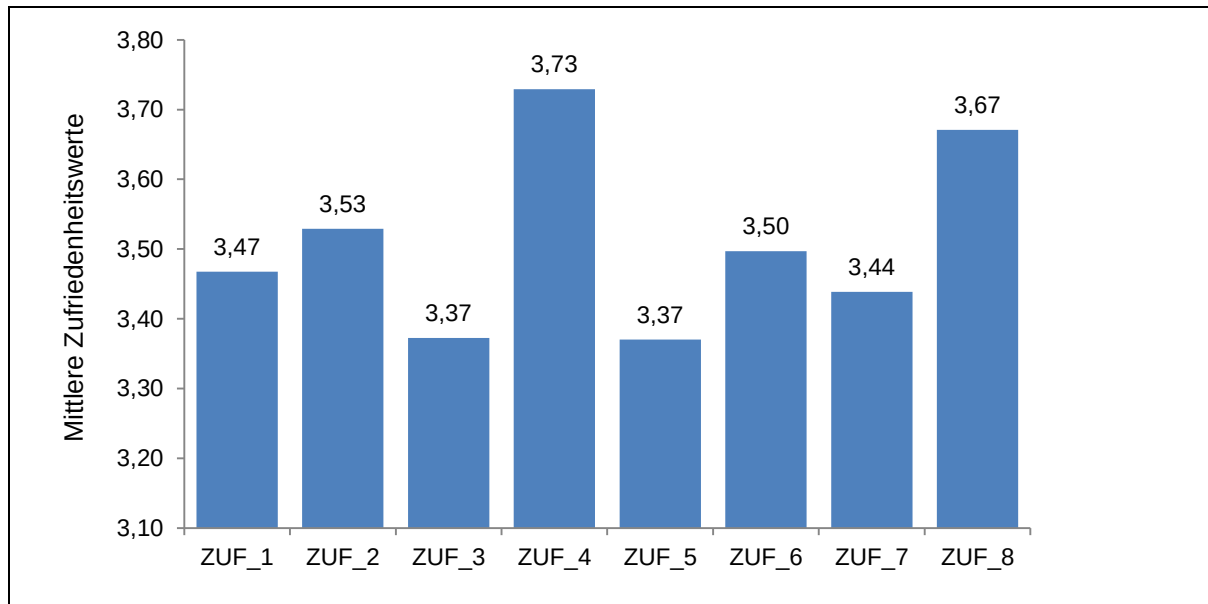


Abbildung 5: Ergebnisse des ZUF 8 – mittlere Zufriedenheitswerte der Gesamtstichprobe des Krisendienstes Psychiatrie München mit der telefonischen Beratung im 4. Quartal 2014 (n=156)

Differenzierte Beschreibung der Klientenstichprobe (n=87):

Der Altersdurchschnitt der selbst betroffenen Anrufer lag bei 41,3 J. (MD 38 J., Max 74 J., Min 17 J., SD 15,1, n=85), davon 64,3% Frauen und 35,7% Männer (n=84). Von dieser Gruppe der Klienten waren 54,9% alleinstehend, 18,3% verheiratet, 9,8% mit Partner lebend, 2,4% getrennt lebend, 8,5% geschieden und 6,1% verwitwet. Keinen Schulabschluss hatten 2,3% der Klienten, einen Hauptschulabschluss 19,3%, Mittlere Reife 17,0%, Fachhochschulreife 11,4%, Abitur 15,9%, Fachhochschulabschluss 8,0%, Universitätsabschluss 22,7% und postgraduiert waren 3,4%. Ein subjektives Krankheitsgefühl („Sind Sie gegenwärtig krank?“) lag bei 71,1% der anrufenden Klienten vor. Die Angabe der Diagnose von diesen Klienten wurde in der Auswertung entsprechend den Leitsyndromen zugeordnet, die von den Krisendienstmitarbeitern in der internen Dokumentation erfasst wurden. Diese zwei unterschiedlichen Perspektiven auf Krankheit/Leitsyndrom werden in Tabelle 9 gegenübergestellt.

Tabelle 9: Gegenüberstellung: subjektives Krankheitsgefühl der Betroffenen und telefonische Einschätzung des Leitsyndroms durch Fachkräfte im Krisendienst Psychiatrie München im 4. Quartal 2014 (n=87)

	Selbsteinschätzung der Klienten	Leitsyndromeinschätzung durch Fachkräfte
nicht krank	27,6% (24)	
Krank (nicht näher beschrieben)	16,1% (14)	
Affektive Störung	28,7% (25)	29,9% (26)
Anpassungsstörung	3,4% (3)	23% (20)
Störung des Realitätsbezugs	6,9% (6)	2,3% (2)
Angst/Zwang	3,4% (3)	16,1% (14)
Krise bei Persönlichkeitsstörung	6,9% (6)	4,6% (4)
Störung des Sozialverhaltens		8% (7)
Suizidales Syndrom		
Sucht	1,1% (1)	1,1% (1)
Sonstige	1,1% (1)	3,4% (3)
nicht einschätzbar		3,4% (3)
Keine Angabe	4,6% (4)	8% (7)

Die detaillierte Erfassung der subjektiven Lebensqualität der Klienten wurde mittels des WHOQOL-BREF erhoben. Da es keine klinisch überprüften Grenzwerte für den Bereich „gesund“ oder „krank“ gibt, werden nur die Mittelwerte und Standardabweichungen in Tabelle 10 aufgeführt, die für die Analyse der Zusammenhänge verwendet wurden.

Tabelle 10: WHOQOL-Bref (nach 0-100-Transformation) – subjektive Lebensqualität von Indexklienten des Krisendienstes Psychiatrie München im 4. Quartal 2014 (n=87)

	N gültig	MW	MD	SD	Min	Max
WHOQOL 1 Physisches Wohlbefinden	86	55,37	57,14	17,31	0,00	96,43
WHOQOL 2 Psychisches Wohlbefinden	86	41,67	41,67	18,37	4,17	83,33
WHOQOL 3 Soziale Beziehungen	85	43,38	41,67	23,09	0,00	100,00
WHOQOL 4 Umwelt	87	65,39	68,75	19,25	9,38	96,88
WHOQOL Globalwert	87	46,26	50,00	17,30639	0,00	87,50

WHOQOL-Bref: The World Health Organization Quality of Life, deutschsprachige Version

Die Prozessevaluation aus Sicht der Klienten ergab im Mittel positive Bewertungen der persönlichen Krisenintervention (der mittlere Itemwert für die Faktoren lag bei einer Skalierung von 0-7 durchgehend über dem neutralen Mittelwert 3), falls diese vermittelt wurde. Tabelle 11 zeigt dies aufgegliedert nach den 6 Bewertungsfaktoren des BIKEB.

Tabelle 11: BIKEB – Zufriedenheit mit einer persönlichen Krisenintervention im Anschluss an das Telefonat (n=156), Indexklienten des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014

	N gültig	MW	Mittl. Item	MD	SD	Min	Max
BIKEB 1 Innere Sicherheit	60	38,15	3,47	40,00	13,66	8	66
BIKEB 2 Berater	57	13,40	4,47	14,00	3,81	3	18
BIKEB 3 Prakt. Informationen	60	13,67	4,56	15,00	4,19	0	18
BIKEB 4 Selbstzugang	57	16,16	4,04	17,00	5,45	2	24
BIKEB 5 Wohlfühlen	66	14,00	4,67	15,00	3,97	0	18
BIKEB 6 Gefühle und körperl. Befinden	61	8,60	4,3	9,00	3,17	1	12

BIKEB: Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen

Differenzierte Beschreibung der Angehörigenstichprobe (n=60):

Die Angehörigen, die den Krisendienst telefonisch in Anspruch nahmen, waren durchschnittlich 49,9 Jahre alt (MD 51 J., Max 78 J., Min 29 J., SD 13,03, n=59). Mehr als die Hälfte dieser Anrufergruppe (55,9%) waren Frauen. Mit 91,7% (n=55) wurde die Sorge um den Klienten mehrheitlich als größte empfundene Belastung vor dem Telefonat genannt. Nur jeweils ein Angehöriger nannte bei dieser Frage „Sorge um das eigene Befinden“, „Beeinträchtigung des Lebensumfelds“ oder Sonstiges. Zwei Anrufer gaben „kein Hilfsangebot verfügbar“ an. Die Stärke der subjektiven Belastung der Angehörigen gliedert sich in die 4 Subskalen des IEQ-EU (Tabelle 12).

Tabelle 12: IEQ-EU – Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Subskalen und des Gesamtwerts (n=60), Angehörige als Nutzer des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014

	N gültig	MW	SD
IEQ 1: Spannung	50	19,20	6,44
IEQ 2: Beaufsichtigung/Kontrolle	50	9,54	4,73
IEQ 3: Sorgen	49	19,29	5,15
IEQ 4: Drängen	51	16,22	7,03
IEQ: Gesamtscore	48	64,29	17,64

IEQ: Involvement Evaluation Questionnaires

Differenzierte Beschreibung der Fachstellenstichprobe (n=17):

Auf die Frage nach der größten empfunden Belastung vor dem Telefonat antworteten 16 Fachstellen mit „Sorge um den Klienten“ und eine mit „kein Hilfsangebot verfügbar“ (bei einer fehlenden Angabe). Soziodemographische Daten wurden in dieser Gruppe nicht erhoben.

Evaluation

Bei der Prüfung auf Zusammenhänge zwischen relevanten Kriterien zeigt sich, dass sich das Leitsyndrom bzgl. der erwarteten Häufigkeiten signifikant hinsichtlich der Anrufergruppe unterscheidet (Chi-Quadrat=34,3, df=18, p=,012). Mit einem Phi-Wert von 0,469 ist dieser Zusammenhang als bedeutend zu betrachten. Abbildung 6 gibt dazu eine detaillierte Aufschlüsselung.

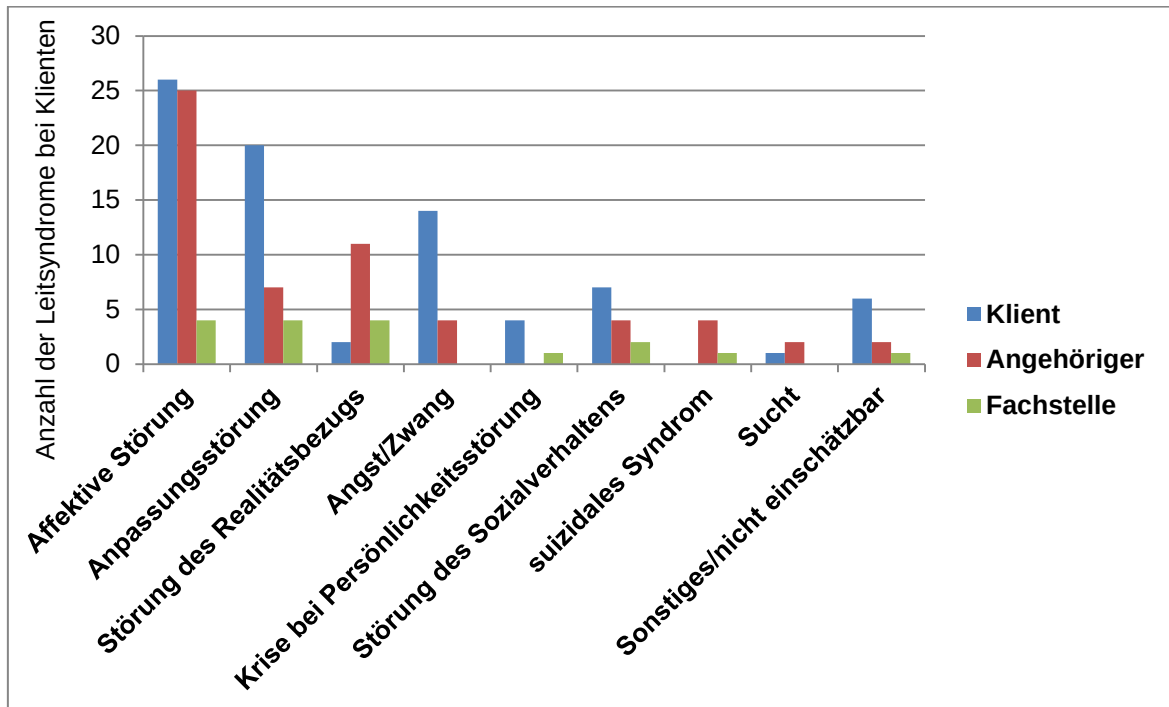


Abbildung 6: Anzahl der Leitsyndrome bei Klienten gruppiert nach Anrufergruppe der Gesamtstichprobe (n=156) bei Indexklienten des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014

Da die Hypothese einer Normalverteilung (für die Variablen Gesamtzufriedenheit und Gesprächsdauer) in beiden Fällen verworfen wurde (Kolmogorov-Smirnov und Shapiro-Wilk-Test jeweils für beide Variablen hochsignifikant mit $p=,000$) wurden die dann folgenden Regressionsanalysen mit Bootstrapverfahren gerechnet. Die Zufriedenheit mit der telefonischen Beratung erwies sich unabhängig davon, wer beim Krisendienst anruft (Betroffene, Angehörige, Fachstellen). Tabelle 13 und Abbildung 7 zeigen die berechneten Werte.

Tabelle 13: Zufriedenheit mit der telefonischen Beratung bei Nutzern des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014: Bootstrap für Koeffizienten (*based on 996 samples)

Anrufer- gruppe ^a	Regres- sionskoeffi- zient B	Ver- zerrung	SF	Signifikanz (2-seitig)	95% Konfidenzintervall	
					Unt. Wert	Ob. Wert
Konstante	24,026	0,010*	0,452*	,001*	23,154*	24,889*
Angehörige	,797	,008*	,78*	,312*	-,738*	2,365*
Fachstellen	-4,026	,034*	2,561*	,097*	-9,170*	1,040*

^a Die Referenzkategorie lautet: Klient selbst

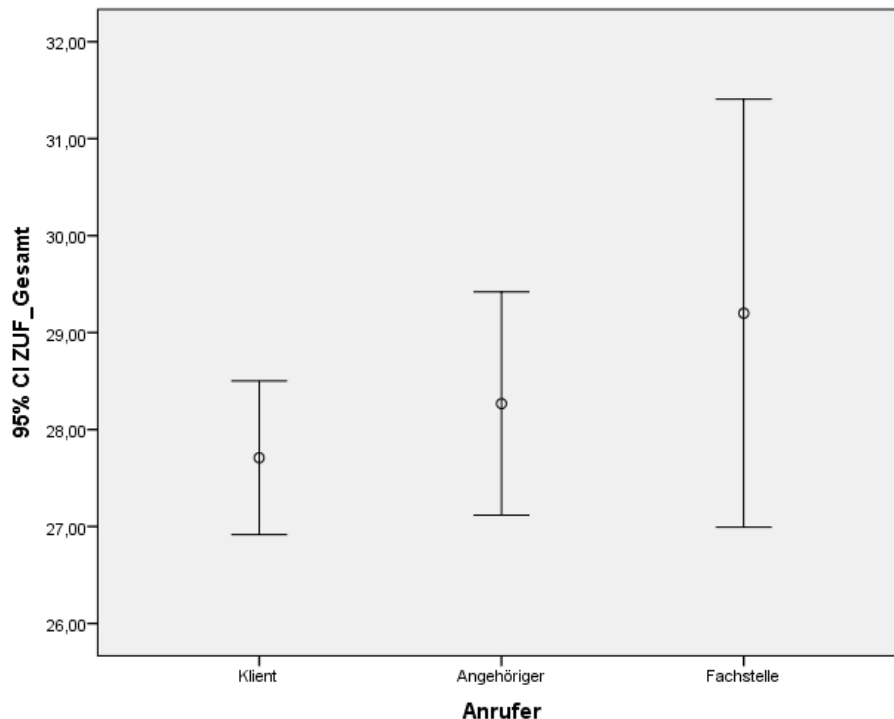


Abbildung 7: Mittelwerte und Konfidenzintervalle bei den Nutzern des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014 (Bootstrapregression für die Gesamtzufriedenheit differenziert nach Anrufergruppe)

Tabelle 14 zeigt die Regressionskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen der Anrufergruppe und der Gesprächsdauer. Auch hier errechnete sich kein signifikanter Zusammenhang – die Dauer des Beratungsgesprächs ist unabhängig davon, wer beim Krisendienst anruft (siehe auch Abbildung 8).

Tabelle 14: Gesprächsdauer am Telefon bei Nutzern des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014: Bootstrap für Koeffizienten (based on 1000 samples)

Anrufer- gruppe ^a	Regres- sionskoeffi- zient B	Ver- zerrung	SF	Signifikanz (2-seitig)	95% Konfidenzintervall	
					Unt. Wert	Ob. Wert
Konstante	20,400	,040	1,209	,001	18,226	22,872
Angehörige	,937	-,046	1,781	,590	-2,806	4,363
Fachstellen	-2,106	-,016	2,299	,348	-6,530	2,342

^a Die Referenzkategorie lautet: Klient selbst

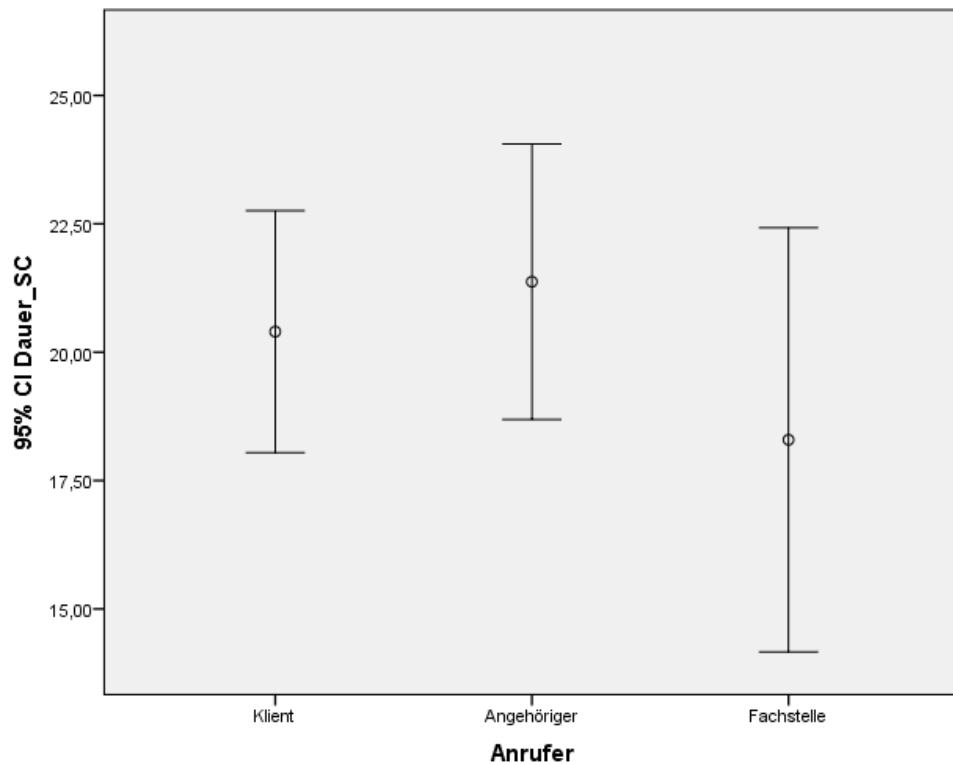


Abbildung 8: Mittelwerte und Konfidenzintervalle bei Nutzern des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014 (Bootstrapregression für die Gesprächsdauer differenziert nach Anrufergruppe)

Für die Anrufergruppe der Klienten wurde die Abhängigkeit der Zufriedenheit mit dem Beratungsgespräch von der Symptomschwere und der subjektiven Lebensqualität ebenso regressionsanalytisch untersucht. Es lassen sich keine überzufälligen Zusammenhänge feststellen (Tabelle 15).

Tabelle 15: Zufriedenheit mit der telefonischen Beratung von Nutzern des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014 (WHOQOL-BREF und Symptomschwere): Bootstrap für Koeffizienten (based on 1000 samples)

	Regres- sionskoeffi- zient B	Ver- zerrung	SF	Signifikanz (2-seitig)	95% Konfidenzintervall	
					Unt. Wert	Ob. Wert
Konstante	25,214	-,031	3,985	,001	17,313	32,896
WHOQOL 1 Physisches Wohlbefinden	,043	-,001	,036	,246	-,029	,113
WHOQOL 2 Psychisches Wohlbefinden	,017	,002	,035	,604	-,050	,093
WHOQOL 3 Soziale Beziehungen	-,005	,001	,024	,807	-,048	,048
WHOQOL 4 Umwelt	,005	,000	,032	,877	-,058	,069
WHOQOL Globalwert	-,021	-,001	,033	,503	-,088	,043
Symptom- schwere	,060	,009	,628	,914	-1,067	1,405

WHOQOL-Bref: The World Health Organization Quality of Life, deutschsprachige Version

Tabelle 16 zeigt die Regressionskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der telefonischen Beratung und den subjektiv erlebten Belastungsfaktoren der Angehörigen. Signifikant stellen sich zwei Zusammenhänge dar. Der negative Koeffizient für die IEQ-Dimension „Sorgen“ zeigt, dass die Zufriedenheit mit der telefonischen Beratung bei den Angehörigen mit zunehmender Sorge um den betreffenden Angehörigen sinkt. Der positive Regressionskoeffizient der IEQ-Subskala „Drängen“ weist darauf hin, dass der Zufriedenheitsscore mit zunehmendem Drängen der Angehörigen steigt.

