

Abschlussbericht

Evaluation zur
Objektivierung des möglichen Bedarfes an
psychosozialer Krisenversorgung
außerhalb üblicher Dienstzeiten in Düsseldorf

Düsseldorf, 30.3.2016

Auftrag:

Gesundheitsamt Düsseldorf

Bearbeitung:

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
im Centre for Health and Society (chs)
an der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Tel. 0211 81 - 08 183
Fax 0211 81 18 755
Verena.Leve@med.uni-duesseldorf.de

Autoren/innen:

Verena Leve

Sara Santos

Dr. Vera Kalitzkus

Angela Fuchs

Marie Ufert

Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Inhalt

1. Projektzielsetzung	5
2. Methodik	7
2.1. Literaturrecherche	7
2.2. Experten/innen-Befragung – Datenerhebung	7
2.2.1. Datenerhebung.....	8
2.2.2. Stichprobe	9
2.2.3. Auswertung.....	10
3. Definition „Psychosoziale Krisenversorgung“	11
3.1. Psychosoziale Krise	11
3.2. Psychosoziale Krisenversorgung.....	12
Ergebnisse der Experten/innen-Befragung	14
3.3. Versorgungsstrukturen und Angebote außerhalb der üblichen Dienstzeiten.....	14
3.3.1. Psychosoziale Krisenversorgung während der üblichen Dienstzeiten.....	14
3.3.2. Psychosoziale Krisenversorgung außerhalb der Dienstzeiten.....	16
3.3.3. Zugänge zum Versorgungsangeboten	18
3.4. Einschätzung der Bedarfslage.....	18
3.4.1. Inanspruchnahme in akuter Krisensituation	19
3.4.2. Passung der Versorgungsangebote außerhalb der Dienstzeiten	20
3.4.3. Strukturelle Rahmenbedingungen.....	21
3.5. Zielgruppen mit besonderen Bedarfslagen	23
3.5.1. Besonders vulnerable Gruppen	24
4. Fazit	26
5. Ausblick.....	28
5.1. München – Krisendienst Psychiatrie München	28
5.2. Wuppertal – Ambulanter Krisendienst „Wendepunkt“	30
6. Literaturverzeichnis	32
7. Anhang.....	35
7.1. Liste der an den Interviews teilnehmenden Institutionen.....	35

7.2. Projektinformation	35
7.3. Einverständniserklärung.....	38
7.4. Leitfaden Experten/innen-Befragung Face-to-Face	39
7.5. Leitfaden Experten/innen-Befragung telefonisch	42

1. Projektzielsetzung

Die Düsseldorfer Krisen- und Notfallversorgung wird von den an der Versorgung beteiligten Institutionen und Professionellen, der Stadtpolitik und der Projektgruppe Krisenversorgung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) seit längerem ausführlich diskutiert. Ausgeführt wird u. a., dass die medizinische Notfallversorgung in Düsseldorf im Vergleich zu anderen Städten gut sei. Vorgebracht werden jedoch immer wieder Bedarfe an psychosozialer Krisenversorgung, etwa in einer Gehstruktur, außerhalb üblicher Dienstzeiten von Beratungsstellen sowie an Feiertagen und den Wochenenden. Zur Objektivierung des möglichen Bedarfes außerhalb üblicher Dienstzeiten in Düsseldorf wurde das Institut für Allgemeinmedizin (ifam) im Centre for Health and Society an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vom Gesundheitsamt Düsseldorf mit der Durchführung einer Evaluation beauftragt. Leitende Fragestellungen der Evaluation sind, welche Bedarfe an psychosozialer Krisenversorgung außerhalb üblicher Dienstzeiten von Beratungsstellen sowie an Feiertagen und den Wochenenden in Düsseldorf bestehen und wie diese bewertet werden.