Tabelle 16: Zufriedenheit mit der telefonischen Beratung von Nutzern des Krisendienstes Psychiatrie München, 4 Quartal 2014 (Symptomschwere und IEQ): Bootstrap für Koeffizienten (based on 1000 samples)

	Regressionskoeffizient B	Verzerrung	SF	Signifikanz (2-seitig)	95% Konfidenzintervall	
					Unt. Wert	Ob. Wert
Konstante	27,089	-5,180	10,805	,001	1,146	33,225
Symptomschwere (Klient)	,810	,917	1,792	,401	-,253	6,519
IEQ 1: Spannung	,130	,015	,146	,358	-,164	,512
IEQ 2: Beaufsichtigung/ Kontrolle	-,132	-,004	,176	,438	-,479	,196
IEQ 3: Sorgen	-,449	-,027	,191	,028	-,804	-,157
IEQ 4: Drängen	,204	-,008	,109	,044	,018	,369

IEQ: Involvement Evaluation Questionnaires

Die Frage, ob das Ergebnis des Telefonats (nur Telefonat, inklusive Empfehlung) versus konkrete Vermittlung einer Anschlussilfe einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Telefonat hat, wurde insgesamt über alle Gruppen überprüft. Es ließ sich kein signifikanter Zusammenhang feststellen, die Zufriedenheit der Nutzer ist unabhängig vom Ergebnis des Telefonats (Tabelle 17). Auch bei getrennter Bootstrapregressionsanalyse für die Klienten- und die Angehörigengruppe ergaben sich keine überzufälligen Verbindungen. Bei der Gruppe der Klienten: nur Telefonat: Regressionskoeffizient B=2,090, Verzerrung=-,101, SF=1,282, p=,111; konkrete Anschlussilfe: Regressionskoeffizient B=1,217, Verzerrung=-,069, SF=1,157, p=,323.

Bei der Gruppe der Angehörigen: nur Telefonat: Regressionskoeffizient B=,786, Verzerrung=,123, SF=2,508, p=,739; konkrete Anschlussilfe: Regressionskoeffizient B=2,700, Verzerrung=-,010, SF=1,717, p=,121.

Tabelle 17: Zufriedenheit mit der telefonischen Beratung über alle Anrufergruppen von Nutzern des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014 (Ergebnis nach Telefonat): Bootstrap für Koeffizienten (based on 1000 samples)

	Regres- sions- koeffizient B	Ver- zerrung	SF	Signifikanz (2-seitig)	95% Konfidenzintervall	
					Unt. Wert	Ob. Wert
Konstante	26,813	,008	,733	,001	25,313	28,227
Nur Telefonat	1,563	-,073	1,073	,164	-,763	3,630
konkrete Anschluss- hilfe	1,571	-,011	,833	,054	-,055	3,089

3.4 Professionelle Bewertung der Weitervermittlung

An der Schnittstelle der direkten Vermittlung an Angebote des Krisendienstes (aufsuchende Krisenberatung oder persönliche Beratung an einem Krisendienststandort) oder in den klinischen Bereich der psychiatrischen Institutsambulanz wurden insgesamt 215 Facheinschätzungen erhoben (n=136 im Rahmen des KPM, n=79 bei den PIAs). Die gesamte Klientenstichprobe war durchschnittlich 40,6 Jahre alt (MED 37 J., Min 17 J., Max 88 J.), davon 54% Frauen. Im Mittelwert dauerte ein Telefonat mit dieser Klientengruppe 18,9 Minuten. Von der Schwere der Symptomatik waren am Telefon 0,7% extrem schwer, 14,4% als schwer, 78,1% als deutlich, 4,8% mäßig und 2,1% als nicht beurteilbar eingestuft. Die beiden Gruppen (Vermittlung an KPM versus Vermittlung an PIA) unterschieden sich in diesen Merkmalen nicht überzufällig voneinander (Prüfung erfolgte mittels CHI-Quadrat-Tests). Signifikante Unterschiede zeigten sich hingegen in mehreren anderen relevanten Variablen. Die Anrufergruppe hängt signifikant mit der vermittelten Stelle zusammen: Chi-Quadrat nach Pearson (Wert 8,199) mit $p=,017$ (df 2), siehe hierzu Abbildung 9.

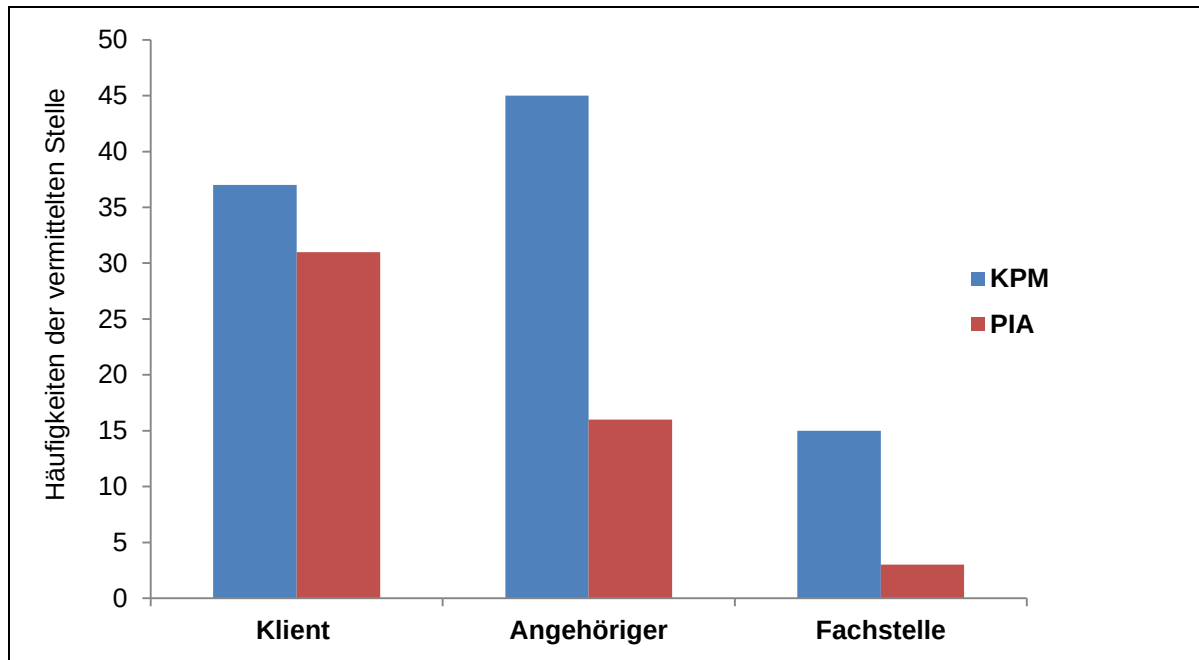


Abbildung 9: Häufigkeiten der vermittelten Stelle gruppiert nach Anrufern (n=147) des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014
 KPM: Krisendienst Psychiatrie München
 PIA: Psychiatrische Institutsambulanz

Beim Leitsyndrom ist das Chi-Quadrat nach Pearson (Wert 23,610) mit $p=,005$ hochsignifikant (df 9). Die Zuweisung der Klienten auf die jeweilige Fachstelle folgt – bezogen auf die Leitsyndrome – einer Systematik: Klienten mit affektivem Leitsyndrom werden häufiger an die PIAs vermittelt, während alle anderen Klienten eher dem KPM zugewiesen werden (Abbildung 10).

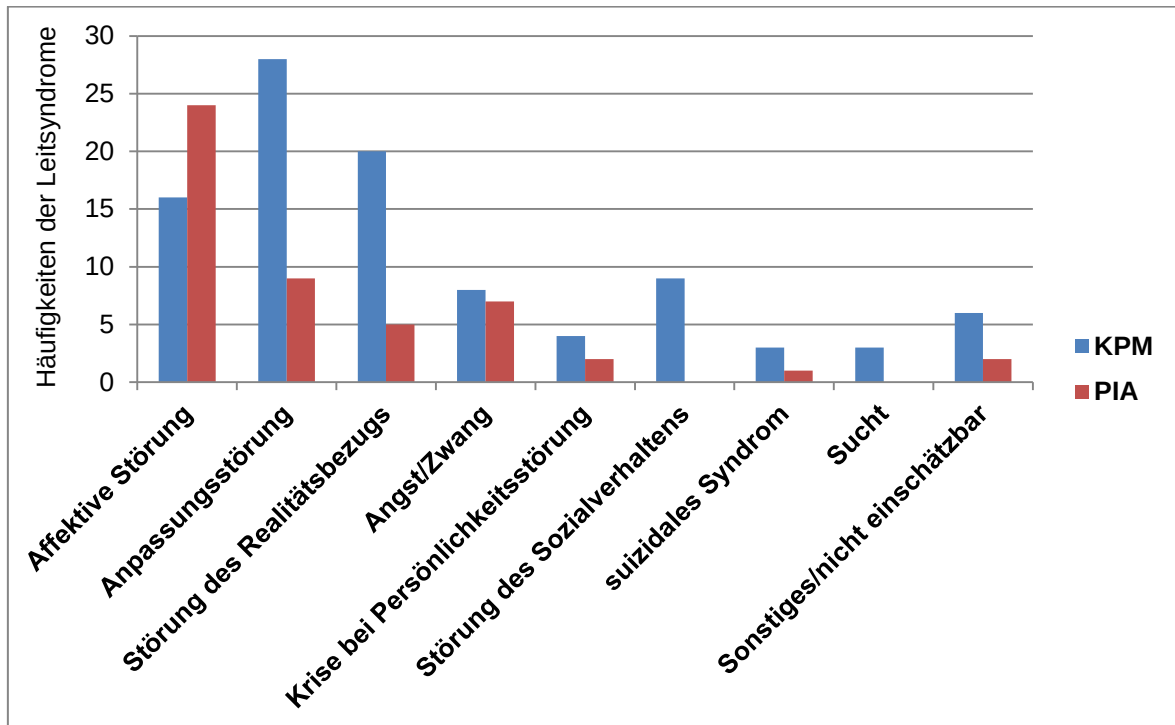


Abbildung 10: Häufigkeiten der Leitsyndrome bei vermittelten Klienten des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014, gruppiert nach zugewiesener Fachstelle (n=147)
KPM: Krisendienst Psychiatrie München
PIA: Psychiatrische Institutsambulanz

Bei 46,1% aller Klienten dieser Stichprobe bestand bereits ein Helfernetz. Welche Hilfen/Behandlungsstellen bei dieser Frage konkret genannt wurden, zeigt Tabelle 18.

Tabelle 18: Aufschlüsselung des bestehenden Helfernetzes bei 46,1% der Gesamtstichprobe (n=204) von Indexklienten des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014

	N=94	Prozentuale Verteilung
gesetzliche Betreuer		1,1%
spezifische Beratungsstellen		2,2%
Klinik		2,2%
PIA		4,4%
BSA		4,4%
Betreutes Wohnen		4,4%
SPDI		5,6%
Hausarzt		5,6%
Bekannte/Familie		7,8%
Psychotherapie		8,9%
Psychiater		12,3%
mehrere Behandler		41,1%

PIA: Psychiatrische Institutsambulanz
BSA: Bezirkssozialarbeit
SPDI: Sozialpsychiatrischer Dienst

Auch bezüglich dieses bereits bestehenden Helfernetzes der Klienten ist die Zuweisungsentscheidung bei einem Chi-Quadrat nach Pearson (Wert 6,811) mit $p=,033$ (df 2) nicht zufällig. Abbildung 11 zeigt diesen Zusammenhang. Bestand bereits ein Helfernetz, erfolgte die Zuweisung eher an das Angebot des Krisendienstes (aufsuchend oder am Krisendienststandort).

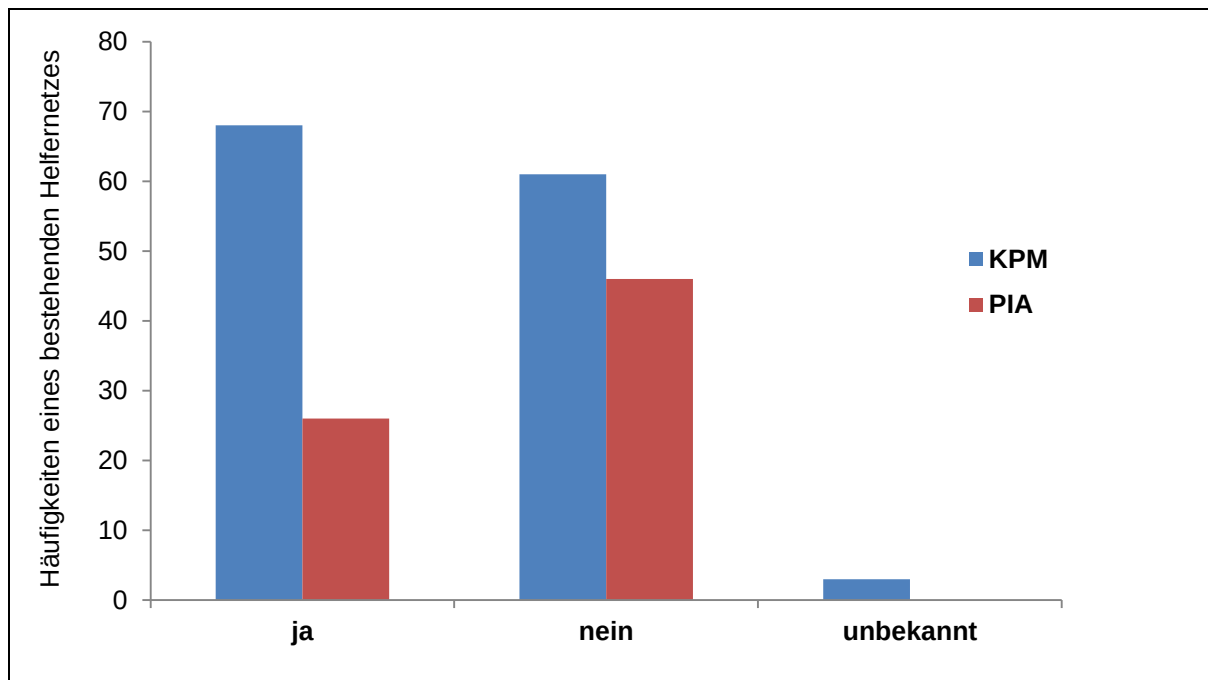


Abbildung 11: Häufigkeiten eines bestehenden Helfernetzes von Indexklienten des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014, gruppiert nach vermittelter Fachstelle (n=204)

KPM: Krisendienst Psychiatrie München

PIA: Psychiatrische Institutsambulanz

Näher differenziert nach einzelnen psychopathologischen Kriterien ließ sich bei 2,8% der Klienten dieser Stichprobe eine Orientierungsstörung, bei 17,7% psychotische Symptome und bei 19,1% eine Selbstgefährdung eruieren. Es bestehen hochsignifikante Zusammenhänge zwischen psychopathologischen Aspekten und der Vermittlungsentscheidung, die gemeinsam am Telefon getroffen wurde (Tabelle 19). Vor allem bei den als „unbekannt“ eingestuft psychopathologischen Merkmalen von Klienten erfolgte überzufällig eine interne KPM-Weiterverweisung und keine Vermittlung an eine PIA.

Tabelle 19: Übersicht psychopathologischer Aspekte für KPM und PIA von Indexklienten des Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014, Häufigkeitsüberprüfung mit Chi-Quadrat-Tests

		Anzahl		Chi-Quadrat nach Pearson	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
		KPM	PIA			
Orientierungs- störung	ja	5	1	14,395	2	,001
	nein	57	45			
	unbekannt	30	3			
Psychotische Symptome	ja	21	4	20,529	2	,000
	nein	43	42			
	unbekannt	28	3			
Selbstgefähr- dung	ja	17	10	10,398	2	,006
	nein	34	30			
	unbekannt	41	9			

KPM: Krisendienst Psychiatrie München

PIA: Psychiatrische Institutsambulanz

In einem nächsten Schritt wurde getestet, ob es zwischen der Beurteilung der Passung und dem bestehenden Helfernetz eines Klienten einen Zusammenhang gibt. Da für die Variable Passung (Gesamtscore) die Normalverteilungshypothese verworfen werden musste (Kolmogorov-Smirnov und Shapiro-Wilk-Test hochsignifikant mit $p=,001$ und $p=,000$), wurde eine Bootstrapregression (1000 Replikationen) gerechnet. Hier ergab sich mit $p=,207$ (Regressionskoeffizient $B=0,770$, Verzerrung= $-,000$, $SF=0,614$) keine Überzufälligkeit, d. h. für die Vermittlungsentscheidung war das Kriterium „bestehendes Helfernetz“ kein relevantes. Ebenso nicht signifikant war die Verbindung von Symptomschwere und Passung in einer Bootstrapregression mit 1000 Stichproben (Regressionskoeffizient $B=-1,63$, Verzerrung= $0,42$, $SF=2,317$, $p=,597$). Die Schwere der Symptomatik erwies sich somit nicht als Entscheidungskriterium für die Vermittlung zum KPM oder in die PIA. Der mögliche Einfluss des Leitsyndroms auf die Einschätzung der Passung wurde mittels einer Varianzanalyse überprüft. Mit einem R-Quadrat von 0,01 erklärt das Leitsyndrom nur 1% der Varianz der Passungsvariable (Gesamtscore) und ist mit $p=,183$ nicht signifikant. Tabelle 20 zeigt die Überprüfung der Passungsskalen bezogen auf die zugewiesene Fachstelle (KPM bzw. PIA) mittels Mann-Whitney-U-Test. Es zeigen sich keine

signifikanten Mittelwertsunterschiede in den Skalen. D. h. die Passungsbewertung von den Krisendienst- und PIA-Mitarbeitern verteilt sich für die vermittelten Klienten gleichermaßen, d. h. die Klienten passen jeweils gleich gut bzw. schlecht für die jeweilige Fachstelle.

Tabelle 20: Mittelwerte der Passungsskalen für KPM und PIA, Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014, Überprüfung mit Mann-Whitney-U-Test

Passung	Fach-einschätzung	N	MW	SD	SF	Asymptotische Signifikanz
Symptomatik	KPM	132	3,5682	,75355	,06559	,266
	PIA	74	3,4595	,79707	,09266	
Krankheits-vorgeschichte	KPM	129	3,4574	,80047	,07048	,410
	PIA	73	3,3973	,75901	,08884	
Explizites Anliegen	KPM	131	3,5496	,69297	,06055	,091
	PIA	74	3,3649	,80366	,09342	
Implizites Anliegen	KPM	120	3,3000	,84615	,07724	,626
	PIA	74	3,3514	,83473	,09704	
Dringlichkeit	KPM	131	3,3588	,85995	,07513	,976
	PIA	73	3,4110	,74229	,08688	
Vorinformation aus Protokoll	KPM	132	3,5303	,59821	,05207	,436
	PIA	74	3,5946	,57144	,06643	
Aufklärung über Fachstelle	KPM	129	3,2093	,82608	,07273	,839
	PIA	73	3,2329	,82530	,09659	
Passung Gesamtscore	KPM	116	24,1466	4,01574	,37285	,676
	PIA	71	23,7746	4,16515	,49431	

KPM: Krisendienst Psychiatrie München

PIA: Psychiatrische Institutsambulanz

Von den Mitarbeitern beider Fachstellen (n=204) hätten insgesamt 65,7% eine ähnliche Zuweisung (KPM bzw. PIA) empfohlen. 14,2% antworteten auf die Frage nach der ähnlichen Zuweisung mit „eher ja“ bzw. 14,2% mit „eher nicht“. 5,9% der Fachstellenmitarbeiter hätten diese Zuweisung nicht empfohlen. 38 Mitarbeiter äußerten sich darüber hinaus dazu (bei Antworten auf die Frage „Hätten Sie eine

ähnliche Zuweisung empfohlen?“ mit „eher nicht“ oder „nein“), welche Hilfe sie stattdessen als passender bewertet hätten (Tabelle 21).