Da eine objektive Quantifizierung der Bedarfe im Rahmen einer Evaluation nicht möglich ist, erfolgt eine Annäherung an die Ermittlung der Bedarfe und ihre Bewertung über verschiedene Zugangswege. Zunächst wurde der aktuelle Forschungsstand zur psychosozialen Versorgung recherchiert und aufbereitet. Ausgehend von den Ergebnissen der Literaturrecherche wurde eine Arbeitsdefinition (Operationalisierung) des Begriffes „Psychosoziale Krisenversorgung“ erarbeitet. In der Folge wurde in Düsseldorf eine Experten/innen-Befragung durchgeführt, um den Bedarf nach psychosozialer Versorgung außerhalb der Dienstzeiten aus Sicht der an der Versorgung beteiligten Akteure zu ermitteln und diese vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes zu bewerten. Ergänzend wurden Dokumente und Daten der beteiligten Institutionen analysiert und in die Untersuchung einbezogen. Die Perspektive der potentiellen Nutzer und Nutzerinnen (Bedürfnisse und Bedarfe) kann aus forschungsmethodischen Gründen nicht abgebildet werden. Die Ergebnisse der Recherchen sowie der Befragung werden in diesem Abschlussbericht zusammengeführt. Zu Möglichkeiten im Umgang mit den für Düsseldorf identifizierten Bedarfen werden im Ausblick exemplarisch Modelle zur psychosozialen Krisenversorgung aus anderen Städten (Wuppertal, München) vorgestellt.

Die psychosoziale Krisenversorgung ist ausgesprochen komplex, und unterschiedlichste Akteure aus den verschiedenen Versorgungsbereichen und Sektoren sind beteiligt. Es liegen keine umfassend geführten oder vergleichbaren Datenquellen zur Analyse bereit. Dokumentationen aus Ambulanzen und dem Ärztlichen Notdienst inklusive der verwendeten ICD-Ziffern, Einsatzprotokolle des Rettungsdienstes oder Daten der

Gesundheitsberichterstattung der Stadt Düsseldorf liefern keine zur Beantwortung der Fragestellungen verwertbaren, belastbaren Informationen. Deshalb werden im Folgenden auch keine Zahlen zur potentiellen oder realen Nutzung (Fallzahlen) genannt. Einsatzzahlen aus anderen Städten (vgl. 6.2) können als Anhalt dienen.

2. Methodik

2.1. Literaturrecherche

Zur Sichtung des Forschungsstandes und Operationalisierung des Konzeptes „psychosoziale Krisenversorgung“ wurde ein rapid Literatur Review (Grant 2009) durchgeführt. Hierzu wurde zunächst in ausgewählten Datenbanken (PubMed, PsychInfo, Cochrane Library) mit den Suchbegriffen „community mental health services“ OR „crisis intervention services“ OR „Psychosocial crisis“ AND Germany recherchiert. Der Suchzeitraum wurde dabei auf die letzten 10 Jahre begrenzt. Es konnten so im ersten Suchdurchlauf insgesamt 115 Publikationen identifiziert werden (PubMed: 79 Publikationen; PsychInfo: 21 Publikationen; Cochrane Library: 13 Reviews).

Als Einschlusskriterien wurden die hohe Relevanz in Bezug auf community mental health services im Allgemeinen sowie zu psychosozialer Krisenversorgung in Deutschland im Besonderen. Ausgeschlossen wurden Publikationen zu bestimmten (psychischen) Erkrankungen, medikamentösen oder therapeutischen Interventionen oder Großschadensereignissen. Im ersten Schritt erfolgte ein Titel-Abstract Screening zur Identifikation offensichtlich nicht relevanter Artikel. Es konnten zu diesem Zeitpunkt bereits 72 Publikationen als nicht relevant identifiziert werden. Im weiteren Verlauf erfolgte dann ein Volltext-Screening, eine systematische Bewertung der Artikel / Studien wurde nicht durchgeführt. Vielmehr wurden im Anschluss an das Volltextscreening insgesamt 17 Publikationen in die Ausarbeitung zur Operationalisierung der „Psychosozialen Krisenversorgung“ einbezogen. Die zitierten Autoren/innen leisten in den berücksichtigten Texten in unterschiedlicher Schwerpunktsetzung einen Beitrag zur Abgrenzung der Begrifflichkeiten „Krise“ und „Notfall“ und zur Konzeptualisierung von psychosozialer Krise und / oder psychosozialer Krisenversorgung. Ergänzend wurden mittels Backward-Forward-Tracking und Handsuche Publikationen und Grundlagenliteratur mit der entsprechenden Ausrichtung zur Operationalisierung der „Psychosozialen Krisenversorgung“ hinzugezogen. Die Zusammenstellung der Ergebnisse der Literaturrecherche erfolgt narrativ in Kapitel 3.

2.2. Experten/innen-Befragung – Datenerhebung

Kernelement der Evaluation bildet die Befragung von Düsseldorfer Schlüsselakteuren. Ziel der Experten/innen-Befragung war es zu ermitteln, welche Bedarfe an psychosozialer Krisenversorgung außerhalb üblicher Dienstzeiten sowie an Feiertagen und den Wochenenden in Düsseldorf bestehen und wie diese zu bewerten sind.