Tabelle 21: Übersicht über genannte andere Hilfsangebote, die nach Facheinschätzung der Mitarbeiter von PIA und KPM passender gewesen wären (n=38), Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Rückverweis an Vorbehandler	6	15,8
nicht-psychiatrische Hilfe	10	26,3
geschlossene Unterbringung	3	7,9
stationäre Behandlung	4	10,5
andere Ambulanz	2	5,3
spezifische Beratungsstelle	10	26,3
Psychiatrische Institutsambulanz	6	2,6
Psychiater	10	5,3

KPM: Krisendienst Psychiatrie München

PIA: Psychiatrische Institutsambulanz

Die Wege der Weiterbehandlung nach erfolgter ambulanter Erstintervention (durch PIA oder Krisendienst) sind in Abbildung 12 nachgezeichnet. Bei 9,8% der Klienten erfolgte danach keine weitere Behandlung, zum überwiegenden Teil deshalb, weil eine Weiterbehandlung von den Klienten abgelehnt wurde (72,2%). Bei rund ein Drittel aller Klienten (30,2%) mündete die ambulante Erstintervention in eine stationäre Behandlung. Dies erfolgte bei der großen Mehrzahl der Klienten (86%) freiwillig, bei den anderen Klienten nach Unterbringungsgesetz. Beim überwiegenden Teil der Klienten (60%) ging es auch nach der Erstintervention ambulant weiter – meist an anderen Stellen (der Krisendienst hält auch nur ein einmaliges Angebot vor). Von diesen ambulanten Beratungs- oder Behandlungsangeboten fallen ungefähr jeweils die Hälfte in den Finanzierungsbereich SGB V bzw. SGB XII. Ungefähr ein Drittel dieser Stellen waren bereits bestehende Beratungs-/Behandlungskontakte für die Klienten, hier war ein Rückverweis möglich. Die anderen Klienten wurden an neue ambulante Stellen (SGB V bzw. SGB XII) vermittelt.

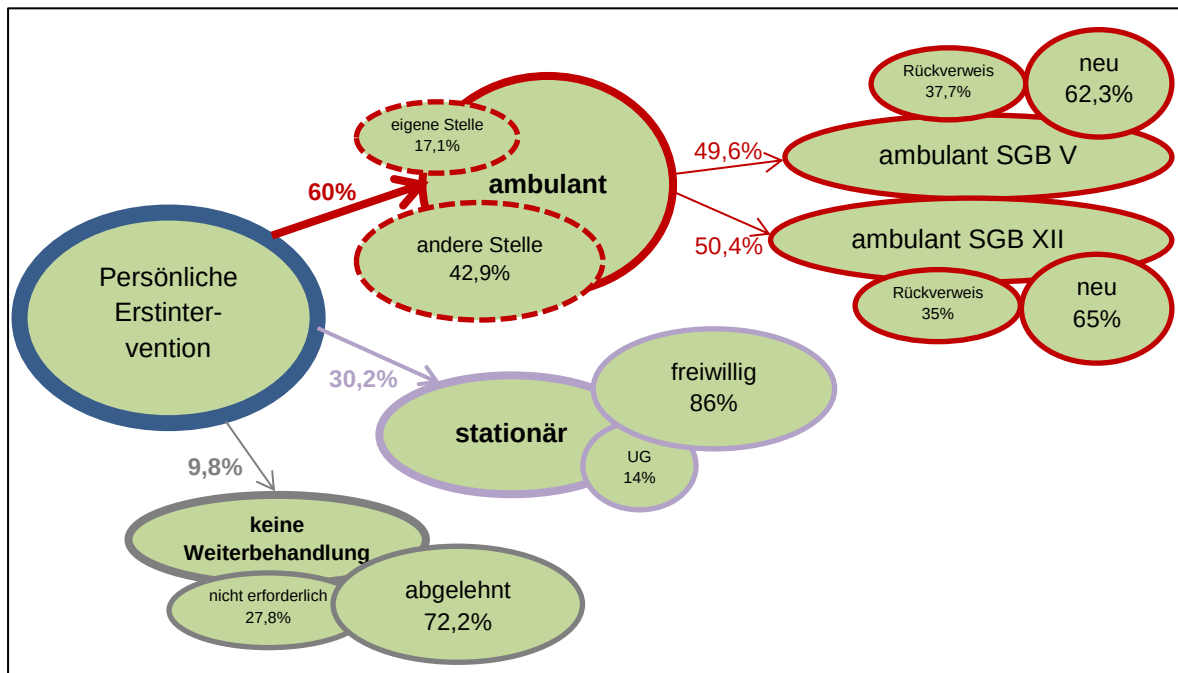


Abbildung 12: Weiterbehandlung nach persönlicher Erstintervention durch PIA oder Krisendienst (n=205), Krisendienstes Psychiatrie München, 4. Quartal 2014
 PIA: Psychiatrische Institutsambulanz
 SGB: Sozialgesetzbuch

4 Diskussion

4.1 Ergebnisdiskussion

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die komplexe Struktur des Krisendienstes Psychiatrie München mit seinen vielfältigen Einflussfaktoren und Wirkmechanismen wissenschaftlich zu erfassen und zu untersuchen. Die Ergebnisse der einzelnen Analysebausteine werden im Folgenden diskutiert.

Retrospektive Analysen (2008-2013)

Erreicht der Krisendienst seine Zielgruppe?

Die Analysen über einen Zeitraum von 6 Jahren sollten Strukturelemente und Wirkmechanismen des Krisendienstes differenziert abbilden. Zunächst ist im Rahmen der Entwicklung von 2008 bis 2013 eine stetig wachsende Inanspruchnahme des Krisendienstes zu beobachten, d. h. das Angebot des Krisendienstes erreicht die Menschen und wird zunehmend genutzt. Dies bestätigt den Bedarf und die Notwendigkeit eines ambulanten Krisenangebots, das sich – auch durch Öffentlichkeitsarbeit und wachsenden Bekanntheitsgrad – inzwischen als fester Versorgungsbaustein in Münchens Psychiatrielandschaft etabliert hat. Rupp (2012, S. 4/5) nennt als Hauptanforderungen (gerade auch im Sinne der Niederschwelligkeit) von Krisen- und Notfallhilfe „koordinierte, für Krisenintervention spezialisierte, niederschwellige Behandlungsangebote mit guter zeitlicher Erreichbarkeit, mit mobilen interdisziplinären Teams, die Besuche vor Ort durchführen und bei Bedarf einen ärztlichen Hintergrunddienst hinzuziehen können“. Diese konzeptionelle Ausrichtung des KPMs (nutzerbezogen) der „professionellen Soforthilfe auf Augenhöhe, ein Eingehen auf die spezifische individuelle Situation und Hilfen, die an die jeweils individuellen Lebensumstände anknüpfen“ (Welschehold et al. 2012, S. 6), lässt sich insofern bestätigen, als die telefonische Erstanlaufstelle des KPM von verschiedenen Anrufergruppen (Betroffenen, Angehörigen, Fachstellen) in ganz unterschiedlichen Krisensituationen in Anspruch genommen wurde. Im Vergleich zum Berliner Krisendienst

(Zimmermann u. Bergold 2003) ist die Nutzung des Angebots breiter, der Anteil der kontaktaufnehmenden Gruppe der Angehörigen in München (27%) lag deutlich höher als in Berlin (12%). Auffällig (auch im Vergleich zu Berlin) ist die Altersverteilung. Obwohl der Anteil der über 60jährigen in Berlin deutlich höher ist (Geißer 2013), zeigte sich in München eher ein Schwerpunkt bei älteren als bei jüngeren Klienten (16% waren über 60 Jahre, nur 3% unter 18 Jahren – in Berlin waren nur 7% der Klienten über 60 Jahre, 2% unter 18 Jahren, Zimmermann u. Bergold 2003). Beide Krisendienste haben keine ausgewiesene Angebotsstruktur für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Der hohe Anteil älterer Klienten drückt einerseits den Bedarf aus, weist möglicherweise aber auch auf eine Versorgungsentwicklung hin, in der die Notwendigkeit spezifischer, auch aufsuchender Hilfsangebote für ältere Menschen, zunehmend strukturelle Anforderungen an das Gesundheitssystem stellt. Hier wird – auch vor dem soziodemographischen Hintergrund, dem sogenannten ungarischen Muster, dass fast ein Drittel aller Suizidenten über 65 Jahre sind (Schaller u. Erlemeier 2014) – zukünftig ein ernstzunehmender Bedarf an passenden Hilfsangeboten und konzeptionellen Weiterentwicklungen (auch im Rahmen der Krisenhilfe) sein. Dieser Thematik scheint sich der KPM bereits zu stellen, denn – auch wenn nicht alle älteren Klienten beim Krisendienst suizidal sind und der Anteil der über 65jährigen in München aktuell bei 23% liegt (Aydemir-Kengeroglu 2015) – wird diese Zielgruppe mit dem bisherigen Angebot zumindest deutlich besser als in Berlin erreicht.

Ein wichtiger Aspekt ist auch die regionale Verteilung der Inanspruchnahme. Obwohl der KPM explizit für das Stadtgebiet München ausgewiesen war, riefen dort rund ein Drittel der Klienten von außerhalb (umliegende Landkreise, aber auch darüber hinaus) an. Dies macht den dringenden Bedarf einer regionalen Ausweitung von ambulanter Krisenhilfe in die Fläche sehr deutlich. Die Schwere der Symptomatik wurde bei über 75% der Klienten als mindestens „deutlich“ eingeschätzt (zudem ging es bei 17% aller Klienten auch um Suizidalität). Bei der Frage nach der Akuität der Krisensituation wurde in über 60% der Fälle ein professioneller Hilfebedarf innerhalb von 24 Stunden als indiziert eingeschätzt.

Das bedeutet, dass der KPM seine Zielgruppe erreicht – Menschen in zugespitzten seelischen Notlagen mit akutem Hilfebedarf.

Wie hilft der Krisendienst?

Nach telefonischer Erstintervention erfolgte für rund 20% der Fälle eine direkt weitervermittelte Anschlusshilfe (netzwerkbezogen), entweder tagesgleich im Rahmen der KPM-Teams (aufsuchend oder am KPM-Standort) oder in den SGB V-finanzierten Bereich (PIA, niedergelassene Psychiater, stationärer Bereich). Die zentrale Rolle der Arbeit am Telefon wird hier sehr deutlich, denn bei der Mehrzahl der Fälle bleibt es bei einem telefonischen Kontakt – weil dieser (zunächst) ausreicht, um den Klienten zu weiteren selbständigen Schritten zu befähigen oder weil eine Annahme einer passenden Hilfe oder Behandlung nicht mit dem Klienten aushandelbar war. Der Faktor Leitsyndrom hat einen signifikanten Einfluss darauf, welche Anrufergruppe mit dem Krisendienst telefonisch Kontakt aufnimmt. Bei „Störungen des Realitätsbezugs“ und bei „suizidalem Syndrom“ meldeten sich primär die Angehörigen. Gerade bei den psychotischen Zuständen deckt sich dieses Ergebnis mit aktuellen Befunden aus der Schizophrenieforschung zum Hilfesuchverhalten: „Concerning the first help-seeking effort, we found that it was mainly directed at a family member or significant other“ (Fridgen et al. 2013, S. 1041). Insbesondere bei Erst-erkrankungen und zunehmendem Schweregrad der psychotischen Symptomatik zeigt sich diese Verbindung (Schulze-Lutter et al. 2009). Des Weiteren sind es bei den leichteren Syndromausprägungen („nur leicht“ und „mäßig“) eher die Klienten selbst, die den Krisendienst kontaktieren. Diese geringen Syndromausprägungen machen mit einer Häufigkeit von unter 20% jedoch insgesamt einen geringen Anteil aller Anrufer aus. Bei einer schwereren Symptomatik (bei fast 80% aller Anrufer wurde der CGI-Wert mit „deutlich“, „schwer“ oder „extrem schwer“ eingeschätzt) gibt es keine Unterschiede mehr. Dies könnte als Hinweis für die Vielfalt der Nutzer und den breiten Zugang zum Krisendienst bei tatsächlichen Notfällen und ernsthaften Krisen gewertet werden.

Da die amtlichen Zahlen für öffentlich-rechtliche Unterbringungen aufgrund unterschiedlicher Methoden der Erhebung und Unzulänglichkeiten in der Erfassung aktuell generell kein verlässliches Gesamtbild ergeben (Bruns 2015), ist eine Analyse der Rolle des Krisendienstes im Zusammenhang mit Zwangsunterbringungen (über die im Ergebnisteil beschreibenden Zahlen hinaus) aufgrund dieser bekannten methodischen Schwierigkeiten im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich. Der Krisendienst war zum einen nur die Hälfte der Zeit verfügbar (täglich 9-21 Uhr), zum anderen gibt es derzeit keine Pflicht, den Krisendienst vor einer Unterbringung hinzuzuziehen, so dass der Zusammenhang von Unterbringungszahlen und dem Wirken des Krisendienstes – mit dem Ziel der Vermeidung von Zwangsunterbringungen durch den Krisendienst – nicht eindeutig herstellbar ist. In einer explorativen Studie über einen längeren Zeitraum (1998-2010) wird geschlussfolgert, dass es sinnvoll ist, die konstant steigende Entwicklung der Gesamtunterbringungsraten in Deutschland (und auf einem noch höheren Niveau in Bayern) aufgrund der stark divergierenden Raten auch innerhalb Bayerns besser regional zu betrachten (untersucht wurden das Allgäu und München): „Die öffentlich-rechtlichen Unterbringungsraten nach dem PsychKG bzw. BayUG lagen für die untersuchte ländliche Region (6,45 im Jahr 2010) ähnlich hoch wie auf bayerischer (7,74) und auf Bundesebene (8,72) aber halb so hoch wie in der untersuchten Großstadt (12,02)“ (Valdes-Stauber et al. 2012, S. 270). Die Autoren gehen daher von unterschiedlichen, ganz bestimmten regionalen Versorgungsstilen aus und betonen neben der Notwendigkeit von Kooperationsstrukturen und ambulant-komplementären Netzwerken die Sicherstellung von zeitnaher Krisenhilfe.

Spezielle Thematik: Mehrfachanrufer

Eine besondere Herausforderung für die Mitarbeiter am Telefon – und ein Phänomen jedes Krisendienstes – sind Mehrfachanrufer. Mit einem erheblichen Anteil von 4432 Anrufen im Zeitraum von 6 Jahren (d. h. 24% aller Verlaufskontakte waren von nur 13 Anrufern), muss sich auch der KPM dieser Problematik stellen. Wienberg (1998) spricht zahlenmäßig von 15-25%

Mehrfachanrufern des Gesamtklientels von Krisendiensten. Gleichzeitig führen sie ein Schattendasein, sie sind so etwas wie die „unehelichen Kinder“ (Dinger 2015, S. 539) jedes Dienstes, für die man sich irgendwie schämt. Dass sich unter ihnen auch im Münchner Krisendienst deutlich mehr Frauen finden, liegt – neben den in der Literatur vielfach beschriebenen geschlechtsspezifischen Aspekten psychischer Störungen und unterschiedlicher Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung (Stengler u. Jahn 2015) – vermutlich auch an ihren Sozialisationsbedingungen. Höflich (2000, S. 95) konnte in seiner Untersuchung zum geschlechtsspezifischen Kommunikationsverhalten zeigen, „daß Frauen *anders* telefonieren als Männer und insbesondere stärker sozio-emotional orientiert sind, daß sie mit dem Telefongespräch sogar eine größere Intimität verbinden als mit der Face-to-Face-Kommunikation“. Die deskriptiven Merkmale dieser Anrufergruppe (Familienstand, bestehendes Helfernetz, Krankheitsanamnese, Wohnsituation) in der vorliegenden Studie decken sich weitgehend mit den Ausführungen von Rupp (2003): meist sozial isolierte Menschen, die oft nur noch zu Profis Kontakt haben (weil sie von ihrem Umfeld gemieden werden). Zum Kontaktverhalten der Mehrfachanrufer ergänzt Rupp, dass diese Anrufer in ihren Beschwerdeschilderungen sehr undurchsichtig bleiben, oft manipulativ oder erpresserisch auf die Helfer wirken, bei diesen heftige Gefühle auslösen und im Kontakt schnell konflikthaft verstrickt sind. Auch Schmidt (1990, S. 364) resümiert aus Daten der Telefonseelsorge für diese spezifische Gruppe, „daß bei ihnen eher chronifizierte psychische Beeinträchtigungen als Anlaß des Gesprächs gelten“ und sie eben meist nicht wegen einer akuten Krisensituation anrufen – sondern den Kontakt „in dauernder Neuauflage“ herstellen (Schmidt 1987, S. 20). Versorgungskritisch spricht Dörner (2000) von der Gefahr einer „Umhospitalisierung“ (S. 19), d. h. einem möglichen ambulanten Hospitalisierungsprozess (durch den Krisendienst), der neue Abhängigkeiten schaffe. Dennoch ist das Telefon oft die letzte, sehr niederschwellige, noch verbleibende Kontaktmöglichkeit für diese Menschen – bei denen auch gut evaluierte Modelle gemeindepsychiatrischer Versorgung teilweise nicht greifen (vgl. hierzu die Untersuchung zu Drop-outs im Rahmen der Integrierten

Versorgung: signifikant höherer Schweregrad der Erkrankung und diagnostisch signifikant mehr Persönlichkeitsstörungen, Schmid 2013). Nouverné (1996) mutmaßt, dass sich das Versorgungssystem durch höhere Zugangsschwellen schütze und v. a. ausgegrenztes weibliches Klientel auf den Bereich der niederschweligen telefonischen Angebote ausweiche.

Grundsätzlich finden sich in der Literatur zwei unterschiedliche Herangehens- und Umgangsweisen mit dieser Gruppe. Von Seiten der Telefonseelsorge wird die Möglichkeit der Interaktionsgestaltung (als spezieller Interventionstechnik) betont. Die besondere Beziehungsinszenierung gilt es demnach zunächst zu verstehen und zu reflektieren – v. a. psychodynamische Modelle können solche regressiven Phänomene, Identifizierungsprozesse und komplexe Übertragungsprozesse verdeutlichen. Dadurch soll es zu einer konstruktiveren Form des Kontaktes mit Mehrfachanrufern kommen, der letztlich beiden Seiten hilft. Anderenfalls, bei unzureichender Professionalität der Helfer und fehlendem Supervisionsangebot, wird befürchtet, „daß zwischen Anrufer und Anrufendem keine kritische Distanz mehr besteht. Beide sitzen dann wie in einem Boot und rudern ohne Orientierung, aber gemeinsam in die Unendlichkeit“ (Schmidt 1987, S. 22). Dinger (2014, S. 547) empfiehlt insbesondere im Umgang mit Traumatisierungen, „sich nicht allzu sehr von den spektakulären Inhalten der Gespräche faszinieren und sich vor allem nicht verführen zu lassen, in die detaillierte Schilderung von traumatisierenden Szenen einzusteigen, sondern eine Haltung aus zugewandtem Annehmen und ausreichender innerer Distanz zu praktizieren“. Von Seiten der Krisendienste wird eher das konsequente und einheitliche Vorgehen mit der Gruppe der Mehrfachanrufer ins Zentrum gerückt. Im Berliner Krisendienst wurde versucht, die Veränderung von der Akutintervention zu einem strukturellen Ansatz (dem Empowermentansatz folgend) zu konzeptualisieren, „hin zur Strukturierung eines Möglichkeitsraumes, in dem der Nutzer neue Erfahrungen machen und seine Ressourcen aktivieren kann“ (Neumann 2002, S. 413). Ziel wäre es demnach, den Dauerklienten auf dem Weg zum Krisenklienten zu begleiten – zur Selbstbefähigung für Kontakte über den Krisendienst hinaus. Methodisch schlägt Neumann ein Modell mit klaren Strukturen und Grenzen vor, in dem

Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, Teamarbeit und Beziehungskontinuität zentraler Bestandteil des gemeinsamen fachlichen Ansatzes sind. Gerade der Aspekt von Beziehungskontinuität ist im Rahmen der Münchner Krisenversorgung durch die Vielzahl der Mitarbeiter und die Schichtarbeit strukturell jedoch kaum umsetzbar. Inwieweit eine gewisse Beziehungskontinuität für die Anrufer indirekt durch Übertragungsanteile auf das gesamte Team oder den Krisendienst als Ganzes wirkt, bleibt eine spannende Frage. In der psychodynamischen Literatur wird dieser Aspekt mehrfach beschrieben: für Behandlerteams, Klinikstationen und sogar im Zusammenhang mit ganzen Institutionen (Lohmer u. Möller 2014). Innerhalb dieser Perspektive wäre dann eine ständige Reflexion der Team- und Organisationsstruktur des Krisendienstes sehr bedeutsam, um diese (unbewusst) ablaufenden Prozesse im Sinne positiver Übertragungen nutzen zu können. Insgesamt scheinen beide Sichtweisen hilfreich und schließen sich nicht aus – sie sind letztlich immer am Einzelfall anzupassen und zu prüfen. Neben dem Raum für ständige Reflexion der intensiven interaktiven Prozesse werden daher klare und verbindliche Absprachen im Team bzgl. Grenzsetzungen, konfrontierenden Interventionen, Selbstschutz, Helferkonferenzen etc. als unerlässlich betont (Rupp 2010).