Experten/innen-Interviews werden häufig in der Evaluationsforschung genutzt, denn sie ermöglichen bei mangelnden Datenquellen eine effiziente Annäherung an das Feld unter

Berücksichtigung der unterschiedlichen Erfahrungen aus dem Erleben des Versorgungsalltages (Wroblewski, Leitner 2009). Darüber hinaus eignet sich die Methode zur Identifikation von Stärken sowie Problemfeldern und ermöglicht einen Blick auf das Weiterentwicklungspotenzial aus dem Versorgungsnetzwerk heraus (ebd.).

2.2.1. Datenerhebung

Zunächst wurden Experten/innen in der Düsseldorfer Versorgung identifiziert, die über besondere Kenntnisse zu den Themenbereichen psychosoziale und psychiatrische Krisenversorgung verfügen. Der Expertenbegriff wird dabei weiter gefasst und bezieht sich auf Personen mit spezifischen Rollen, Handlungs- oder auch Deutungswissen (Bogner, Menz 2005; Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009; Lamnek 2010). Demnach werden Experten begriffen als „Personen, die über spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen.“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009: 133).

Eine erste Zusammenstellung der Bereiche, aus denen Experten/innen rekrutiert werden sollten, erfolgte entsprechend der in der Fachliteratur benannten Versorgungsbereiche und Akteure (D'Amlio et al. 2006, Sonneck 2000). In der Folge wurden Interviewpartner/innen nach weiteren relevanten Personen oder Akteuren gefragt, die aus ihrer Sicht in die Befragung einzubeziehen wären, sofern sie diese nicht im Interviewverlauf bereits selbständig benannten. Diese Personen wurden dann, falls der entsprechende Versorgungsbereich noch keine Berücksichtigung fand, im weiteren Verlauf der Befragung kontaktiert. Es wurde aus jedem Versorgungsbereich mindestens eine Person zur Einschätzung der Bedarfe an psychosozialer Krisenversorgung außerhalb der üblichen Dienstzeiten befragt (zur vollständigen Übersicht der teilnehmenden Institutionen s. Anhang 7.1). Interviewpartner/innen wurden solange in die Studie eingeschlossen, bis die relevanten Versorgungsbereiche über die jeweilige Expertise abgedeckt werden konnten und eine inhaltliche Sättigung der Themen und Bedarfe festgestellt werden konnte (Helferich 2009).

Zur Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt. Dieser beginnt in Anlehnung an problemzentrierte Interviews (Witzel 2000, 1982) mit einer offenen Erzählaufforderung und berücksichtigt im Folgenden verschiedene aus der Literatur als relevant eingestufte Themenbereiche zur psychosozialen Krisenversorgung (zum vollständigen Leitfaden s. Anlage 7.4).

Themenbereiche des Leitfadens sind:

- Angebotsformen in der psychosozialen Krisenversorgung während und außerhalb der Dienstzeiten
- Einschätzung des Bedarfes
- Zielgruppen mit besonderen Bedarfen außerhalb der Dienstzeiten
- Vernetzung innerhalb der Strukturen
- Datenlage je Angebotsform
- Perspektiven für die Weiterentwicklung der psychosozialen Krisenversorgung in Düsseldorf

Die Umsetzung erfolgte überwiegend mittels persönlicher Befragungen, die in der Regel in den Räumlichkeiten des / der Interviewpartner/in stattfanden. Drei Interviews wurden in den Räumen des ifam durchgeführt. Einzelne Experten/innen wurden aus organisatorischen Gründen im Rahmen von Telefoninterviews befragt. Für die Telefoninterviews wurde ein leicht modifizierter Fragebogen verwendet (vgl. Anlage 7.5).

Die Datenerhebung erfolgte durch drei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des ifam (Soziologie / Gerontologie, Gesundheitsökonomie, Medizinische Anthropologie). Die Gespräche wurden überwiegend zur Datensicherung digital aufgezeichnet, nachdem die teilnehmenden Experten/innen ausführlich über das Projekt, Datenschutzregelungen und den Interviewverlauf aufgeklärt wurden und sie ihr Einverständnis gegeben hatten.

2.2.2. Stichprobe

An der Befragung nahmen Mitarbeiter/innen aus verschiedenen Versorgungskontexten, übergeordneten Institutionen und Interessenvertretungen teil.