Nicht zuletzt auch durch das zeitliche Ausmaß der Inanspruchnahme (und die Unvermeidbarkeit dieser Inanspruchnahme durch die niederschwellige Angebotsstruktur eines Krisendienstes) stellt diese Gruppe permanent hohe Anforderungen an die beraterisch-therapeutische Kompetenz der Krisendienstmitarbeiter am Telefon. Das hat insbesondere fachliche Konsequenzen, die es konzeptionell und strukturell zu etablieren gilt, damit das dauernde Telefonieren des Klienten sich nicht als dysfunktionales suchtähnliches Verhalten verfestigt bzw. auch die Belastung und Frustration der Mitarbeiter nicht stetig wächst.

Repräsentativität der prospektiven Erhebungen

Bei schriftlichen, nicht persönlichen Befragungen wird eine geringe Teilnahme generell als typisch gesehen. Es ist bekannt, dass bei postalischen Befragungen die Response-Raten zwischen 10% und 90% schwanken können (Hippler 1988).

Der Rücklauf der prospektiven Nutzerbefragung bewegte sich in der vorliegenden Arbeit mit 14,6% in diesem Rahmen. Deshalb wurden Merkmalsüberprüfungen durchgeführt, um eine potentielle Gewichtung der Stichprobenauswahl zu erkennen. Es zeigte sich, dass sich bezogen auf Klienten der Kategorie „Störung des Realitätsbezugs“ die Wahrscheinlichkeit, nicht an der Studie teilzunehmen, erhöhte. Dies stimmt mit der bekannten Symptomatik von psychotischen Zustandsbildern überein. Eine misstrauische Haltung und paranoide Verarbeitungsmuster sind gerade in akuten Krankheitsphasen oft beobachtete Phänomene (Holzer u. Stompe 2015) und führen deshalb häufiger als bei anderen Leitsyndromen zu einer Verweigerungshaltung gegenüber Befragungen. Hingegen war die Frage der Studienteilnahme nicht systematisch davon beeinflusst, wie schwer die Symptomatik der Indexklienten eingeschätzt wurde – es gehen also nicht nur leichtere Fälle in die Erhebung ein. Und ebenso die Beziehung zum Klienten, ob es sich um Betroffene, Angehörige oder Fachstellen handelte, die beim Krisendienst angerufen haben, veränderte diese Wahrscheinlichkeit nicht überzufällig. Somit war zusammenfassend von einer ausreichenden Repräsentativität der Stichprobe in relevanten Merkmalsgruppen auszugehen, die einen Schluss auf die gesamte Nutzerpopulation des Krisendienstes zuließ.

Beim Analyseteil der Passungseinschätzung ist davon auszugehen, dass es bei einer Response-Rate der Fachstellen von 77% zu keinen systematischen Verzerrungen kam. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass die Mitarbeiter sich selektiv (und nicht zufällig) entschieden haben, für welche Klienten sie den Fragebogen ausfüllen und für welche nicht. Der Stichprobenumfang ist mit $n=215$ zudem als hinreichend groß für präzise Auswertungen einzuschätzen.

Prospektive Studie

Bei den soziodemographischen Variablen findet sich für die Stichprobe der Vollerhebung über ein Quartal eine breite Übereinstimmung zu den Daten der retrospektiven Analyse über 6 Jahre (Alters- und Geschlechtsverteilung, Leitsyndrom, Schwere der Symptomatik, Anrufergruppe) und unterstreicht deren

Repräsentativität. Bei fast 80% der Klienten wurde die Schwere der Symptomatik mindestens als „deutlich“ bewertet.

Bei den prospektiv erhobenen Zahlen fällt auf, dass es sich bei Dreiviertel aller Nutzer um eine erstmalige Kontaktaufnahme zum Krisendienst handelte (vergleichbare Zahlen anderer Krisendienste liegen nicht vor). Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass die einmalige Hilfe des Krisendienstes in der Mehrzahl der Fälle ausreichend war und keine weiteren Kontakte in der Folge erforderlich machten. Bekannt war der KPM bei 44% der Anrufer durch professionelle Stellen, rund ein Drittel der Anrufer kannte den Krisendienst aus dem Internet. Der Anteil der Fälle, in denen eine direkte Anschlusshilfe vermittelt wurde, liegt in dieser Stichprobe mit 57% deutlich höher als in der retrospektiven Untersuchung – hier könnte es zu einer systematischen Selbstselektion der Responder gekommen sein (es nehmen diejenigen an der Studie teil, die mehr als ein Telefonat vom Krisendienst erhalten haben). Ein Zusammenhang zu den Zufriedenheitswerten lässt sich jedoch für diesen Effekt nicht eruieren. Über alle Nutzergruppen hinweg besteht keine signifikante Verbindung zwischen dem Ergebnis des Telefonats (z. B. konkrete Anschlusshilfe) und der empfundenen Zufriedenheit. Zur Unterscheidung von zufriedenen und weniger zufriedenen Nutzern sind verschiedene Setzungen innerhalb des Wertebereichs möglich. Das Stuttgart-Heidelberger Modell zur Qualitätssicherung empfiehlt beim ZUF-8 einen Grenzwert von 24 (Hannöver et al. 2000). Auch die Gruppe um Kriz schlägt in ihren Reanalysen in der Psychosomatik einen relevanten ZUF-8-Summen-Cut-Off-Wert von >23 vor (Kriz et al. 2008). Dass die mittleren Zufriedenheitswerte der KPM-Nutzer, als zentraler Indikator für die Akzeptanz des Angebotes, mit 27,9 auch vor diesem Hintergrund recht hoch sind (nur n=18, entspricht 11,4%, liegen darunter), ist zunächst vielleicht ein erstaunliches Ergebnis. Es unterstreicht jedoch insbesondere die Qualität und den Nutzen der (ausschließlich) telefonischen Beratung. Von Möller-Leimkühler und Dunkel wird dieser ganz entscheidende Effekt der kommunikativen Qualität und erlebten Partizipation (neben dem Umfang der erfahrenen Zuwendung und Aspekten der Strukturqualität) auf die Patientenzufriedenheit bei psychiatrischen Patienten

beschrieben (2003). In der differenzierten Analyse wurde für die Gruppe der Betroffenen kein Zusammenhang mit ihrer Symptomschwere und subjektiven Lebensqualität festgestellt. Das heißt, die Zufriedenheit mit dem telefonischen Erstkontakt ist gleichermaßen für alle zufriedenstellend – auch für Anrufer, die sich sehr beeinträchtigt fühlen. Das gibt Hinweise darauf, dass eine sehr differenzierte, individuelle und professionelle Beratung am Telefon stattzufinden scheint. Darüber hinaus wurde für die Betroffenen die Zufriedenheit mit der persönlichen Krisenintervention (nach einer Weitervermittlung) erfasst.

Die mittleren Werte (BIKEB) lagen auch hier durchgehend über einem neutralen mittleren Wert. Leider liegen dafür keine passenden Vergleichsdaten anderer Studien vor. Dennoch zeigen die Münchner Daten auch hier, als relevanter Aspekt der Prozessevaluation von persönlicher Krisenberatung, eine große erlebte Zufriedenheit der Betroffenen mit dem persönlichen Kriseninterventionsangebot des KPM. Bezüglich des subjektiven Krankheitsgefühls ergibt sich eine interessante Gegenüberstellung zu der Einschätzung durch Fachkräfte. Fast ein Drittel der Betroffenen schätzte sich als „nicht krank“ ein. Das ist durchaus in einen Zusammenhang mit dem Konzept der psychosozialen Krise und der angestrebten Niederschwelligkeit des Krisendienstes für das gesamte Spektrum subjektiv erlebter Krisen zu stellen. Auf Seiten der Fachkräfte werden diese Schilderungen (vermutlich auch aus der Notwendigkeit einer Zuordnung und dem Fehlen einer „psychosozialen“ Leitsyndromkategorie) möglicherweise größtenteils unter Angst- und Anpassungsstörungen eingeordnet – hier gibt es die deutlichsten Abweichungen. Bei der Frage nach spezifischen Wirk- und Einflussfaktoren ließ sich der bereits retrospektiv erkannte Befund des Zusammenhangs zwischen Anrufergruppe und Leitsyndrom statistisch bestätigen (bei Störungen des Realitätsbezugs melden sich – im Unterschied zu den anderen Leitsyndromen – primär die Angehörigen beim Krisendienst). Für die Gruppe der Angehörigen im KPM ist das erhobene Belastungsausmaß insgesamt vergleichsweise hoch (vgl. Bernert et al. 2001). Bei Angehörigen Schizophrenieerkrankter in der europäischen Epsilon-Studie (van Wijngaarden et al. 2000) waren die mittleren Werte im Durchschnitt deutlich geringer als bei den Angehörigen, die sich telefonisch beim Münchner

Krisendienst meldeten. Die anrufenden Angehörigen empfinden sich besonders in den Kategorien „Sorge“, „Spannung“ und „Drängen“ sehr belastet. Außerdem zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen ihrer erlebten Zufriedenheit mit der telefonischen Beratung und ihren subjektiv erlebten Belastungsfaktoren als Angehörige. Die Zufriedenheit sinkt einerseits mit steigender Sorge um den Angehörigen (das Angebot reicht vielleicht nicht aus?) und steigt andererseits mit zunehmendem Drängen der Angehörigen (die Angehörigen fühlen sich durch Hinzuziehen einer professionellen Stelle ihrerseits gut unterstützt?). Die emotionale Ausgangslage der Angehörigen und deren aktuelle Beziehung zum Betroffenen scheint jedenfalls einen entscheidenden Einfluss auf die empfundene Ergebnisqualität zu haben. Das hat praktische Relevanz für das Vorgehen der Krisendienstmitarbeiter, nämlich diese Aspekte ausreichend zu explorieren und im Blick zu haben. Für eine weiterführende Bewertung unter stärkerer Einbeziehung der Angehörigenperspektive müssten sich differenzierte Erhebungen mit der Angehörigengruppe anschließen – die Berücksichtigung dieser Punkte bleibt auch zukünftig eine wichtige Aufgabe. Für die (zahlenmäßig kleine) Gruppe der anrufenden Fachstellen zeigten sich keine überzufälligen Zusammenhänge bezüglich der Zufriedenheit mit der telefonischen Beratung.

Professionelle Bewertung der Weitervermittlung

Auffällig an den Ergebnissen dieses Studienteils ist, dass die beiden Gruppen sich in den meisten Merkmalen kaum voneinander unterscheiden, aber die signifikanten Differenzen in Bereichen sind, die auf den ersten Blick unerwartet scheinen. Gerade die schwereren, komplexeren Beschwerdebilder (v. a. Störung des Realitätsbezugs, schwierige psychopathologische Einschätzung) mit bereits bestehendem Helfernetz, bei denen eher die Angehörigen den Kontakt zum Krisendienst initiierten, wurde überzufällig nicht an eine PIA, sondern an das (nichtärztliche) Krisendienstteam vermittelt. Es konnte hierfür regressions- und varianzanalytisch keine andere erklärende Variable als Entscheidungskriterium gefunden werden. Neben dem Aspekt der aufsuchenden Hilfe (den die PIA im

Rahmen des KPMs nicht erbracht hat) zeigt dies, dass die Entscheidung über das Angebot (PIA versus Krisendienst) vom Telefon aus – wie schon unter 3 dargestellt – eben keinem Algorithmus folgen kann, sondern das Resultat eines kommunikativen Aushandlungsprozesses mit den Anrufern ist. Dass dies nicht auf fehlende Instruktion oder Professionalität der Mitarbeiter hinweist, sondern vielmehr Ausdruck der Komplexität des Gegenstandes ist, unterstreicht der Medizinethiker Maio (2015, S. 1353) im Zusammenhang mit seiner Kritik an der zunehmenden Ökonomisierung der Psychiatrie sehr deutlich: „Die eigentliche ärztliche Leistung besteht gerade nicht darin, vorgegebene Manuale auf Patienten anzuwenden. Was den Arzt ausmacht ist seine Fähigkeit, verschiedene Dinge so zu synthetisieren, dass er aus der Mischung von Objektivität, Standards, Leitlinien, aber auch Erfahrung und Hermeneutik und nicht zuletzt Beachtung der Patientengeschichte selbst eine Therapieentscheidung fällt, die eben nicht der Befolgung einer Gebrauchsanweisung gleichkommt, sondern einer individualisierten Therapie, die dem Menschen dient.“ Dazu passt, dass die Qualität der Passung auch von beiden Fachstellen gleichermaßen positiv beurteilt wurde – und nur in 20% der Fälle hätten die Fachstellenmitarbeiter die Zuweisung eher nicht oder gar nicht empfohlen. Die alternativ gemachten Vorschläge für passendere Hilfsangebote hielten sich ungefähr die Waage bzgl. nicht-psychiatrischen Hilfen bzw. einer primär medizinisch-psychiatrischen Behandlung. Bezüglich der Frage, wie es nach der erfolgten Erstintervention weiterging, zeigt sich, dass trotz der Schwere und dem Ernst der Krisen in über der Hälfte der Fälle eine ambulante Anschlusshilfe ausreichte (gemäß der Grundidee: ambulant vor stationär) – und das sehr ausgewogen in den Leistungsbereichen SGB V und SGB XII. Für rund ein Drittel der Klienten war der Erstkontakt der Übergang in eine stationäre Behandlung, die (so auch eine der Zielsetzungen des Krisendienstes) in den meisten Fällen freiwillig erfolgen konnte. Hier ist davon auszugehen, dass die gestufte, mit den Klienten gut abgestimmte Begleitung durch den Krisendienst, eine maßgebliche Rolle gespielt hat.

4.2 Methodendiskussion

Die besondere Herausforderung der vorliegenden explorativen Arbeit war die Fülle und Komplexität möglicher unabhängiger und abhängiger Variablen. Um einen umfassenden und begründeten Eindruck von der Arbeit des Krisendienstes in München zu gewinnen, wurden mehrere Untersuchungsteile umgesetzt. Durch die Verknüpfung standardmäßig erhobener Daten sowie eigens zu Forschungszwecken erhobenen Fragebogendaten konnte ein äußerst großer Datensatz generiert werden.

Studiendesign

Da eine katamnestische Untersuchung in einem Krisendienst erhebliche datenschutzrechtliche, ethische (und nicht zuletzt methodische) Fragen aufwirft, wurde im retrospektiven Teil der Arbeit auf die Auswertung der standardmäßig erhobenen soziodemographischen und krisenrelevanten Daten zurückgegriffen. Eine Stärke dieses retrospektiven Analyseteils stellt die sehr umfangreiche Stichprobengröße dar. Die gesamten Daten wurden nicht nachträglich erhoben, sondern aus der gesamten Standarddokumentation des Krisendienstes extrahiert (keine Vorsortierung), so dass von keinem „reporting“, „selection“ oder „observer bias“ (Müllner 2005) auszugehen ist. Die vorliegende Arbeit geht jedoch darüber hinaus und zeichnet sich zudem durch ihre prospektiven Erhebungsteile – mit einer Mischung aus speziell auf den KPM zugeschnittenen und standardisierten Erhebungsinstrumenten – aus, die die meisten Studien in diesem Bereich nicht aufweisen können. Obwohl die eigens entwickelten Fragebögen (noch) nicht ausreichend validiert wurden (und deshalb mit aller Vorsicht zu interpretieren sind), ergänzen sie die Gesamtschau wesentlich. Ein kritischer Punkt ist allerdings die Rekrutierung der Versuchsteilnehmer, der Nutzer des Krisendienstes. Diese erfolgte während eines einzigen telefonischen Kontakts und gleichzeitig zu einem Zeitpunkt, an dem die Krise ihren Höhepunkt hatte. Gut nachvollziehbar, dass manche Klienten sich kaum zusätzlich mit der Anfrage nach einer Studienteilnahme auseinandersetzen können. Dabei wenigstens noch günstig war sicher der zeitliche Abstand zum akuten Geschehen durch die postalische Zusendung

der Fragebögen. Die Repräsentativität konnte hier immerhin über den Gruppenvergleich in den Standarddaten überprüft werden. Die Zufriedenheit der Nutzer gilt unumstritten als zentrales Kriterium für die Qualität eines Dienstes – allerdings ist zu bedenken, dass sich die Leistung des Krisendienstes nur bedingt direkt in ihrer Qualität überprüfen lässt, da gerade in psychischen Notlagen eine gewisse Abhängigkeit vom angebotenen Dienst zu erwarten ist. Und gerade erstmalige Anrufer können auch nicht immer wissen, wie eine adäquate, professionelle Hilfe aussieht. Die Nutzerzufriedenheit bleibt trotz einiger Einschränkungen ein wichtiges Kriterium für die Ergebnisqualität eines Krisendienstes, kann aber versorgungstheoretisch nicht der einzige Aspekt sein. Bestehende Unterschiede und Einflussfaktoren für die unterschiedlichen Teilnehmergruppen und andere erklärende Variablen konnten durch die gewählten statistischen Verfahren der multiplen Regressionsanalysen gut berücksichtigt werden.

Bezüglich des zweiten prospektiven Analyseteils, der professionellen Bewertung durch Fachkräfte, ist die Problematik der Selektion deutlich weniger zu gewichten. Der Fragebogen zur Erfassung der Qualität der Weitervermittlung (Passung) wies eine hohe interne Konsistenz auf, war sehr ökonomisch vom Aufwand und ist als geeignetes Instrument auch für zukünftige Analysen zur Evaluation der internen Schnittstellen zu bewerten, gerade auch hinsichtlich weiterer Entwicklungen.

Limitationen

Aus logistischen Gründen schließt der retrospektive Analyseteil keine Kontrollgruppe mit ein. Beim prospektiven Studiendesign wäre eine Kontrollgruppe (also Menschen, die den Krisendienst anrufen und dann kein Treatment erhalten) ethisch nicht vertretbar gewesen – außerdem wäre hier eine hohe Unzufriedenheit der Nutzer vorprogrammiert. Eine andere denkbare Kontrollgruppe wären Klienten gewesen, die in Krisensituationen außerhalb des KPMs Unterstützung erhalten haben. Hier eine vergleichende Erhebung (Fallkontrollstudie) durchzuführen war in diesem Forschungsrahmen praktisch nicht umsetzbar. Ein zentraler Kritikpunkt an der vorliegenden Arbeit bleibt auch der Verzicht auf ein randomisiertes Studiendesign. Auch wäre ein längsschnittlicher Ansatz zur Verlaufsabbildung

bestimmter Parameter sehr interessant gewesen (gerade auch im Zusammenhang mit Zwangseinweisungen) – aus ökonomischen und praktischen Gründen konnte dies nicht stattfinden. Eine weitere Einschränkung der Ergebnisbewertung ist, dass der Bias in der Rücklaufquote dazu führt, dass Klienten mit dem Leitsyndrom „Störung des Realitätsbezugs“ bei der Nutzerbefragung etwas unterrepräsentiert sind. Für die Gruppe der Mehrfachanrufer würde sich zur Vertiefung eine qualitative Forschungsstrategie anbieten, um noch differenziertere Erkenntnisse für diese relevante Gruppe zu erhalten.

Generalisierbarkeit

Die über Jahre für die Münchner Versorgungsstruktur genau angepassten Merkmalsdimensionen des KPMs erschweren die Übertragbarkeit auf andere ambulante Krisenangebote. Auf diese Vielfalt von Praxismodellen außerstationärer Krisenintervention (hinsichtlich Dienstzeiten, Struktur, Mitarbeitern, Arbeitsweise, Klientel) weist auch schon Wienberg (1998) in seinem Schlusskapitel zur Synopse hin und fordert, zukünftig den Blick weniger auf die Voraussetzungen als vielmehr auf den Output (Ergebnis-Evaluation) und den Interventionsprozess von Krisenhilfe zu richten.