Zur Übersicht der Versorgungsbereiche:

Sozialpsychiatrischer Dienst	Selbsthilfegruppen
Sozialpsychiatrische Zentren	Angehörigenvertretungen
Beratungsstellen (unterschiedlicher Wohlfahrtsverbände)	Telefonseelsorge
Ambulanz für Gewaltopfer	Bahnhofsmission
Suchtberatung / Drogenhilfe	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
Wohnungslosen- / Obdachlosenhilfe	Notdienst / Rettungsdienst
Gesundheitsamt	Zentrale Notfallpraxis (ambulante medizinische Notfallversorgung)
Jugendamt	

ambulante psychiatrische / psychotherapeutische Versorgung	Krankenhäuser / Kliniken
hausärztliche Versorgung	Polizei
Psychiatrische Kliniken	Feuerwehr
	Ordnungsamt
	Notfallseelsorge

Zur vollständigen Übersicht der teilnehmenden Institutionen s. Anhang 7.1.

Insgesamt wurden zwischen Juli 2015 und März 2016 31 Interviews (25 persönliche Befragungen, 6 Telefoninterviews) mit 35 Personen durchgeführt (16 weiblich, 19 männlich). Die persönlichen Interviews dauerten zwischen 32 – 84 Minuten (durchschnittlich 60 Minuten). Die telefonischen Befragungen dauerten zwischen 10 – 39 Minuten (durchschnittlich 21 Minuten).

2.2.3. Auswertung

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und die Auswertung erfolgte, wie in der qualitativen Forschung üblich, parallel zur Datenerhebung. Hierdurch kann im Verlauf der Befragung auf neue inhaltliche Aspekte reagiert werden. So konnten bspw. weitere Akteure und Versorgungsbereiche bereits während der Befragung und ersten Auswertungen identifiziert werden. Zur Auswertung wurden die für den Untersuchungsgegenstand relevanten Aussagen exzerpiert und mittels eines Matrixverfahrens (Miles, Huberman 1994) zunächst fallbezogen, dann im Anschluss fallübergreifend ausgewertet und nach Themenschwerpunkten gruppiert. Das Auswertungsverfahren und die Ergebnisse wurden in einem multiprofessionellen Team (Soziologie, Gesundheitsökonomie, Gerontologie, Medizinische Anthropologie, Psychologie, Psychotherapie, Allgemeinmedizin) kritisch reflektiert und supervidiert. Während des Prozesses wurden entsprechend des Auftrages das methodische Vorgehen und die Auswahl der Tätigkeitsbereiche und Träger für die Stichprobenziehung mit Vertreterinnen des Gesundheitsamtes diskutiert. Die Ergebnisse wurden zu diesem Zeitpunkt nicht offengelegt, so dass keine Beeinflussung möglich war.

Die Darstellung der Ergebnisse folgt im Abschlussbericht entsprechend der Themencluster, die in den Experten/innen-Interviews ermittelt werden konnten. Eine Auszählung von Häufigkeiten ist bei diesem inhaltsanalytischen Auswertungsverfahren nicht vorgesehen, vielmehr ist das Ziel von der Vielfalt der unterschiedlichen Expertise zu profitieren und diese in einen Gesamtzusammenhang zu setzen.

3. Definition „Psychosoziale Krisenversorgung“

3.1. Psychosoziale Krise

Als prägend für das Verständnis von psychosozialen Krisen werden in der Literatur die Arbeiten von Caplan (1964) und Cullberg (1978) beschrieben. Psychosoziale Krise wird dabei in Abgrenzung zur psychiatrischen Diagnostik verstanden und bezieht sich auf „den Verlust des seelischen Gleichgewichts“ (Cullberg 1978 zitiert nach Sonneck 2000: 15), der seinen Ursprung in unerwartet auftretenden Ereignissen und Lebensumständen findet, für deren Bewältigung den Betroffenen im aktuellen Krisengeschehen keine ausreichenden eigenen Ressourcen zur Verfügung stehen (Sonneck 2000; Berger, Riecher-Rössler 2004). Dabei tritt die Krise als akuter Zustand auf, der direkten Handlungs- und Unterstützungsbedarf nach sich zieht, um Reaktionen auf eben jene Ereignisse wie Chronifizierung, Somatisierung, Suchtverhalten oder gar Suizidalität zu verhindern / vermeiden (Cullberg 1978; Sonneck 2000; D'Amelio et al 2006).