4.3 Schlussfolgerung und Ausblick

Aus den bisherigen Darstellungen der Studienergebnisse, der Erklärung der Ergebnisse und kritischen Betrachtung der Methoden, soll jetzt eine zusammenfassende Einschätzung erfolgen. Der KPM erreicht seine Zielgruppe und wird von einer breiten Nutzergruppe, auch verstärkt von den Angehörigen (die ihrerseits sehr belastet sind), bei ernsthaften Krisen und Problemlagen in Anspruch genommen. Alle äußern sich gleichermaßen zufrieden mit der telefonischen Beratung – unabhängig davon, ob der Betroffene eine weiterführende Anschlusshilfe erhalten hat. Die Thematik der Mehrfachanrufer, die sich in der telefonischen Leitstelle verdichtet, darf auch zukünftig nicht aus dem Blick geraten. Die Untersuchung weiterer potentieller inhaltlicher Prädiktoren (z. B. die subjektive Qualität der therapeutisch-beratenden Beziehung) für die Wirksamkeit des

Dienstes sollte ein zentrales Anliegen weiterführender bzw. zukünftiger Forschungsvorhaben sein. Strukturell scheint die Integration des KPMs in die bestehende psychiatrisch-psychosoziale Versorgungsstruktur gut gelungen, Vermittlungen und Weiterverweisungen sind verbindlich möglich und auch fachlich passend. Diese Bandbreite der Angebote sollte sich perspektivisch unbedingt auch auf der Ebene der Finanzierung (SGB V und SGB XII) abbilden, wenn Krisenversorgung als gemeinsame Aufgabe verstanden wird.

Bestimmte interessante Aspekte der Wirksamkeit des Krisendienstes bleiben offen. Ein Zusammenhang mit der Vermeidung von stationären Aufnahmen und Zwangsunterbringungen kann nicht hergestellt werden – hier gab es leider methodische Grenzen (fehlende Kontrollgruppe). Für weitere interessante Aspekte, inwieweit der Krisendienst beispielsweise (zumindest in Teilen) auch eine gewisse Doppelstruktur (Luxus?) darstellt (vielleicht hätten einige Anrufer auch eine andere Stelle kontaktieren können?), die mithilfe der vorliegenden Untersuchung nicht geklärt werden konnte, müsste an ein deutlich umfassenderes Studiendesign mit entsprechenden Vergleichsgruppen (Fallkontrollstudien) und katamnestischen Erhebungen gedacht werden – eine Realisierbarkeit in der Praxis (unter ethischen, ökonomischen und methodischen Gesichtspunkten) müsste genau geprüft werden.

Insgesamt ist zukünftig weiterhin kritisch zu beobachten, „(...) dass Krisenhilfe kein »Add on Konzept« ist, sondern aus fachlicher wie ökonomischer Sicht integriert von den in der Regelversorgung Tätigen quasi als Gemeinschaftsprodukt sichergestellt werden kann. Dies wird je nach den in den einzelnen Regionen vorhandenen Gegebenheiten und Strukturen ausdifferenziert“ (Steinhart 2015, S. 58). Die aktuelle Entwicklung, der flächendeckende Ausbau des Krisendienstes für ganz Oberbayern (mit einheitlichen und verbindlichen Strukturen), weist somit in eine vielversprechende Richtung. Dabei wird es ganz entscheidend sein, Struktur und Inhalt des Krisendienstes gleichermaßen weiterzuentwickeln. Denn ein wichtiges Ergebnis im Rahmen der Zufriedenheitsevaluation unterstreicht die Bedeutung des ersten Gegenübers am Telefon, die (therapeutische) Qualität der

Eingangstür. Nur wenn dieser Kontakt gelingt, kann eine differenzierte Netzwerkstruktur überhaupt erst sinnvoll genutzt werden.

5 Zusammenfassung

Den Krisendienst Psychiatrie München gibt es seit April 2007. Nach einem Beschluss des Bezirks Oberbayern 2015 soll, ausgehend von den fachlichen und strukturellen Erfahrungen in München, eine schrittweise Ausweitung auf ganz Oberbayern erfolgen. Zur Zufriedenheitsbeurteilung und zu detaillierten Analysen der Inanspruchnahme von ambulanten psychiatrischen Krisenhilfeangeboten gibt es auch auf internationaler Ebene nur wenige systematische Ergebnisse. In Deutschland haben sich Krisendienste mittlerweile als ergänzender Baustein des psychosozialen und psychiatrischen Versorgungssystems in einigen Städten und Regionen fest etabliert, sind aber aufgrund ihrer unterschiedlichen (Organisations-)Struktur nur schwer vergleichbar. Meist wurde bei Studien – auch aus methodischen und datenschutzrechtlichen Schwierigkeiten – ausschließlich auf Daten der Basisdokumentation zurückgegriffen.

In der vorliegenden Arbeit wird, neben der differenzierten Darstellung des Inanspruchnahmeverhaltens über sechs Jahre, der Frage nachgegangen, wie die Nutzer das (vorwiegend telefonische) Angebot bewerten. Ziel war es, die komplexe Struktur des Münchner Krisendienstes mit den verschiedenen Einfluss- und Wirkfaktoren zu erfassen. Für die beiden prospektiven Untersuchungsteile wurde im 4. Quartal 2014 eine Vollerhebung mit schriftlichen Befragungen durchgeführt, bei der zusätzlich zu den vorhandenen Daten die Zufriedenheit mit der telefonischen Beratung, das Klientenerleben während der persönlichen Krisenintervention, die subjektive Lebensqualität und die subjektiv erlebte Belastung von Angehörigen (auch in deren potentiellen Zusammenhängen) ausgewertet wurde. Darüber hinaus wurden Aspekte von Schnittstellen bei Vermittlungen nach einem telefonischen Erstkontakt beschrieben und durch Betroffene und Professionelle bewertet, hier wurde ein eigens konzipierter Passungsfragebogen verwendet.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Krisendienst Psychiatrie München seine Zielgruppe erreichte, sowohl Betroffene, Angehörige wie auch Fachstellen nutzten

den Krisendienst in schweren psychischen Notlagen mit akutem Hilfebedarf. Auf die spezielle Thematik der Mehrfachanrufer wurde in einem Unterabschnitt eingegangen. Besonders der Erstkontakt am Telefon stellte eine zentrale Funktion dar, denn bei 80% der Anrufer war dies die zentrale Intervention, ohne eine Weitervermittlung in das Krisendienstnetzwerk. Bei der prospektiven Erhebung stellte sich heraus, dass die hohe Zufriedenheit aller Nutzergruppen – auch bei schwerer Symptomatik – unabhängig vom Ausgang des Telefonats bzw. einer konkreten Weitervermittlung war. Die Qualität der Zuweisung (Passung) von Klienten wurde von krisendienstinternen Mitarbeitern der Einsatzteams und dem Fachpersonal der psychiatrischen Institutsambulanzen, die jeweils die persönliche Erstintervention durchführten, gleichermaßen positiv bewertet – wobei sich die Klienten der beiden Angebote kaum in ihren wesentlichen Merkmalen unterschieden.

Trotz einiger methodischer Einschränkungen (kein randomisiertes Design, fehlende Kontrollgruppe, keine Fallkontrollstudien oder katamnestische Erhebungen) bleibt festzuhalten, dass der Krisendienst in München mit seinen Bausteinen der telefonischen, aufsuchenden und weiterverweisenden Funktionen in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft erfolgreich implementiert ist. Die positive Bewertung durch Nutzer und professionelle Mitarbeiter kann als Beleg dafür, dass seine Angebotsstruktur die Bedarfe der Nutzergruppe trifft, interpretiert werden.

Die vorliegenden Befunde werden vor dem Hintergrund struktureller und fachlicher Aspekte diskutiert. Die Berücksichtigung der Resultate könnte Relevanz hinsichtlich der konzeptionellen Weiterentwicklung des Krisendienstes für Oberbayern haben. Die Übertragbarkeit dieses Modells auf andere Regionen scheint vorstellbar, muss aber im Einzelfall überprüft werden.

6 Literaturverzeichnis

1. Aderhold V, Greve N: Bedürfnisangepasste Behandlung und Offene Dialoge. PiD – Psychotherapie im Dialog 11: 258–261 (2010)
2. Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H: WHOQOL-100 und WHOQOL-Bref. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Hogrefe, Göttingen (2000)
3. Attkisson CC, Zwick R: The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. Evaluation and Program Planning 5: 233-237 (1982)
4. Aydemir-Kengeroglu S: München ist 1,5 Millionen-Stadt. In: Statistisches Amt der Landeshauptstadt München (Hrsg) Münchner Statistik, 2. Quartalsheft: S. 1-5 (2015)
5. Bernert S, Kilian R, Matschinger H, Mory C, Roick C, Angermeyer MC: Die Erfassung der Belastung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. Die deutsche Version des Involvement Evaluation Questionnaires (IEQ-EU). Psychiat Prax 28, Sonderheft 2: 97-101 (2001)
6. Bergold JB: Counseling, cognition and reality. Internat. Journal Adv Counseling 4: 5-20 (1981)
7. Bergold JB, Zimmermann R-B. Wie arbeitet ein Krisendienst? PiD – Psychotherapie im Dialog 4: 382-388 (2003)
8. Bruns H: Unterbringungen und Zwangsbehandlungen in Zahlen. Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen. Springer, Berlin Heidelberg (2015)

9. Buchheim P: Ethik der psychiatrischen Krisenintervention. In: Pöldinger W, Wagner W (Hrsg) Ethik in der Psychiatrie: Wertebegründung – Wertedurchsetzung. Springer, Berlin Heidelberg, S. 190-205 (2013)
10. Dinger M: Zur Organisation TelefonSeelsorge. Psyche 68: 537-559 (2014)
11. Dörner K: Selbstbestimmung durch Auflösung der Heime. In: Selbstbestimmung, muss das sein? – Dokumentation der Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Behindertenhilfe und Psychiatrie in der Caritas. Eigenverlag, Freiburg (2000)
12. Falkai P: Hintergrund und Evidenz. In: DGPPN (Hrsg): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg, S. 25-154 (2012)
13. Freikamp U: Prozess und Wirkungen des Erstgespräches im Berliner Krisendienst aus Sicht der BeraterInnen. Dissertation, Freie Universität Berlin (2012)
14. Fridgen, GJ, Aston J, Gschwandtner U, Pflueger M, Zimmermann R, Studerus E, Stieglitz R-D, Riecher-Rössler A: Help-seeking and pathways to care in the early stages of psychosis. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 48: 1033-1043 (2013)
15. Geißer, P: Die Altersverteilung im Großstadtvergleich: Pilz und Tannenbaum. In: Statistisches Amt der Landeshauptstadt München (Hrsg) Münchner Statistik, 2. Quartalsheft, S. 19-24 (2013)

16. Haberfellner EM, Hallermann G, Schwarz-Traunmüller B: Mobile Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Erfahrungen über drei Jahre. Psychiatr Prax 24: 235-236 (1997)
17. Höflich J: Die Telefonsituation als Kommunikationsrahmen, Anmerkungen zur Telefonsituation. In: Bräunlein J, Flessner B (Hrsg) Der sprechende Knochen: Perspektiven von Telefonkulturen. Königshausen und Neumann, Würzburg, S. 85-101 (2000)
18. Gekle W, Tschacher W: Differenzielle Indikationsstellungen im Prozess der Krisenintervention. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Hogrefe, Göttingen, S. 47-57 (2004)
19. Giernalczyk T: Perspektiven der professionellen Krisenarbeit. In: Giernalczyk T (Hrsg) Suizidgefahr. Verständnis und Hilfe. dgvt Tübingen, S. 9-19 (1997)
20. Greve N, Keller HT: Home Treatment und gemeindennahe Unterstützungsangebote. PiD - Psychotherapie im Dialog 16: 85-88 (2015)
21. Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Atav E-S, Becker T, Riedel-Heller S: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. Psychiatrische Praxis 38: 114-122 (2011)
22. Hannover W, Dogs CP, Kordy, H: Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? Psychotherapeut 45: 292-300 (2000)
23. Harper A: Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med 28: 551-558 (1998)

24. Hippler, HJ. Methodische Aspekte schriftlicher Befragungen: Probleme und Forschungsperspektiven. Planung und Analyse 6: 244-248 (1988)
25. Höger D, Eckert J: Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des "Post-Session Outcome" bei Psychotherapien. Zeitschrift für Klinische Psychologie 26: 129-137 (1997)
26. Holzer D, Stompe T: Misstrauen, Verfolgungswahn oder Spürsinn? In: Sollberger D, Kapfhammer H-P, Boehlke E, Hoff P, Stompe P (Hrsg) Bilder der Schizophrenie, Frank und Timme, Berlin, S. 323-340 (2015)
27. Horn A, Runge A: Home Treatment und klinische Krisenintervention. Kerbe 30: 18-20 (2012)
28. Howard L, Flach C, Leese M, Byford S, Killaspy H, Cole L, Lawlor C, Betts J, Sharac J, Cutting P, McNicholas S, Johnson S: Effectiveness and cost-effectiveness of admissions to women's crisis houses compared with traditional psychiatric wards: pilot patient-preference randomised controlled trial. Br J Psychiatry 197: 32-40 (2010)
29. Hosmer DW, Lemeshow S: Applied Logistic Regression (2. Ausgabe). Wiley and Sons, New York, S. 260-351 (2000)
30. Hubbeling D, Bertram R: Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. Journal of Mental Health 21: 285-295 (2012)
31. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, White IR, Thompson M, Bebbington P: Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the North Islington crisis study. BMJ 331: 599-602 (2005)

32. Kahre O, Felber W: Krisis – Konzeptgeschichtliche Betrachtungen zu einem psychiatrischen Schlüsselbegriff. In: Felber W, Möller H-J, Schmidtke A, Welz R, Wolfersdorf M (Hrsg) Suizidologie/Suicidology, Bd. 12. Roderer, Regensburg, S. 56-89 (2001)
33. Kilian R: Gesundheitsökonomische Evaluation gemeindepsychiatrischer Interventionen. Der Nervenarzt 83: 832-839 (2012)
34. Kilian, R: Evaluation von Programmen zur integrierten psychiatrischen Versorgung. Nervenheilkunde 32: 287-292 (2013)
35. Koßmann C, Juckel G: Aufsuchende Hilfen. PSYCH up2date 10: 239-254 (2016)
36. Kriz D, Nübling R, Steffanowski A, Wittmann WW, Schmidt J: Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 17: 67-79 (2008)
37. Mishara, BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I, Bardon C, Campbell J, Berman A: Which Helper Behaviors and Intervention Styles are Related to Better Short-Term Outcomes in Telephone Crisis Intervention? Results from a Silent Monitoring Study of Calls to the US 1–800-SUICIDE Network. Suicide and Life-Threatening Behavior 37: 308-321 (2007)
38. Lammers C-H, Schneider W: Die therapeutische Beziehung. Psychotherapeut 54: 469-485 (2009)

39. Laux G, Berzewski H: Notfallpsychiatrie. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg, S. 2717-2749 (2011)
40. Lester D: The effectiveness of suicide prevention centers. Suicide Life Threat Behav: 263-267 (1993)
41. Leupold, M: Fallkommentar: Ethische Aspekte sozialprofessionellen Handelns mit suizidgefährdeten Menschen (2015). Verfügbar unter:
http://www.ethikdiskurs.de/fileadmin/user_upload/ethikdiskurs/Fallkommentare/Fallarchiv/Leupold_Fallkommentar_Ethische_Aspekte_sozialprofessionellen_Handelns_mit_suizidgefaehrdeten_Menschen.pdf (13.08.2016)
42. Lohmer M, Möller H: Psychoanalyse in Organisationen. Kohlhammer, Stuttgart (2014)
43. Maio G: Ich tue das Richtige nur gegen Belohnung. Der Nervenarzt 86: 1349-1357 (2015)
44. Möller-Leimkühler AM, Dunkel R, Müller P: Determinanten der Patientenzufriedenheit: behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität. Fortschr Neurol Psychiatr: 410-417 (2002)
45. Möller-Leimkühler AM, Dunkel R: Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. Der Nervenarzt 74: 40-47 (2003)
46. Müller N, Neuhauser H, Kotter T, Horn B, Laakmann G: Krisenintervention im Rahmen einer akut-psychiatrischen Allgemeinstation. Psychother Psych Med: 374-379 (1989)

47. Müller W, Holz M, Seyrer Y: Was Krisendienste von ihren Klienten lernen können. In: Giernalczyk T (Hrsg) Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe. dgvt, Tübingen, S. 157-166 (1997)
48. Müllner M: Erfolgreich wissenschaftlich arbeiten in der Klinik: Evidence Based Medicine. Springer, Wien New York, S. 55-62 (2005)
49. Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R: Crisis intervention for people with severe mental illness (Review). Cochrane Library, John Wiley and Sons, New York, 5 (2012)
50. Neumann O: Über die Sucht telefonieren zu müssen oder ein struktureller Ansatz in der Krisenintervention zum besseren Umgang mit Dauernutzern. Psychiatrische Praxis 29: 411-416 (2002)
51. Nouvertné U: Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen. Repräsentative Ergebnisse einer empirischen Großstadt-Studie. Institut für Kommunale Psychiatrie (Hrsg) Auf die Straße entlassen. Obdachlos und krank. Psychiatrie, Bonn, S. 39-52 (1996)
52. Nübling R, Steffanowski A, Körner M, Rundel M, Kohl C, Löschmann C, Schmidt J: Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Gesundh ökon Qual manag 12: 44-50 (2007)
53. Nunnally JC, Bernstein ICH: Psychometric Theory (3. ed.). McGraw-Hill, New York, S. 251-254 (1994)
54. Pajonk F-G, Michael C: Psychiatrie und Notfallmedizin. Notfall+ Rettungsmedizin 19: 161-162 (2016)

55. Riedel-Heller SG, Gühne U, Weinmann S, Becker T: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen – Die S3-Leitlinie der DGPPN: Stand der Forschung, Behandlungsempfehlungen und Desiderate für die Versorgungsforschung. PPM - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 62: 425-428 (2012)
56. Roberts AR, Everly GS: A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. Brief Treatment and Crisis Intervention 6: 10-21 (2006)
57. Rupp M: Notfall Seele: ambulante Notfall-und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie, Georg Thieme, Stuttgart (2010)
58. Rupp M: Notfall-und Krisenintervention. Forum für soziale Psychiatrie: 4-7 (2012)
59. Salize H-J, Kilian R: Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie. Konzepte, Methoden, Analysen. Kohlhammer, Stuttgart (2010)
60. Schaller S, Erlemaier N: Epidemiologie. In: Lindner R, Hery D, Schaller S, Schneider B, Sperling U (Hrsg) Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen: Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Springer, Berlin Heidelberg, S. 21-34 (2014)
61. Schmidt J, Nübling R: ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In: Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg) Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen, S. 392-396 (2002)

62. Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW: Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother med Psychol* 39: 248-255 (1989)
63. Schmidt, H-P: Die Daueranrufer und ihre Krise. *Wege zum Menschen* 39: 14-28 (1987)
64. Schmidt, H-P: Mediale Effekte in der psychologischen Telefonberatung. In: Forschungsgruppe Telekommunikation (Hrsg) *Telefon und Gesellschaft* (Bd. 2), S. 362-378 (1990)
65. Schmid, P: Auswirkungen eines Modells der sektorübergreifenden Integrierten Versorgung für alle Formen psychischer Erkrankungen auf die Leistungsnutzung und Behandlungsqualität. *Med. Dissertation, Universität Ulm* (2013)
66. Schmidt-Zadel R: Krisenhilfe – politischer Auftrag. In: Weiß P, Heinz A (Hrsg) *Band 040: Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen. Aktion Psychisch Kranke, Bonn*, S. 62-68 (2014)
67. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Niedersteberg A, Klosterkoetter J: Who initiates help-seeking in first-episode psychosis? In: *Psychosis – Psychological social and integrative Approaches. Oxfordshire Routledge Journals, Taylor Francis Ltd*, S. 49-50 (2009)
68. Schwartz FW: Schwerpunkte einer Evaluation im Gesundheitswesen. In: *Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen. Springer, Berlin Heidelberg*, S. 9-10 (2013)

69. Schwerthöffer D, Beuys D, Hamann J, Messer T, Pajonk, F-G: Versorgung psychiatrischer Notfälle in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Psychiat Prax 43: 367-373 (2016)
70. Scott RL: Evaluation of a mobile crisis program: Effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction. Psychiatric Services 51: 1153-1156 (2000)
71. Simmich T, Reimer C: Psychotherapeutische Aspekte von Krisenintervention. Psychotherapeut 43: 143-156 (1998)
72. Simmich T, Milch W: Behandlungskrisen ambulanter Psychotherapien aus der Sicht einer Krisenstation. Psychotherapeut 46: 252-258 (2001)
73. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA: The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial - A report from the WHOQOL group. Quality of Life Research 13: 299-310 (2004)
74. Sonneck G: Krisenintervention und Suizidverhütung. Facultas, Wien, S. 15-28 (2000)
75. Stein DM, Lambert MJ: Telephone counseling and crisis intervention: A review. American Journal of Community Psychology 12: 101-126 (1984)
76. Stein C: Spannungsfelder der Krisenintervention: ein Handbuch für die psychosoziale Praxis. Kohlhammer, Stuttgart (2009)
77. Stein C: Krisenintervention. Neuropsychiatrie 26: 106-110 (2012)

78. Steinhart I: Krisenhilfen in der Krise? Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquete und die Chance zum Restart. In: Weiß P, Heinz A (Hrsg) Band 040: Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen. Aktion Psychisch Kranke, Bonn, S. 50-59 (2014)
79. Steinhart I, Wienberg G: Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. Psychiatrische Praxis 43: 65-68 (2016)
80. Stengler K, Jahn I: Geschlechterspezifische Aspekte bei der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung. Psychiatrische Praxis 42: 63-64 (2015)
81. Stengler K, Riedel-Heller SG, Gühne U, Becker T: Gemeindepsychiatrische Versorgung. PSYCH up2date 9: 113-128 (2015)
82. Urban D: Logit-Analyse: Statistische Verfahren zur Analyse von Modellen mit qualitativen Response-Variablen. Fischer, Stuttgart Jena New York (1993)
83. van Wijngaarden BOB, Schene AH, Koeter M, Vázquez-Barquero JL, Knudsen HC, Lasalvia A, McCrone PAUL: Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire-European Version. Br J Psychiatry 177: 21-27 (2000)
84. Valdes-Stauber J, Wiederholt F, Kilian R: Gibt es unterschiedliche Tendenzen in der Anordnung von Betreuungen und Unterbringungen zwischen Großstadt und Land? Psychiatrische Praxis 39: 267-274 (2012)

85. Weimer M: Über seelsorgerliche Dauergespräche. In: Hauschildt E, Blömeke B (Hrsg) Telefonseelsorge interdisziplinär, Vandenhoeck Ruprecht, Göttingen, S. 163-184 (2015)
86. Welschehold M, Eiche S, Schleuning G: Regionale psychiatrische Krisenversorgung - Fachkonzept, München (2012). Verfügbar unter: https://www.kbo-ku.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/kpm_fachkonzept_regionale_krisenversorgung.pdf (02.11.2016)
87. Wienberg G: Merkmalsdimensionen außerstationärer Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. In Wienberg G (Hrsg) Bevor es zu spät ist: Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Standards und Modelle. Psychiatrie, Bonn, S. 222-238 (1998)
88. Winness MG, Borg M, Hesook SK: Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. Journal of Mental Health 19: 75-87 (2010)
89. Zimmermann R-B, Bergold JB: Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes (Bd 1 u. 2), Blaue Reihe Berliner Zentrum Public Health (2003)

Anhang

A Probandeninformation und Einwilligungserklärung

B Datenerhebungsinstrumente

Screeningprotokoll KPM

Fragebogen 1: Betroffene

Fragebogen 2: Angehörige

Fragebogen 3: Fachstellen

Evaluation für Fachpersonal (Passungseinschätzung)

PATIENTENINFORMATION

Titel der Studie:

Wirkmechanismen und Effizienz eines ambulanten Krisenhilfeangebots

Untersuchung am Beispiel des Krisendienstes Psychiatrie München (KPM)

Sehr geehrte Nutzerinnen und Nutzer des Krisendienstes Psychiatrie München,

wir möchten Sie bitten, an der folgenden Studie teilzunehmen.