Die Abgrenzung der psychosozialen Krise von dem psychiatrischen Notfall wird sowohl in der Literatur als auch in der Versorgung als problematisch betrachtet. Häufig erfolgt insbesondere in der psychiatrischen und notfallmedizinischen Auseinandersetzung die Abgrenzung der psychosozialen Krise vom psychiatrischen Notfall anlass- und krankheitsbezogen (Sonneck 2000; Schmitt et al 2002; Rössler, Riecher-Rössler 1998). Die suggerierte Trennschärfe wird allerdings vielfach als problematisch betrachtet, da sie zum einen in der Versorgung nicht so eindeutig zu finden ist. So sind die Übergänge zwischen psychosozialem Krisenerleben und psychiatrischer Notfallsituation vielmehr fließend (Berger, Riecher-Rössler 2004; Sonneck 2000; D'Amelio et al 2006; Schmitt 2002). Es kann zwar davon ausgegangen werden, dass bei besonders vulnerablen Zielgruppen wie psychisch Erkrankten eine psychosoziale Belastung leichter eine Krisensymptomatik auslösen kann. Diese birgt dann im weiteren Verlauf ein höheres Risiko, sich zu einer psychiatrischen Notfallsituation zu entwickeln (Berger, Riecher-Rössler 2004). Nicht jede psychosoziale Krise muss aber in einer Notfallsituation münden, auch wenn das Krisenerleben akut ist.

Zum anderen findet in den rein anlassbezogenen Ansätzen das Krisenerleben der Betroffenen nicht ausreichend Berücksichtigung. So wird die Krise als Destabilisierung und Verlust des seelischen Gleichgewichtes begriffen und aufgrund der mangelnden Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen des / der Betroffenen als massiver Kontrollverlust oder Überforderung wahrgenommen. Auslöser für Krisen können dabei höchst individuell sein und sind nicht immer für andere nachvollziehbar, da eben entscheidend für das Erleben eines Ereignisses als krisenhaft die jeweilige Ausprägung und Verfügbarkeit individueller Ressourcen ist. (Vgl. Beerlage 2009; D'Amelio et al 2006; Berger, Riecher-Rössler 2004; Sonneck 2000; Cullberg 1978; Caplan 1964)

Psychosoziale Krisen sind demnach als akute und zeitlich begrenzte Notsituationen zu betrachten, die vielmehr in einem direkten Zusammenhang mit einem emotional bedeutsamen Ereignis oder mit einer bedeutsamen Veränderung der Lebensumstände stehen als mit einer psychiatrischen Grunderkrankung (Borschmann 2012; Sonneck 2000; Bramesfeld 2013). Krisenauslöser sind individuell zu und im Verhältnis zu den jeweiligen Ressourcen zu betrachten. Die eigenen Ressourcen und bekannte Strategien reichen zur Bewältigung dieser Ereignisse nicht aus und führen zu massiver Überforderung mit dem Risiko der Dekompensation.

3.2. Psychosoziale Krisenversorgung

Krisenintervention definiert Sonneck vor diesem Hintergrund als „jene Form psychosozialer Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen befasst, deren Auftreten in engem Zusammenhang mit Krisen steht.“ (2000: S. 61)

Während bei einem psychiatrischen Notfall eine direkte psychiatrisch-ärztliche Intervention sinnvoll sein kann, um akute Selbst- und Fremdgefährdungen abzuwenden (Berger, Riecher-Rössler 2004; Beerlage 2009), ist das Ziel der Intervention bei psychosozialen Krisen mehr auf Ressourcen und Stärkung der Selbstwirksamkeit ausgerichtet (Sonneck 2002; Grätz, Brieger 2012). Auch in einer akuten Krisensituation ist die Aufgabe des Hilfesystems darin begründet, den Blick der betroffenen Person auf eigene Fähigkeiten zu lenken. Für die Krisensituation bedeutet dies eher stabilisierend und unterstützend zu wirken mit dem Ziel „der Verhütung ihrer sozialen, psychologischen und medizinischen Folgen, insbesondere zur Reduzierung krisengebundener Krankheitsrisiken“ (Sonneck 2000: 61).

Psychosozialer Krisenversorgung kommt somit sowohl in Bezug auf die klientenzentrierte Versorgung und Förderung der Selbstbestimmung eine große Bedeutung zu als auch in Bezug auf Präventionsaspekte im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung (Caplan 1993; Albers 2014). Für die Primärprävention bezieht sich dies auf die Förderung und Stärkung der Selbstwirksamkeit besonders vulnerabler Zielgruppen in multiprofessionellen, Versorgungsbereich-übergreifenden Teams (Bramesfeld 2013; Gühne et al 2011; Harness, Bower 2009; Lang et al 2015; Malone et al 2007; Reilly et al 2013). In Bezug auf die sekundäre und tertiäre Prävention liegen die Aufgaben vor allem in der frühen Krisenintervention und klientenzentrierten Ausrichtung der Versorgungsangebote mit dem Ziel, Chronifizierung, Somatisierung und Dekompensation in der Folge von Krisenerleben entgegen zu wirken (Welschehold et al 2013; Althaus et al 2007; Murphy et al 2015).