Gegenwärtig gibt es in Deutschland verschiedene Modelle der psychiatrischen Krisenversorgung. Im Mittelpunkt steht dabei die Verbesserung der fachlich qualifizierten Abklärung, zentralen Steuerungsfunktion und Weichenstellung zum passenden Hilfsangebot in der jeweiligen Versorgungslandschaft für Menschen in psychischen Krisen und deren Umfeld. Im Rahmen des oben genannten Forschungsprojektes möchten wir untersuchen, inwieweit der Krisendienst Psychiatrie München (KPM) diesen Aufgaben gerecht wird. Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten, an unserer Studie teilzunehmen.

Ziel und Art der Studie?

Diese Studie dient der Evaluation des Krisendienstes Psychiatrie München. Die Erkenntnisse, die mit dieser Studie gewonnen werden, sollen dem besseren Verständnis des Bedarfs an psychiatrischer Krisenversorgung dienen und könnten in Zukunft zur Weiterentwicklung von bestehenden Versorgungsmodellen beitragen.

Sie werden, als Nutzer der telefonischen Krisenleitstelle, nach Ihrer Zufriedenheit mit der erhaltenen Beratung sowie zu darüber hinausgehenden Bereichen Ihrer momentanen Lebenssituation (Gesundheitszustand, Lebensqualität) im Zusammenhang mit der psychischen Krise befragt. Die dabei erhobenen Daten dienen dazu, Ihre Erfahrungen mit dem Krisendienst zu sammeln. Ihre Teilnahme an der Studie hat keinen Einfluss darauf, wie Sie oder Ihre Angehörigen in eventuell erneut notwendigen Beratungssituationen zukünftig vom Krisendienst Psychiatrie München unterstützt werden.

Zeitlicher Aufwand für die Studie?

Im Rahmen der Studie werden Sie einmalig postalisch befragt. Die Befragung umfasst Informationen zu Ihrer Zufriedenheit mit dem telefonischen Angebot, zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Lebensqualität. Das Ausfüllen der Fragebögen dauert ca. 20-30 Minuten.

Welche und wie viele Personen nehmen an der Studie teil?

An dieser Studie können alle Nutzer des Krisendienstes teilnehmen. Es ist geplant, über einen Zeitraum von 2 Monaten alle Anrufer zu befragen, die sich mit einem Anliegen telefonisch an den Krisendienst wenden (Betroffene, Angehörige und Fachstellen).

Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an diesem Forschungsprojekt?

Es ist möglich, dass Sie durch Ihre Teilnahme an dieser Studie keinen direkten Nutzen für Ihre Gesundheit ziehen. Durch Ihre Teilnahme können Sie jedoch beitragen, dass gegebenenfalls mögliche Defizite der aktuellen Versorgungssituation erkannt werden und Verbesserungsvorschläge gefunden werden können. Auf diese Weise kann für Sie und für alle zukünftigen Nutzer in ähnlichen Krisensituationen eine Verbesserung der Krisenhilfe erwartet werden.

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine Kosten (ein frankierter Rückumschlag liegt bei).

Welche Risiken sind mit der Studie verbunden?

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine Risiken verbunden. Ihre Teilnahme sieht ausschließlich die erwähnten Befragungen vor (siehe außerdem Pseudonymisierung und Datenschutz).

Ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, ist ein wertvoller Beitrag für den medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt. Dafür möchten wir uns bei Ihnen herzlich bedanken.

PSEUDONYMISIERUNG:

Da wir die Daten personenbezogen miteinander verknüpfen möchten, werden wir eine Identifikationsnummer generieren, über die wir Ihre Daten verknüpfen können. Die Liste mit den Identifikationsnummern und Ihren persönlichen Daten werden wir von den Untersuchungsdaten getrennt in einer verschlüsselten Datei aufbewahren, so dass ein Zugriff durch dritte Personen nicht möglich ist.

Die Liste mit den Identifikationsnummern und Ihren persönlichen Daten wird nach Abschluss aller Untersuchungen vernichtet.

SCHWEIGEPLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden.

Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) Einsicht in die studienrelevanten Teile der Dokumentation in der Datenbank nehmen. Ebenso kann eine Datenlöschung nach Anonymisierung nicht mehr durchgeführt werden.

Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

FREIWILLIGKEIT:

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Alle bis dahin erhobenen Daten werden vernichtet.

ERREICHBARKEIT:

Sollten Sie weitere Fragen haben, die mit diesem Aufklärungsschreiben noch nicht vollständig beantwortet sind oder sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie sich jederzeit an uns wenden:

- **Projektleiter:**
für allgemeine Fragen zum Projekt
[Redacted]
Telefon: [Redacted]
Mail: [Redacted]
- **Projektkoordinatorin:**
für allgemeine Fragen zum Projekt
[Redacted]
Telefon: [Redacted]
Mail: [Redacted]
- **Ärztlicher Mitarbeiter:**
Für ärztliche Fragen zum Projekt
[Redacted]
Telefon: [Redacted]
Mail: [Redacted]

Medizinische Fakultät
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie II der Universität Ulm
Bezirkskrankenhaus Günzburg

Ärztlicher Direktor

89312 Günzburg, Germany

Leiter Sektion Gesundheitsökonomie
und Versorgungsforschung

Tel:

Fax:

Internet

Klinik für Psychiatrie u. PT II | BKH | 89312 Günzburg | Germany

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Wirkmechanismen und Effizienz eines ambulanten Krisenhilfeangebots

Untersuchung am Beispiel des Krisendienstes Psychiatrie München (KPM)

Inhalt, Vorgehensweise und Ziel des oben genannten Forschungsprojektes sowie
die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir

Herr / Frau ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu
entscheiden.

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

.....
(Name des Teilnehmers)

.....
.....
Ort, Datum

(Unterschrift des Teilnehmers)

INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden
- 2) Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich die Mitarbeiter des Krisendienstes von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
(Name des Teilnehmers)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift des Teilnehmers)

Krisendienst Psychiatrie München - Screeningprotokoll

KlientIn Name: Vorname: Geschlecht: ☐ M ☐ W Straße/Hausnummer: PLZ/Ort: Sektor: Geb. Datum: __.__.____, Alter: ____ Telefon: Handy: Staatsangehörigkeit: ☐ deutsch/ Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verheiratet/getrennt ☐ verwitwet ☐ unbekannt
Datum/ Uhrzeit/Dauer des Kontaktes ___.___.____ / __:___ / ____ Min.
Mitarbeiter:
Einzugsgebiet ☐ KPM ☐ LK-München
Weitere Angaben:
Woher KPM bekannt?
Details und Sonstiges:
Anrufer: Beziehung : ☐ Klient selbst / _____ Name: Vorname: Straße/Hausnummer: PLZ/Ort: Telefonnummer: Fachstelle/Einrichtung: Sonstige Bez. :
Angaben zur aktuellen Problematik:
Suizidalität: ☐ keine ☐ passive Todeswünsche ☐ SG, glaubhaft distanziert ☐ SG, glaubhaft bündnisf. ☐ SG, nicht distanziert ☐ akt. Suizidversuch ☐ unbekannt/unklar
Angaben zur Vorgeschichte:
Anliegen an den Krisendienst:

Leitsyndrom LS1: LS2:	
Syndromausprägung: ☐ nicht beurteilbar ☐ mäßig ☐ überhaupt nicht ☐ deutlich	☐ grenzwertig sympt. ☐ schwer ☐ nur leicht ☐ extrem schwer
Psychopathologische Auffälligkeiten: <i>Orientierungs-/Gedächtnisstörung:</i> ☐ Ja ☐ Nein ☐ unbekannt/unklar <i>Psychotische Symptome:</i> ☐ Ja ☐ Nein ☐ unbekannt/unklar <i>Selbstgefährdung:</i> ☐ Nein ☐ unbekannt/unklar ☐ Ja -> Welche: <i>Mitbehandlung:</i> ☐ Nein ☐ unbekannt/unklar ☐ Ja -> Welche: <i>Fremdgefährdung:</i> ☐ Nein ☐ unbekannt/unklar ☐ Ja -> Welche: <i>Akt. Substanzeinfluss:</i> ☐ Nein ☐ unbekannt/unklar ☐ Ja -> Welche: <i>Medikation:</i> ☐ Nein ☐ unbekannt/unklar ☐ Ja -> Welche:	
Weitere psychopathologische Auffälligkeiten:	
Somatische Erkrankungen:	
Bestehende Behand./Therap./Betreuung: ☐ Nein ☐ Ja -> Welche:	
Ergebnis des Screenings: <i>Notfall ohne KPM</i> ☐ Polizei ☐ Rettungsleitstelle ☐ Notarzt <i>Auftrag an ärztliches Team:</i> ☐ Psychiatr. KV-B-Dienst ☐ Allgemeinärztlicher B-Dienst ☐ Institutsambulanz ☐ Hausarzt ☐ psychiatrische Praxis <i>Auftrag an nicht-ärztliches Team:</i> ☐ SPD i Giesing ☐ SPD i West ☐ SPD i Nord ☐ Krisendienst Ost ☐ SPD i Laim ☐ Krisendienst Süd Uhrzeit: Vermittlung: Weiterempfehlung: Sonstiges:	

Gesprächsverlauf:
Einschätzung der Dringlichkeit ☐ 0-3h ☐ 3-24h ☐ 24h-1Wo ☐ 1 Wo-1 Mo ☐ <1 Mo ☐ akt. Kein Hilfebedarf
Datenschutz Einverstanden Daten weiter zu geben ☐ Nein ☐ Ja -> Wen: Benachrichtigung anderer Stellen ☐ Nein ☐ Ja -> Welche:
Rückmeldung vom Einsatz Datum: __.__.____ Uhrzeit: __: __
Datum/Unterschrift KPM-Mitarbeiter _____.____.____

Über Sie

Was ist ihr Geschlecht? ☐ 1 weiblich ☐ 2 männlich 1-KPM-1

Wann sind Sie geboren?

Tag	Monat	Jahr
1-KPM-2	1-KPM-3	1-KPM-4

Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?
1-KPM-5

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ kein Abschluss | 5 ☐ Abitur |
| 2 ☐ Hauptschule | 6 ☐ Fachhochschule |
| 3 ☐ Mittlere Reife | 7 ☐ Universität |
| 4 ☐ Fachhochschulreife | 8 ☐ Postgraduiert (Dr.) |

Was ist Ihr Familienstand? 1-KPM-6

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Allein lebend | 5 ☐ Getrennt lebend |
| 2 ☐ Verheiratet | 6 ☐ Geschieden |
| 3 ☐ Mit Partner lebend | 7 ☐ Verwitwet |

Sind Sie gegenwärtig krank? 1-KPM-7 1 ☐ ja 2 ☐ nein

Wenn ja, was ist Ihre Diagnose? _____ 1-KPM-8-f

Telefonische Beratung des Krisendienstes Psychiatrie München (KPM)**1. Wie würden Sie die Qualität der Beratung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?**

ausgezeichnet 1-ZUF-B1 ☐ 1	gut ☐ 2	weniger gut ☐ 3	schlecht ☐ 4
--	-----------------------------------	---	--

2. Haben Sie die Art von Beratung erhalten, die Sie wollten?

eindeutig nicht 1-ZUF-B2 ☐ 1	eigentlich nicht ☐ 2	im Allgemeinen ja ☐ 3	eindeutig ja ☐ 4
--	--	---	--

3. In welchem Maße hat unser Dienst Ihren Bedürfnissen entsprochen?

er hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen 1-ZUF-B3 ☐ 1	er hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen ☐ 2	er hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen ☐ 3	er hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen ☐ 4
--	---	---	--

4. Würden Sie einem Freund / einer Freundin unseren Dienst empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

eindeutig nicht 1-ZUF-B4 ☐ 1	ich glaube nicht ☐ 2	ich glaube ja ☐ 3	eindeutig ja ☐ 4
--	--	---	--

5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?

ziemlich unzufrieden 1-ZUF-B5 ☐ 1	leidlich oder leicht unzufrieden ☐ 2	weitgehend zufrieden ☐ 3	sehr zufrieden ☐ 4
---	---	--	--

6. Hat die Beratung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?

ja, sie half eine ganze Menge 1-ZUF-B6 ☐ 1	ja, sie half etwas ☐ 2	nein, sie half eigentlich nicht ☐ 3	nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht ☐ 4
---	--	--	---

7. Wie zufrieden sind Sie mit der Beratung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?

sehr zufrieden 1-ZUF-B7 ☐ 1	weitgehend zufrieden ☐ 2	leidlich oder leicht unzufrieden ☐ 3	ziemlich unzufrieden ☐ 4
---	--	---	--

8. Würden Sie wieder unseren Dienst in Anspruch nehmen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?

eindeutig nicht 1-ZUF-B8 ☐ 1	ich glaube nicht ☐ 2	ich glaube ja ☐ 3	eindeutig ja ☐ 4
--	--	---	--

Anmerkungen:

1-ZUF-B9-f

- Woher kennen Sie den KPM? _____ 1-KPM-9-f
- Hatten Sie schon früher Kontakt zum KPM? 1-KPM-9
1 ☐ nie 2 ☐ selten 3 ☐ häufig 4 ☐ sehr häufig
- Wie ging es nach dem Telefonat weiter?
 - 1 ☐ ausschließlich telefonische Beratung 1-KPM-10-1
 - 2 ☐ Empfehlung: _____ 1-KPM-10-2f
 - 3 ☐ eine Anschlusshilfe wurde vermittelt 1-KPM-10-3
 - welche? 1-KPM-10-3-1
 - 1 ☐ Kriseneinsatz vor Ort 2 ☐ persönliche Beratung 3 ☐ Termin in einer Ambulanz
 - 4 ☐ Termin bei einem Psychiater 5 ☐ sonstige _____
 - wann war diese verfügbar? 1 ☐ sofort 2 ☐ 1-3 Std. 3 ☐ 3-24 Std. 4 ☐ später _____ 1-KPM-11-3-2
 - wie hat die Vermittlung funktioniert? 1 ☐ sehr gut 2 ☐ gut 3 ☐ mäßig 4 ☐ schlecht 1-KPM-11-3-3
 - warum? _____ 1-KPM-11-3-3f
 - 4 ☐ Sonstiges _____ 1-KPM-10-4f

Instruktionen

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. **Bitte beantworten Sie alle Fragen.** Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage der Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben **während der vergangenen zwei Wochen**. So könnte eine Frage zum Beispiel lauten:

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?	1	2	3	4	5

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung erhalten haben, die Sie brauchen. Wenn Sie in den vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen überwiegend Unterstützung erhalten haben, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 4 an.

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?	1	2	3	4	5

Wenn Sie während der letzten zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen überhaupt nicht erhalten haben, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 1 an.

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

		Sehr schlecht	schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen? WHOQOL-BREF-1	1	2	3	4	5
		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit? WHOQOL-BREF-2	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
3	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun? WHOQOL-BREF-3	1	2	3	4	5
4	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern? WHOQOL-BREF-4	1	2	3	4	5
5	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen? WHOQOL-BREF-5	1	2	3	4	5
6	Betrachten Sie das Leben als sinnvoll? WHOQOL-BREF-6	1	2	3	4	5
		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
7	Wie gut können Sie sich konzentrieren? WHOQOL-BREF-7	1	2	3	4	5
8	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben? WHOQOL-BREF-8	1	2	3	4	5
9	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet? WHOQOL-BREF-9	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun

		Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
10	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben? WHOQOL-BREF-10	1	2	3	4	5
11	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren? WHOQOL-BREF-11	1	2	3	4	5
12	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können? WHOQOL-BREF-12	1	2	3	4	5
13	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen? WHOQOL-BREF-13	1	2	3	4	5
14	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten? WHOQOL-BREF-14	1	2	3	4	5
		Sehr schlecht	schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
15	Wie gut können Sie sich fortbewegen? WHOQOL-BREF-15	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
16	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf? WHOQOL-BREF-16	1	2	3	4	5
17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können? WHOQOL-BREF-17	1	2	3	4	5
18	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit? WHOQOL-BREF-18	1	2	3	4	5
19	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst? WHOQOL-BREF-19	1	2	3	4	5
20	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen? WHOQOL-BREF-20	1	2	3	4	5
21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben? WHOQOL-BREF-21	1	2	3	4	5

		Sehr unzufrieden	Un- zufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
22	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde? WHOQOL-BREF-22	1	2	3	4	5
23	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen? WHOQOL-BREF-23	1	2	3	4	5
24	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können? WHOQOL-BREF-24	1	2	3	4	5
25	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zu Verfügung stehen? WHOQOL-BREF-25	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit

		Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
26	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression? WHOQOL-BREF-26	1	2	3	4	5

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Fragebogens geholfen? 1 ☐ ja 2 ☐ nein

WHOQOL-BREF-27

Wie lange hat es gedauert, diesen Fragebogen auszufüllen? _____ Minuten

WHOQOL-BREF-27

Haben Sie irgendwelche Anmerkungen zu diesem Fragebogen?