Den meisten Kriseninterventionsansätzen liegen dabei folgende Prinzipien zugrunde:

- Niedrigschwelligkeit
- Rascher Beginn
- Fokus auf aktuelle Problemlage / Krisenauslösendes Ereignis
- Methodenflexibilität
- Entlastung der Betroffenen
- Einbezug der Umwelt
- Aktive Haltung des Interventionsteams
- Zeitliche Begrenzung

(Berger, Riecher-Rössler 2004; Sonneck 2000; Steinhart, Wienberg 2014)

Für die weitere Bearbeitung des Krisenerlebens im Sinne Cullenbergs (1978) ist der Beziehungsaufbau zwischen Klienten/innen und Akteuren im Rahmen der Krisenintervention entscheidend (Karow et al 2014; Sonneck 2000). Für die akute Krise – die unabhängig von Dienstzeiten auftreten kann – bedeutet dies, in ressourcenorientierter Ausrichtung die Fähigkeiten der Betroffenen zu stärken und zu stabilisieren, um dann über die Anbindung an das Hilfesystem die Bearbeitung und Neuorientierung in der Regelversorgung einzuleiten (Hambrecht 2007; Salize et al 2007). Das Ziel für die akute Krise wäre demnach die Vermeidung von Dekompensation und von Fehlversorgung (Sonneck 2000; Albers 2014, 2011).

Psychosoziale Krisenversorgung wird im Folgenden begriffen als die Verknüpfung (sozial-)psychiatrischer und psychosozialer Versorgung in Form von mehrdimensionalen Versorgungskonzepten und multiprofessionellen Ansätzen, um passgenaue, frühzeitige Interventionen anbieten zu können und eine effiziente Nutzung der Ressourcen im Sinne einer klientenzentrierten und präventiv ausgerichteten Versorgung sicherzustellen.

Ergebnisse der Experten/innen-Befragung

3.3. Versorgungsstrukturen und Angebote außerhalb der üblichen Dienstzeiten

3.3.1. Psychosoziale Krisenversorgung während der üblichen Dienstzeiten

Die Psychosoziale Krisenversorgung in Düsseldorf **während** der üblichen Dienstzeiten wird von den befragten Experten/innen als sehr umfassend erachtet. Dabei stehen für die Versorgung und Unterstützung von Menschen in Krisen und ihren Angehörigen sektorenübergreifend unterschiedliche Institutionen und Dienste und verschiedene Berufsgruppen bereit. Die Angebotsformen, die von den Befragten als wesentlich für die Versorgung benannt wurden, lassen sich dabei nach Anlässen für Krisensituationen wie folgt zusammenfassen.

Medizinische / Gesundheitliche Versorgung

- (Akut-) Kliniken / Krankenhäuser
- Psychiatrische Kliniken für Erwachsene / für Kinder und Jugendliche (inkl. Tagesklinik-Angeboten)
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Sozialpsychiatrische Zentren
- Niedergelassene Fachärzte/innen (Allgemeinmedizin / Hausärztliche Versorgung, Neurologie, Psychiatrie)
- Notfallpraxis Düsseldorf
- Ambulante psychotherapeutische Angebote
- Andere Gesundheitsberufe (Kinder-, Alten- und Krankenpflege etc.)

Kommunale Angebote / Einrichtungen der

- Kinder- und Jugendhilfe / Familienhilfen (Familien-, Erziehungsberatungsstellen)
- Frauen- und Mädchenberatungsstellen / Krisentelefon
- Wohnungslosen- / Obdachlosenhilfe
- Suchthilfe / Drogenberatung
- Straßensozialarbeit / Streetwork-Projekte
- Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Lebenskrisen und Gewaltopfer
- Betreutes Wohnen
- Notfallseelsorge
- Telefonseelsorge

Ehrenamtliche Angebote / Selbsthilfe

- Antistigma
- Initiative Tabu Suizid e.V.
- Psychosoziale Interessengemeinschaft Düsseldorf e.V.
- Freie Selbsthilfegruppen (Bilk, Gruppe Sturmfeld, "Krempel ade", "Lichtblick", "Normalos" etc.)
- Weitere Themenbezogene Selbsthilfegruppen zu z. B. ADHS (Erwachsene), Angst und Depression, Alzheimer, EA, seelische Gesundheit, Borderline, Burnout, Depression, Messie-Syndrom, für Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Ambulant Betreuten Wohnen) (Stadt Düsseldorf o. a.)

Weitere Akteure / Notruf:

- Ordnungsbehörde
- Polizei
- Feuerwehr

Gremien zur Sicherung des Informationsflusses und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in Düsseldorf

- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Düsseldorf
- Arbeitsgruppen des Kriminalpräventiven Rates der Stadt Düsseldorf
→ Opferhilfeportal befindet sich derzeit in der Entwicklung
- Psychosoziale Notfallversorgung Netzwerk Düsseldorf (PSNV)¹
- Düsseldorfer Bündnis gegen Depression
- Psychose Forum Düsseldorf

Informationen zu den Angeboten werden der Öffentlichkeit über Informationsflyer (z. B. Wegweiser in Krisen- und Notsituationen, Wegweiser für psychisch Kranke und online [http: / / www.duesseldorf.de / psychosozialesadressbuch](http://www.duesseldorf.de/psychosozialesadressbuch)) zugänglich gemacht. (vgl. hierzu auch Projektgruppe Krisenversorgung der PSAG 2012)

¹ Das PSNV-Netzwerk Düsseldorf wird im weiteren Verlauf der Untersuchung keine weitere Berücksichtigung finden, da das Konzept der PSNV auf die umfassende Unterstützung von Betroffenen und Bürger/innen im Rahmen von Großschadensereignissen ausgerichtet ist. Die einzelnen Akteure der PSNV sind unabhängig von Großschadensereignissen auch im Rahmen der Versorgung von psychosozialen Krisen aktiv.

3.3.2. Psychosoziale Krisenversorgung außerhalb der Dienstzeiten

Außerhalb der üblichen Dienstzeiten ist das Versorgungsangebot für Menschen in Krisen im Düsseldorfer Stadtgebiet aus Sicht der Experten/innen stark reduziert. Unterschieden werden kann zwischen Diensten, die in den Randbereichen oder stundenweise außerhalb der Dienstzeiten aktiv sind; Angeboten, die nur außerhalb der Dienstzeiten der Regelversorgung zugänglich sind und Akteuren, die 24-Stunden-Dienste vorhalten.

Stundenweise Angebotsformen und Einzelfalllösungen außerhalb der üblichen Dienstzeiten

In den Randzeiten der üblichen Dienstzeiten halten einzelne Anbieter Kontaktmöglichkeiten und Anlaufstellen an Abenden bis 19:00 / 20:00 Uhr oder an Wochenenden bis 24:00 Uhr vor (z. B. Bahnhofsmision, Straßensozialarbeit etc.). Auch im Rahmen von Gruppentreffen (bspw. der Suchthilfe), der offenen Treffs oder Cafés der Sozialpsychiatrischen Zentren finden stundenweise auch in den Abendstunden oder an Wochenenden Angebote statt. Im Rahmen der offenen Treffs und Café-Angebote stehen Menschen mit Unterstützungsbedarf vor Ort entsprechende (haupt-)amtliche Mitarbeiter/innen zur Verfügung, und im Bedarfsfall können erste Hilfsangebote angesprochen werden. In der Regel erfolgt, so die Experten/innen-Einschätzung, aus diesen eingeschränkt außerhalb der Dienstzeiten verfügbaren Angeboten eine Weitervermittlung an andere Beratungsstellen und Akteure, dann allerdings eher wieder im Rahmen des folgenden Werktages, also zu den üblichen Dienstzeiten.

Zum Teil werden für Menschen in potentiell krisenhaften Lebenssituationen, die bereits Kontakt zu Unterstützungsangeboten haben, individuelle Lösungen vorgehalten. Diese sind gemäß den Experten/innenaussagen nicht selten durch das persönliche Engagement der beteiligten haupt- und ehrenamtlich Tätigen möglich. Individuelle Lösungen werden vor allem dann bspw. von (Bezugs-)Betreuer/innen im Betreuten Wohnen, Therapeuten/innen oder auch Hausärzten/innen angeboten, wenn sich im Vorfeld abzeichnet, dass es zu einer Eskalation des Krisenerlebens außerhalb der sonst üblichen Dienstzeiten kommen kann. Es handelt sich hierbei allerdings um Einzelfall-Lösungen, die lediglich für Klienten/innen und Patienten/innen aus dem eigenen Beratungs- oder Versorgungsangebot zugänglich sind.