WHOQOL-BREF-27-f

Persönliche Beratung oder Einsatz vor Ort durch MitarbeiterInnen des Krisendienstes im Anschluss (falls dies der Fall war)

Sie hatten ein Gespräch mit zwei Berater/einer Beraterin des Krisendienstes Psychiatrie München (KPM). Wir würden nun gerne wissen, wie nützlich dieses Gespräch für Sie war. In den nachfolgenden Fragen bitten wir Sie um Auskunft über verschiedene Aspekte, die in dem Gespräch eine Rolle gespielt haben könnten.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen möglichst spontan. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Entscheiden Sie sich für diejenige Antwortmöglichkeit, die für Sie am ehesten zutrifft und machen Sie nur ein Kreuz pro Frage. Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym ausgewertet.

		stimmt überhaupt nicht						stimmt genau
1)	So wie das Gespräch lief, hat es mich nicht befriedigt BIKEB-1	0	1	2	3	4	5	6
2)	Ich fühlte mich bei meinen BeraterInnen gut aufgehoben. BIKEB-2	0	1	2	3	4	5	6
3)	Mit der Art, wie mein BeraterInnen mit mir umgingen, kam ich gut zurecht. BIKEB-3	0	1	2	3	4	5	6
4)	Durch das Gespräch bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden. BIKEB-4	0	1	2	3	4	5	6
5)	Das Gespräch hat mich körperlich ziemlich erschöpft. BIKEB-5	0	1	2	3	4	5	6
6)	Durch das Gespräch bin ich zu einer anderen Sicht meiner Probleme gekommen. BIKEB-6	0	1	2	3	4	5	6
7)	Es fiel mir leicht, mich selbst, meine Probleme und mein Erleben ins Auge zu fassen. BIKEB-7	0	1	2	3	4	5	6
8)	In dem Gespräch erhielt ich Informationen, die mir praktisch weiterhelfen. BIKEB-8	0	1	2	3	4	5	6
9)	Unser Gespräch hat mich körperlich frischer und gelöster gemacht. BIKEB-9	0	1	2	3	4	5	6
10)	Ich hatte in dem Gespräch das Gefühl, innerlich blockiert zu sein. BIKEB-10	0	1	2	3	4	5	6
11)	Ich fühle mich jetzt innerlich nervöser und unruhiger als vor dem Gespräch. BIKEB-11	0	1	2	3	4	5	6
12)	Ich sehe nach diesem Gespräch dem kommenden Tag zuversichtlicher entgegen. BIKEB-12	0	1	2	3	4	5	6
13)	Der Berater/ die Beraterin hat mir deutlich gemacht, dass ich mich auch an Freunde und Bekannte wenden kann, um Unterstützung zu bekommen. BIKEB-13	0	1	2	3	4	5	6

		stimmt überhaupt nicht						stimmt genau
14)	Es fiel mir schwer, meine Empfindungen und Gedanken in Worte zu fassen. BIKEB-14	0	1	2	3	4	5	6
15)	Nach diesem Gespräch habe ich mehr Hoffnung, meine Probleme selbst bewältigen zu können. BIKEB-15	0	1	2	3	4	5	6
16)	Ich bekam Hinweise zu weiteren Therapiemöglichkeiten. BIKEB-16	0	1	2	3	4	5	6
17)	Nach diesem Gespräch fühle ich mich körperlich müde und kaputt. BIKEB-17	0	1	2	3	4	5	6
18)	Ich fühle mich nach diesem Gespräch innerlich ausgeglichener als vorher. BIKEB-18	0	1	2	3	4	5	6
19)	In dem Gespräch hatte ich das Gefühl, mich nur im Kreis zu bewegen. BIKEB-19	0	1	2	3	4	5	6
20)	Es fiel mir leicht, über alles zu sprechen, was mich bewegte. BIKEB-20	0	1	2	3	4	5	6
21)	Wir sind irgendwie weitergekommen. BIKEB-21	0	1	2	3	4	5	6
22)	Ich habe durch dieses Gespräch mehr Vertrauen zu mir selbst gewonnen. BIKEB-22	0	1	2	3	4	5	6
23)	Durch das Gespräch bin ich innerlich ziemlich aufgewühlt. BIKEB-23	0	1	2	3	4	5	6
24)	Die Art, wie sich mein BeraterInnen mir gegenüber verhielten, war für mich hilfreich und nützlich. BIKEB-24	0	1	2	3	4	5	6
25)	Nach diesem Gespräch fühle ich mich körperlich erholt und entspannt. BIKEB-25	0	1	2	3	4	5	6
26)	In diesem Gespräch habe ich mehr innere Sicherheit gewonnen. BIKEB-26	0	1	2	3	4	5	6
27)	Der Berater/ die Beraterin hat mit mir die nächsten Schritte besprochen. BIKEB-27	0	1	2	3	4	5	6
28)	In diesem Gespräch sind mir neue Zusammenhänge in meinem Verhalten und Erleben deutlich geworden. BIKEB-28	0	1	2	3	4	5	6
29)	Ich finde, dass mein Berater/ meine Beraterin zu wenig berücksichtigt hat, was ich wirklich brauche. BIKEB-29	0	1	2	3	4	5	6
30)	Ich erhielt neue Impulse, mit meiner Situation umzugehen. BIKEB-30	0	1	2	3	4	5	6
31)	Ich erhielt Hinweise zur Weitervermittlung an andere Einrichtungen. BIKEB-31	0	1	2	3	4	5	6

Telefonische Beratung des Krisendienstes Psychiatrie München (KPM)

1. Wie würden Sie die Qualität der Beratung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?			
ausgezeichnet 2-ZUF-A1 ☐ 1	gut ☐ 2	weniger gut ☐ 3	schlecht ☐ 4
2. Haben Sie die Art von Beratung erhalten, die Sie wollten?			
eindeutig nicht 2-ZUF-A2 ☐ 1	eigentlich nicht ☐ 2	im Allgemeinen ja ☐ 3	eindeutig ja ☐ 4
3. In welchem Maße hat unser Dienst Ihren Bedürfnissen entsprochen?			
er hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen 2-ZUF-A3 ☐ 1	er hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen ☐ 2	er hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen ☐ 3	er hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen ☐ 4
4. Würden Sie einem Freund / einer Freundin unseren Dienst empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?			
eindeutig nicht 2-ZUF-A4 ☐ 1	ich glaube nicht ☐ 2	ich glaube ja ☐ 3	eindeutig ja ☐ 4
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?			
ziemlich unzufrieden 2-ZUF-A5 ☐ 1	leidlich oder leicht unzufrieden ☐ 2	weitgehend zufrieden ☐ 3	sehr zufrieden ☐ 4
6. Hat die Beratung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?			
ja, sie half eine ganze Menge 2-ZUF-A6 ☐ 1	ja, sie half etwas ☐ 2	nein, sie half eigentlich nicht ☐ 3	nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht ☐ 4
7. Wie zufrieden sind Sie mit der Beratung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?			
sehr zufrieden 2-ZUF-A7 ☐ 1	weitgehend zufrieden ☐ 2	leidlich oder leicht unzufrieden ☐ 3	ziemlich unzufrieden ☐ 4
8. Würden Sie wieder unseren Dienst in Anspruch nehmen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?			
eindeutig nicht 2-ZUF-A8 ☐ 1	ich glaube nicht ☐ 2	ich glaube ja ☐ 3	eindeutig ja ☐ 4

Anmerkungen:

2-ZUF-A9f

- Woher kennen Sie den KPM? _____ 2-KPM-1f
- Hatten Sie schon früher Kontakt zum KPM? 2-KPM-2
1 ☐ nie 2 ☐ selten 3 ☐ häufig 4 ☐ sehr häufig
- Was war die größte Belastung für Sie vor dem Telefonat?
 - 1 ☐ Sorge um 2-KPM-3-1
 - 1 ☐ mein eigenes Befinden 2 ☐ das Befinden meines Angehörigen
 - 2 ☐ Erleben von Bedrohung _____ 2-KPM-3-2f
 - 3 ☐ die Beeinträchtigung des Lebensumfeldes _____ 2-KPM-3-3f
 - 4 ☐ fehlende/beeinträchtigte Kommunikation _____ 2-KPM-3-4f
 - 5 ☐ kein Hilfeangebot verfügbar _____ 2-KPM-3-5f
 - 6 ☐ Sonstiges _____ 2-KPM-3-6f
- Wie ging es nach dem Telefonat weiter?
 - 1 ☐ ausschließlich telefonische Beratung 2-KPM-4-1
 - 2 ☐ Empfehlung: _____ 2-KPM-4-2f
 - 3 ☐ eine Anschlusshilfe wurde vermittelt 2-KPM-4-3
 - welche? 2-KPM-4-3-1
 - 1 ☐ Kriseneinsatz vor Ort 2 ☐ persönliche Beratung 3 ☐ Termin in einer Ambulanz
 - 4 ☐ Termin bei einem Psychiater 5 ☐ sonstige _____
 - wann war diese verfügbar? 1 ☐ sofort 2 ☐ 1-3 Std. 3 ☐ 3-24 Std. 4 ☐ später _____ 2-KPM-4-3-2
 - wie hat die Vermittlung funktioniert? 1 ☐ sehr gut 2 ☐ gut 3 ☐ mäßig 4 ☐ schlecht 2-KPM-4-3-3
 - warum? _____ 2-KPM-4-3-3f
 - 4 ☐ Sonstiges _____ 2-KPM-4-4

Einleitung

Die psychiatrische Betreuung beschäftigt sich vor allem mit den psychischen Problemen der Patienten. Während der letzten Jahre ist man jedoch zunehmend auf Familienmitglieder, Mitbewohner und andere Personen aufmerksam geworden. Auch sie stehen in Beziehung zu einem Menschen, der an psychischen Problemen leidet. Mit dieser Erhebung soll der Frage nachgegangen werden, ob dieser Umstand Folgen für Sie selber zeigt.

In diesem Fragebogen verwenden wir den Ausdruck „Person“. Gemeint ist die Person, die an psychischen Problemen leidet.

Das Ausfüllen des Fragebogens

Auf jede Frage darf *lediglich eine Antwort* gegeben werden. Bei den meisten Fragen können Sie die Antwort im dazugehörigen Kästchen ankreuzen.

In einzelnen Fällen bitten wir Sie, eine Antwort einzusetzen, z.B. das Alter einer Person.

Möglicherweise gibt es Fragen, die Sie nicht betreffen. Auf der Liste wird angegeben, welche Fragen Sie auslassen und bei welcher Frage Sie fortfahren können.

Die Folgen Ihrer Beziehung zu einem Menschen mit psychischen Problemen können schon seit längerer Zeit spürbar sein.

Mit diesem Fragebogen versuchen wir jedoch, die Situation, so wie sie sich im Moment der Kontaktaufnahme zum Krisendienst Psychiatrie München (KPM) dargestellt hat, zu ermitteln. Die meisten Fragen beziehen sich deshalb auf Erfahrungen, die während dieser Zeit der **letzten Woche** gemacht haben. Einige Fragen betreffen längere Perioden. Diese Fragen sind entsprechend gekennzeichnet.

Alle Informationen werden anonym und vertraulich behandelt. Wenn Sie Einwände gegen gewisse Fragen haben, können Sie dies bei der Frage anmerken und brauchen nicht zu antworten.

Beantworten Sie eine Frage nach der anderen. Arbeiten Sie die Liste möglichst in Ruhe durch. Falsche oder richtige Antworten gibt es nicht. Wichtig ist, dass Sie Ihre eigenen Erfahrungen mitteilen.

Datum des Ausfüllens des Fragebogens: _____ IEQ-Da

Bevor wir Sie zu Ihren Erfahrungen befragen, interessieren wir uns für Ihre Lebensumstände und Ihre Beziehung zu der Person mit psychischen Problemen.

1. Wie alt sind Sie? IEQ001 Ich bin _____ Jahre alt.

2. Welches ist Ihr Geschlecht? IEQ002 männlich ☐ 1
weiblich ☐ 2

3. a) Welches ist Ihr höchster Schulabschluss (Zutreffendes bitte ankreuzen)? IEQ003a

- | | | |
|--|--------------------------|----|
| Abschluss 8. Klasse | ☐ | 1 |
| Abschluss Polytechnische Oberschule (10. Klasse) | ☐ | 2 |
| Abschluss Hauptschule (9. Klasse) | ☐ | 3 |
| Abschluss Realschule (10. Klasse) | ☐ | 4 |
| Abitur Erweiterte Oberschule (12. Klasse) | ☐ | 5 |
| Abitur Gymnasium (13. Klasse) | ☐ | 6 |
| Berufsausbildung mit Abitur, Fachabitur | ☐ | 7 |
| Sonderschule | ☐ | 8 |
| Sonstige Bildungseinrichtung | | |
| _____ (falls zutreffend, bitte nennen) | ☐ | 9 |
| Ohne Schulabschluss | ☐ | 10 |

b) Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? _____ IEQ003b-f
(bitte nennen)

4. Wie alt ist die Person mit den psychischen Problemen?

Die Person ist _____ Jahre alt. IEQ004-f

5. Welches ist das Geschlecht der Person? IEQ005 männlich ☐ 1
weiblich ☐ 2

6. In welchem Jahr sind die psychischen Probleme der Person zu ersten Mal aufgetreten?

Das war im Jahr _____ IEQ006

7. Erhält die Person im Moment irgendeine Form von Betreuung wegen ihrer psychischen Probleme? IEQ007

- ☐ 1 ich weiß nicht, ob die Person betreut wird (weiter mit Frage 8a)
☐ 2 nein, die Person erhält keine Betreuung (weiter mit Frage 8a)

Betreuung durch den Hausarzt oder eine soziale Einrichtung IEQ007-1 ja ☐ 1 nein ☐ 2

Betreuung durch den Verbund gemeindenahe Psychiatrie,
niedergelassene Nervenärzte, Psychologen oder Psychiater IEQ007-2 ja ☐ 1 nein ☐ 2

Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik IEQ007-3 ja ☐ 1 nein ☐ 2

Stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik oder
einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses IEQ007-4 ja ☐ 1 nein ☐ 2

Die Person lebt in einer betreuten Wohnform (betreutes Wohnen, Heim) IEQ007-5 ja ☐ 1 nein ☐ 2

Die Person hat einen durch das Gericht eingesetzten Betreuer/Vormund IEQ007-6 ja ☐ 1 nein ☐ 2

Andere Betreuung, nämlich _____ (Antwort einsetzen) IEQ007-7f ja ☐ 1 nein ☐ 2

8. a) In welcher Beziehung stehen Sie zu der Person mit psychischen Problemen?

Ich bin ihr(e), sein(e) IEQ008a

- 1 ☐ Mutter/Vater (auch bei Stiefkindern und Adoptivkindern)
- 2 ☐ Tochter/Sohn
- 3 ☐ Bruder/Schwester
- 4 ☐ sonst verwandt
- 5 ☐ Ehegatt(e)in/Partner(in)
- 6 ☐ Freund/Freundin
- 7 ☐ Nachbar(in)
- 8 ☐ Kollege(e)in/Studiengenoss(e)in
- 9f ☐ andere, nämlich _____ (Antwort einsetzen)

b) Sind Sie der durch das Gericht eingesetzte Betreuer/Vormund der Person?

IEQ008b

- ja ☐ 1
nein ☐ 2

9. Welches ist Ihr Familienstand? IEQ009

- 1 ☐ ledig
- 2 ☐ verheiratet/in einer festen Beziehung
- 3 ☐ geschieden
- 4 ☐ Witwe(r)

10. Wie wohnen Sie? IEQ010

- 1 ☐ Ich wohne allein (*Fahren Sie fort mit Frage 14.*)
- 2 ☐ Ich wohne mit meinem Partner/meiner Partnerin und/oder Kindern
- 3 ☐ Ich wohne mit meinen Eltern und/oder Geschwistern
- 4 ☐ Ich wohne mit anderen Verwandten
- 5 ☐ Ich wohne mit Bekannten oder Freunden
- 6f ☐ ich wohne mit Anderen, nämlich mit _____ (bitte Antwort einsetzen)

11. Wie viele Personen, Sie selbst mit eingerechnet, wohnen in Ihrem Haushalt (z.B. Familie oder Wohngemeinschaften, wo gemeinsam gegessen wird und/oder andere gemeinschaftliche Aktivitäten stattfinden?)

Der Haushalt besteht aus _____ Personen (bitte Anzahl eingeben)

IEQ011

12. Gehört die Person mit psychischen Problemen in diesen Haushalt?

IEQ012

nein ☐ 1

ja ☐ 2

13. Wie viele Tage hat die Person mit psychischen Problemen während der letzten Woche mit Ihnen im selben Haushalt gewohnt?

IEQ013

1 ☐ keinen Tag

2 ☐ einen Teil der Woche, nämlich _____ Tage

3 ☐ die gesamte Woche

14. Wie hoch ist das gesamte **Nettoeinkommen** Ihrer Familie/Ihres Haushaltes (Lohn, Rente, Pension, etc.)?

1 ☐ weniger als € 500.- im Monat

IEQ014

2 ☐ € 500.- bis € 1000.- im Monat

3 ☐ € 1000.- bis € 1500.- im Monat

4 ☐ € 1500.- bis € 2000.- im Monat

5 ☐ € 2000.- bis € 2500.- im Monat

6 ☐ mehr als € 2500.- im Monat

15. Wie viele Stunden haben Sie **in der letzten Woche** mit der Person **persönlichen** oder **telefonischen** Kontakt gehabt (die Stunden, die sie schlafen nicht mitgerechnet)?

IEQ015

1 ☐ weniger als eine Stunde (*Fahren Sie fort mit Frage 38.*)

2 ☐ 1 bis 4 Stunden

3 ☐ 5 bis 8 Stunden

4 ☐ 9 bis 16 Stunden

5 ☐ 17 bis 32 Stunden

6 ☐ mehr als 32 Stunden

Die folgenden Fragen betreffen die Pflege und Betreuung, die Sie der Person mit psychischen Problemen während der letzten Woche zukommen ließen.

16. Wie oft haben Sie während der letzten Woche die Person mit psychischen Problemen dazu **angespornt**, sich selbst zu versorgen (z.B. waschen, baden, Zähne putzen, ankleiden, Haare kämmen)? IEQ016

- 1 ☐ nie
- 2 ☐ gelegentlich
- 3 ☐ regelmäßig
- 4 ☐ oft
- 5 ☐ fast immer

17. Wie oft haben Sie während der letzten Woche der Person mit psychischen Problemen dabei **geholfen**, sich selbst zu versorgen (z.B. waschen, baden, Zähne putzen, ankleiden, Haare kämmen)? IEQ017

- 1 ☐ nie
- 2 ☐ gelegentlich
- 3 ☐ regelmäßig
- 4 ☐ oft
- 5 ☐ fast immer

18. Wie oft haben Sie während der letzten Woche die Person mit psychischen Problemen dazu **angespornt**, genug zu essen? IEQ018

- 1 ☐ nie
- 2 ☐ gelegentlich
- 3 ☐ regelmäßig
- 4 ☐ oft
- 5 ☐ fast immer

19. Wie oft haben Sie während der letzten Woche die Person mit psychischen Problemen dazu **angespornt**, etwas zu tun (z.B. Spaziergehen, sich zu unterhalten, Hobbys, eine kleine Handreichung im Haushalt)?

- 1 ☐ nie IEQ019
- 2 ☐ gelegentlich
- 3 ☐ regelmäßig
- 4 ☐ oft
- 5 ☐ fast immer

20. Wie oft mussten Sie während der letzten Woche die Person mit psychischen Problemen außer Haus begleiten, weil diese sich nicht getraute, alleine hinauszugehen? IEQ020

- 1 ☐ nie
- 2 ☐ gelegentlich
- 3 ☐ regelmäßig
- 4 ☐ oft
- 5 ☐ fast immer

21. Wie oft haben Sie während der letzten Woche darauf **geachtet**, dass die Person ihre/seine Medikamente einnimmt? IEQ021

- 1 ☐ nicht relevant, die Person bekommt keine Medikamente
- 2 ☐ nie
- 3 ☐ gelegentlich
- 4 ☐ regelmäßig
- 5 ☐ oft
- 6 ☐ fast immer

22. Wie oft haben Sie während der letzten Woche darauf **geachtet**, dass die Person keine gefährlichen Dinge tut (z.B. etwas anzünden, das Gas brennen lassen, vergessen, die Zigarette auszudrücken)? IEQ022

- 1 ☐ nie
- 2 ☐ gelegentlich
- 3 ☐ regelmäßig
- 4 ☐ oft
- 5 ☐ fast immer

23. Wie oft haben Sie während der letzten Woche darauf **geachtet**, dass die Person sich nichts antut (z.B. sich Schnittverletzungen zufügt, zu viele Tabletten einnimmt, sich Verbrennungen zufügt, einen Selbstmordversuch macht)? IEQ023

- 1 ☐ nie
- 2 ☐ gelegentlich
- 3 ☐ regelmäßig
- 4 ☐ oft
- 5 ☐ fast immer

24. Wie oft haben Sie während der letzten Woche darauf **geachtet**, dass die Person genügend schläft?

- 1 ☐ nie IEQ024
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

25. Wie oft haben Sie während der letzten Woche darauf **geachtet**, dass die Person nicht übermäßig Alkohol trinkt? IEQ025

- 1 ☐ nie
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

26. Wie oft haben Sie während der letzten Woche darauf **geachtet**, dass die Person keine Drogen konsumiert (z.B. Heroin, Kokain, Haschisch, LSD, Ecstasy)? IEQ026

- 1 ☐ nie
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

27. Wie oft haben Sie während der letzten Woche Aufgaben übernommen, die gewöhnlich durch die Person selbst erledigt werden (Aufgaben im Haushalt, finanzielle Angelegenheiten regeln, einkaufen, kochen oder ähnliches)? IEQ027

- 1 ☐ nie
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

28. Wie oft haben Sie während der letzten Woche die Person dazu **angespornt**, morgens aufzustehen?

- 1 ☐ nie IEQ028
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

29. Wie oft während der letzten Woche hat die Person mit psychischen Problemen nachts Ihren Schlaf gestört?

- 1 ☐ nie IEQ029
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Ihnen und der Person mit psychischen Problemen während der letzten Woche.

30. Wie oft während der letzten Woche war das Verhältnis zwischen Ihnen und der Person gespannt als Folge des Verhaltens der Person? IEQ030

- 1 ☐ nie
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

31. Wie oft während der letzten Woche verursachte die Person einen Streit? IEQ031

- 1 ☐ nie
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

32. Wie oft während der letzten Woche hat Sie das Verhalten der Person gestört?

IEQ032

- 1 ☐ nie
- 2 ☐ gelegentlich
- 3 ☐ regelmäßig
- 4 ☐ oft
- 5 ☐ fast immer

33. Wie oft haben Sie während der letzten Woche von anderen Leuten gehört, dass sie das Verhalten der Person stört?

IEQ033

- 1 ☐ nie
- 2 ☐ gelegentlich
- 3 ☐ regelmäßig
- 4 ☐ oft
- 5 ☐ fast immer

34. Wie oft haben Sie sich während der letzten Woche von der Person bedroht gefühlt?

IEQ034

- 1 ☐ nie
- 2 ☐ gelegentlich
- 3 ☐ regelmäßig
- 4 ☐ oft
- 5 ☐ fast immer

35. Wie oft haben Sie während der letzten Woche wegen des Verhaltens der Person daran gedacht umzuziehen?

IEQ035

- 1 ☐ nie
- 2 ☐ gelegentlich
- 3 ☐ regelmäßig
- 4 ☐ oft
- 5 ☐ fast immer

36. Wie oft hatten Sie während der letzten Woche Gelegenheit, sich Ihren eigenen Aktivitäten und Interessen zu widmen (z.B. Arbeit, Schule, Hobbys, Sport, Besuch von Verwandten und Freunden)?

IEQ036

- 1 ☐ nie
- 2 ☐ gelegentlich
- 3 ☐ regelmäßig
- 4 ☐ oft
- 5 ☐ fast immer

Die folgenden Fragen betreffen die Sorgen, die eine Beziehung zu einer Person mit psychischen Problemen mit sich bringen können.

37. Wie oft haben Sie sich während der letzten Woche Sorgen um die Sicherheit der Person gemacht?

- 1 ☐ nie IEQ037
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

38. Wie oft haben Sie sich während der letzten Woche Sorgen gemacht bezüglich der Hilfe/Behandlung, die die Person erhält? IEQ038

- 1 ☐ nie
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

39. Wie oft haben Sie sich während der letzten Woche Sorgen gemacht bezüglich des Gesundheitszustandes der Person? IEQ039

- 1 ☐ nie
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

40. Wie oft haben Sie sich während der letzten Woche Sorgen darüber gemacht, wie die Person finanziell zurechtkommen soll, wenn Sie der Person nicht mehr beistehen? IEQ040

- 1 ☐ nie
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

41. Wie oft haben Sie sich während der letzten Woche Sorgen gemacht bezüglich der Zukunft der Person?

- 1 ☐ nie IEQ041
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

42. Wie oft haben Sie sich während der letzten Woche Sorgen bezüglich der eigenen Zukunft gemacht?

- 1 ☐ nie IEQ042
2 ☐ gelegentlich
3 ☐ regelmäßig
4 ☐ oft
5 ☐ fast immer

43. Haben Sie die psychischen Probleme der Person in der letzten Woche als Belastung für sie selbst erfahren?

- 1 ☐ nein IEQ043
2 ☐ ein bisschen
3 ☐ ziemlich stark
4 ☐ stark
5 ☐ sehr stark

44. In welchem Ausmaß haben Sie sich daran gewöhnt, dass die Person psychische Probleme hat? IEQ044

- 1 ☐ überhaupt nicht
2 ☐ kaum
3 ☐ ziemlich
4 ☐ weitgehend
5 ☐ völlig

45. In welchem Ausmaß sind Sie fähig, mit den Problemen der Person umzugehen?

IEQ045

- 1 ☐ überhaupt nicht
2 ☐ kaum
3 ☐ ziemlich
4 ☐ weitgehend
5 ☐ völlig

46. In welchem Ausmaß hat sich die Beziehung zwischen Ihnen und der Person **seit dem Beginn** der psychischen Probleme verändert? IEQ046

- 1 ☐ überhaupt nicht
- 2 ☐ kaum
- 3 ☐ ziemlich
- 4 ☐ weitgehend
- 5 ☐ sehr stark

Mit den folgenden Fragen wollen wir herausfinden, ob die psychischen Probleme der Person für Sie oder Ihre Familie finanzielle Konsequenzen haben.

Hat die Person mit psychischen Problemen Ihnen während der letzten vier Wochen spezielle Kosten verursacht?

- | | ja | nein |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 47. Professionelle Helfer (Ärzte, Psychologen, Krankenschwestern, Sozialarbeiter) IEQ047 | 1 ☐ | 2 ☐ |
| 48. Schaden, den die Person angerichtet hat? IEQ048 | 1 ☐ | 2 ☐ |
| 49. Viel Geld, das die Person ausgegeben hat? IEQ049 | 1 ☐ | 2 ☐ |
| 50. Fahrtkosten der Person? IEQ050 | 1 ☐ | 2 ☐ |
| 51. Medikamente für die Person? IEQ051 | 1 ☐ | 2 ☐ |
| 52. Abzahlung von Schulden für die Person? IEQ052 | 1 ☐ | 2 ☐ |
| 53. Andere Ausgaben, nämlich (bitte ausfüllen): IEQ053f | | |
-

54. Wie hoch waren die Ausgaben während der letzten Woche, für die von der Person verursachten speziellen Kosten? IEQ054

- 1 ☐ weniger als 50.- €
- 2 ☐ 50.- bis 100.- €
- 3 ☐ 100.- bis 250.- €
- 4 ☐ 250.- bis 500.- €
- 5 ☐ mehr als 500.- €

Die Beziehung zu einem Menschen mit psychischen Problemen kann manchmal so belastend sein, dass man selbst beginnt, körperliche oder psychische Probleme zu entwickeln.

Haben Sie **während der letzten Woche** unter einem der folgenden Probleme gelitten?

		nie	manchmal	oft
55. Kopfschmerzen	IEQ055	1 ☐	2 ☐	3 ☐
56. Muskelschmerzen	IEQ056	1 ☐	2 ☐	3 ☐
57. weniger Appetit	IEQ057	1 ☐	2 ☐	3 ☐
58. Schlafstörungen	IEQ058	1 ☐	2 ☐	3 ☐
59. Nervosität/Anspannung	IEQ059	1 ☐	2 ☐	3 ☐
60. Trübsinnigkeit/Depression	IEQ060	1 ☐	2 ☐	3 ☐
61. Gereiztheit	IEQ061	1 ☐	2 ☐	3 ☐
62. große Müdigkeit	IEQ062	1 ☐	2 ☐	3 ☐
62a. andere _____	IEQ062a-f	1 ☐	2 ☐	3 ☐
(bitte nennen)				

Wenn Sie bei den Fragen 55 bis 62a keine Probleme angekreuzt haben, *fahren Sie fort mit Frage 66.*

Wenn Sie bei den Fragen 55 bis 62a ein oder mehrere Probleme angekreuzt haben, *fahren Sie fort mit Frage 63.*

63. Werden Sie wegen einer der von Ihnen angekreuzten Probleme durch einen Arzt (außer Psychiater) betreut?

IEQ063
nein ☐ 1
ja ☐ 2

64. Erhalten Sie wegen dieser Probleme Betreuung durch einen Sozialarbeiter, einen Psychologen, einen Psychiater einen Nervenarzt oder durch den Verbund gemeindenaher Psychiatrie?

IEQ064

nein ☐ 1
ja ☐ 2

65. Nehmen Sie wegen Ihrer Probleme Medikamente ein?

IEQ065

nein ☐ 1
ja ☐ 2

Wenn ein Vater oder eine Mutter psychische Probleme hat, kann dies Auswirkungen auf deren Kinder haben.

66. Hat die Person mit psychischen Problemen Kinder? (auch Stief- oder Adoptivkinder mitzählen) IEQ066

1 ☐ nein (Fahren Sie fort mit Frage 77.)

2 ☐ ja, nämlich _____ Kinder (Anzahl bitte eintragen)

IEQ066-2

67. Hat die Person Kinder, die jünger als 16 Jahre sind? IEQ067

1 ☐ nein (Fahren Sie fort mit Frage 77.)

2 ☐ ja, nämlich _____ Kinder unter 16 Jahren (Anzahl bitte eintragen)

IEQ067-2

Wie oft kam es während der letzten Woche vor, dass das Kind oder die Kinder der Person mit psychischen Problemen

		nie	manchmal	oft
68. keinen Appetit hatten? IEQ068	1	☐	2 ☐	3 ☐
69. nachts nicht schlafen konnten? IEQ069	1	☐	2 ☐	3 ☐
70. in der Schule nachließen? IEQ070	1	☐	2 ☐	3 ☐
71. vor Vater/Mutter Angst hatten? IEQ071	1	☐	2 ☐	3 ☐
72. den Schulunterricht versäumten? IEQ072	1	☐	2 ☐	3 ☐
73. auffälliges Verhalten zeigten? IEQ073	1	☐	2 ☐	3 ☐
74. seltener mit Freunden spielten? IEQ074	1	☐	2 ☐	3 ☐
75. sich ihres Vaters/ihrer Mutter schämten? IEQ075	1	☐	2 ☐	3 ☐
76. bei Nachbarn, Verwandten oder Bekannten bleiben mussten? IEQ076	1	☐	2 ☐	3 ☐

77. Wir haben uns in diesem Fragebogen in erster Linie auf die Sorgen und Zuwendung beschränkt, die Sie der Person mit psychischen Problemen zukommen lassen. Es ist schwierig, Emotionen wie Enttäuschung, Resignation, Kummer, Zorn oder die Freude, für einen Menschen da sein zu können, in einem Fragebogen zu erfassen. Sie können deshalb – wenn Sie möchten – diese Zeilen für ergänzende Mitteilungen oder für eventuelle Bemerkungen zu dem Fragebogen verwenden. IEQ077-f

Mitteilungen/Bemerkungen:

Mit den folgenden Fragen wollen wir untersuchen, ob noch andere Angehörige/Freunde die Person unterstützen.

- 78.** Falls es außer Ihnen noch andere Personen gibt, die die Person mit psychischen Problemen unterstützen, dann füllen Sie bitte die entsprechenden Felder der folgenden Tabelle aus.

Beziehung des Angehörigen zu der Person mit psychischen Problemen (Mutter/Vater, Tochter/Sohn, Bruder/Schwester, Partner(in), Freund(in) etc.)	Alter des Angehörigen	Anzahl der Stunden, die er/sie durchschnittlich pro Woche mit der Betreuung der Person mit psychischen Problemen verbringt	Betrag, den er/sie durchschnittlich im Monat direkt (Geld) oder indirekt (Miete, Lebensmittel, Kleidung etc.) für die Person mit den psychischen Problemen aufwendet
IEQ078-B-1f	IEQ078-A-1	IEQ078-S-1	IEQ078-G-1
IEQ078-B-2f	IEQ078-A-2	IEQ078-S-2	IEQ078-G-2
IEQ078-B-3f	IEQ078-A-3	IEQ078-S-3	IEQ078-G-3
IEQ078-B-4f	IEQ078-A-4	IEQ078-S-4	IEQ078-G-4
IEQ078-B-5f	IEQ078-A-5	IEQ078-S-5	IEQ078-G-5

Es ist wichtig für die Erhebung, dass alle auf Sie zutreffenden Fragen ausgefüllt werden.

Wir wären deshalb froh, wenn Sie noch einmal kontrollieren würden, ob Sie nicht aus Versehen eine Frage ausgelassen haben.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit!

Telefonische Beratung des Krisendienstes Psychiatrie München (KPM)

1. Wie würden Sie die Qualität der Beratung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?			
ausgezeichnet 3-ZUF-F1 ☐ 1	gut ☐ 2	weniger gut ☐ 3	schlecht ☐ 4
2. Haben Sie die Art von Beratung erhalten, die Sie wollten?			
eindeutig nicht 3-ZUF-F2 ☐ 1	eigentlich nicht ☐ 2	im Allgemeinen ja ☐ 3	eindeutig ja ☐ 4
3. In welchem Maße hat unser Dienst Ihren Bedürfnissen entsprochen?			
er hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen 3-ZUF-F3 ☐ 1	er hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen ☐ 2	er hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen ☐ 3	er hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen ☐ 4
4. Würden Sie einem Kollegen/ einer Kollegin unseren Dienst empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?			
eindeutig nicht 3-ZUF-F4 ☐ 1	ich glaube nicht ☐ 2	ich glaube ja ☐ 3	eindeutig ja ☐ 4
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?			
ziemlich unzufrieden 3-ZUF-F5 ☐ 1	leidlich oder leicht unzufrieden ☐ 2	weitgehend zufrieden ☐ 3	sehr zufrieden ☐ 4
6. Hat die Beratung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?			
ja, sie half eine ganze Menge 3-ZUF-F6 ☐ 1	ja, sie half etwas ☐ 2	nein, sie half eigentlich nicht ☐ 3	nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht ☐ 4
7. Wie zufrieden sind Sie mit der Beratung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?			
sehr zufrieden 3-ZUF-F7 ☐ 1	weitgehend zufrieden ☐ 2	leidlich oder leicht unzufrieden ☐ 3	ziemlich unzufrieden ☐ 4
8. Würden Sie wieder unseren Dienst in Anspruch nehmen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?			
eindeutig nicht 3-ZUF-F8 ☐ 1	ich glaube nicht ☐ 2	ich glaube ja ☐ 3	eindeutig ja ☐ 4

Anmerkungen:

3-ZUF-F9f

- Woher kennen Sie den KPM? _____ 3-KPM-1f
- Hatten Sie schon früher Kontakt zum KPM? 1 ☐ nie 2 ☐ selten 3 ☐ häufig 4 ☐ sehr häufig 3-KPM-2
- Ihr Beruf/Funktion: _____ 3-KPM-3f
- Ihre Einrichtung/Fachstelle: _____ 3-KPM-4f
- Sind Krisenfälle an Ihrer Stelle: 1 ☐ sehr häufig 2 ☐ häufig 3 ☐ selten 4 ☐ sehr selten? 3-KPM-5

- Was war die größte Belastung für Sie vor dem Telefonat?
 - 1 ☐ Sorge um 3-KPM-6-1
 - 1 ☐ mein eigenes Befinden 2 ☐ das Befinden meines Klienten
 - 2 ☐ Erleben von Bedrohung _____ 3-KPM-7-2f
 - 3 ☐ die Beeinträchtigung des Lebensumfeldes _____ 3-KPM-7-3f
 - 4 ☐ fehlende/beeinträchtigte Kommunikation _____ 3-KPM-7-4f
 - 5 ☐ kein Hilfeangebot verfügbar _____ 3-KPM-7-5f
 - 6 ☐ Sonstiges _____ 3-KPM-8-6f

- Wie ging es nach dem Telefonat weiter?
 - 1 ☐ ausschließlich telefonische Beratung 3-KPM-9-1
 - 2 ☐ Empfehlung: _____ 3-KPM-9-2f
 - 3 ☐ eine Anschlusshilfe wurde vermittelt 3-KPM-9-3
 - welche? 3-KPM-9-3-1
 - 1 ☐ Kriseneinsatz vor Ort 2 ☐ persönliche Beratung 3 ☐ Termin in einer Ambulanz
 - 4 ☐ Termin bei einem Psychiater 5 ☐ sonstige _____
 - wann war diese verfügbar? 1 ☐ sofort 2 ☐ 1-3 Std. 3 ☐ 3-24 Std. 4 ☐ später _____ 3-KPM-9-3-2
 - wie hat die Vermittlung funktioniert? 1 ☐ sehr gut 2 ☐ gut 3 ☐ mäßig 4 ☐ schlecht 3-KPM-9-3-3
 - warum? _____ 3-KPM-9-3-3f
 - 4 ☐ Sonstiges _____ 3-KPM-9-4f

Angaben zu Ihrer Person

- Alter: _____ Jahre 4-KPM-1
- Geschlecht: 1 ☐ weiblich 2 ☐ männlich 4-KPM-2
- Beruf/Funktion: _____ 4-KPM-3f
- Einrichtung/Fachstelle: _____ 4-KPM-4f
- Krisenfälle sind an Ihrer Stelle: 1 ☐ sehr häufig 2 ☐ häufig 3 ☐ selten 4 ☐ sehr selten 4-KPM-5

Angaben zum Patienten/Klienten

Pat.-ID: _____ 4-KPM-6

Datum: _____ 4-KPM-7

Wie schätzen Sie die Vermittlung dieses Patienten/Klienten
des KPMs an Ihre Fachstelle ein?

			passt nicht	passt kaum	passt eher	passt genau
1. Aktuelle Symptomatik/Beschwerdebild	4-KPM-V1	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
2. (Krankheits-)Vorgeschichte	4-KPM-V2	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
3. Explizites Anliegen	4-KPM-V3	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
4. Implizites Anliegen	4-KPM-V4	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
5. Dringlichkeit	4-KPM-V5	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
6. Vorinformationen durch Screeningprotokoll	4-KPM-V6	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
7. Grad der Aufklärung des Vermittelten über Ihre Fachstelle	4-KPM-V7	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	

- Hätten Sie die gleiche Zuweisung empfohlen?
1 ☐ ja 2 ☐ eher ja 3 ☐ eher nicht 4 ☐ nein 4-KPM-V8

↓
Welche Hilfe wäre aus fachlicher Sicht passender gewesen
(auch wenn diese im Versorgungsnetz vielleicht aktuell nicht vorgehalten wird)?

4-KPM-V8-1f

- Bestand bereits ein Helfernetz?
1 ☐ ja 2 ☐ nein 3 ☐ unbekannt 4-KPM-V9
↳ welches? _____ 4-KPM-V9-1f
- Wie geht es weiter? 4-KPM-V10
1 ☐ ambulant an eigener Stelle
2 ☐ ambulant an anderer Stelle 4-KPM-V10-2
SGB V (krankenkassenfinanziert: Arzt, Psychotherapeut, usw.)
1 ☐ neu 2 ☐ Rückverweis an Bestehendes
SGB XII (Eingliederungshilfe: SpDi, Beratungsstellen, usw.)
1 ☐ neu 2 ☐ Rückverweis an Bestehendes
3 ☐ stationär 4-KPM-V10-3
1 ☐ freiwillig 2 ☐ UG
4 ☐ keine Weiterbehandlung 4-KPM-V10-4
1 ☐ nicht erforderlich 2 ☐ abgelehnt

7 Danksagung

Mein ganz herzlicher Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Reinhold Kilian für sein großes Interesse am Thema und seine fachliche Unterstützung. Er hat diese Arbeit mit außergewöhnlicher Präsenz und Präzision auch über die räumliche Distanz hinweg begleitet. Herrn Prof. Dr. Peter Brieger danke ich sehr für seine Bereitschaft, das Zweitgutachten zu übernehmen.

Besonders dankbar bin ich Herrn Dr. Michael Welschehold – er hat mich zu dieser Arbeit ermutigt und für entsprechende Rahmenbedingungen gesorgt, damit die Studie im Krisendienst umgesetzt werden konnte.

Ohne die ausdauernde und stets motivierende Unterstützung von Herrn Dr. Michael Frey, der mich von der Datenerhebung bis zur Fertigstellung fachlich klug und mit großem Verständnis begleitet hat, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Für ihre Solidarität und Anregung kritischer Diskussionen in Fragen psychiatrischer Versorgungsforschung gilt mein großer Dank Astrid Bruhn.

Herrn Dr. Trauth und der Gruppe möchte ich sehr herzlich für ihre Geduld und ihren kontinuierlichen Zuspruch in allen Phasen der Arbeit danken.

Den akribischen Korrekturlesern Dr. Ingrid Schäfer, Ulrike Tochtermann und Dr. Gerhard Fischer danke ich sehr für ihre intensive Durchsicht der Arbeit.

Abschließend möchte ich ganz herzlich all denjenigen danken, die mich durch ihre Freundschaft und Verbundenheit unterstützt haben.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.