Angebote die nur außerhalb der üblichen Dienstzeiten anderer Akteure vorgehalten werden

Außerhalb der üblichen Praxiszeiten ist über die Notfallpraxis Düsseldorf sowie den zentralen Arztnotruf die ambulante medizinische Versorgung sichergestellt. Menschen in Krisensituation mit gesundheitlichen Auswirkungen können sich direkt an die Notfallpraxis wenden. Die Wartezeiten in der Notfallpraxis sind dabei aufgrund von akuten Notfällen und dem jeweiligen Patienten/innenaufkommen schwer zu kalkulieren (vgl. Abschnitt 3.4.1).

Grundsätzlich stehen die Wohnungslosenunterkünfte den Klienten/innen auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten zur Verfügung.

24-Stunden-Dienste

Im **niedrigschwelligen Bereich** ist vor allem die Telefonseelsorge Düsseldorf 24 Stunden täglich erreichbar. Chat- und Mailberatungen können darüber hinaus über die Homepage der Telefonseelsorge Deutschland genutzt werden. Außerhalb der üblichen Dienstzeiten anderer Akteure werden zwei über qualifizierte Ehrenamtliche² zwei Leitungen besetzt, um den erhöhten Bedarf der Anrufenden abzudecken. Weitere bundesweite Telefonnummern wie bspw. die „Sucht & Drogen Hotline“ sowie das Opfertelefon (Weißer Ring) sind ergänzend verfügbar und werden Klienten/innen auch für die Nutzung bei Krisen außerhalb der üblichen Dienstzeiten empfohlen.

Einige Notschlafstellen und Angebote der Wohnungslosenhilfe, die sich an bestimmte Zielgruppen wie bspw. junge Mädchen und Frauen oder alleinstehende Männer richten, halten ebenfalls 24 Stunden täglich Angebote zur Aufnahme vor. Zum Teil sind hier auch erste Krisenintervention und weitere Hilfsplanung vorgesehen wie bspw. bei Ariadne Notaufnahme für Frauen. Dies trifft auch für die Angebote des Kinderhilfezentrums zu.³

In Düsseldorf werden darüber hinaus über die beiden Psychiatrischen Instituts-Ambulanzen 24-Stunden-Dienste vorgehalten. Hier besteht für die Betroffenen die Möglichkeit, Unterstützungsbedarf direkt anzufragen. Zugänge zu diesen von den Experten/innen eher als höherschwellig eingestuften Angeboten werden aber auch über

²Ehrenamtlich Tätige der Telefonseelsorge absolvieren eine 2-jährige Grundausbildung und erhalten 14-tägig Supervision.

³ In den Angeboten des Betreuten Wohnens werden vereinzelt Nachtdienste vorgehalten, die auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten Ansprechpartner/innen für die Klienten/innen im jeweiligen Wohnbereich sind. Es handelt sich demnach hierbei um kein öffentlich zugängliches Angebot, das allen Menschen in einer psychosozialen Krise zu Verfügung steht, und wird daher nur der Vollständigkeit halber hier benannt.

Angehörige und andere Schlüsselpersonen ermöglicht. Die Kliniken / Krankenhäuser stellen ebenfalls 24 Stunden täglich die stationäre medizinische Versorgung sicher.

3.3.3. Zugänge zum Versorgungsangeboten

Die überwiegende Zahl der Angebote außerhalb der Dienstzeiten zeichnet sich durch Komm-Strukturen auf – Klienten/innen können sich im Krisenfall direkt gezielt an die jeweilige Einrichtung wenden.

Aufsuchend tätig sind nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen nach Einschätzung der Experten/innen nur die Angebote der Straßensozialarbeit (nur teilweise in Randzeiten verfügbar) und – im medizinischen Bedarfsfall – die über die Arztnotrufzentrale / Notfallpraxis angeforderte Versorgung. Hausbesuche durch andere Berufsgruppen und an der Versorgung Beteiligte sind zur ersten Krisenintervention nicht verfügbar.

Für bestimmte Anlässe oder bei Krisenerleben, das durch Gewalterfahrung oder Unfallgeschehen mit schweren Folgen einhergeht, treffen Klienten / innen auf weitere Akteure aus dem Bereich der Notfallversorgung, des Opferschutzes und der Strafverfolgung (Rettungsdienst, Ordnungsamt, Polizei und / oder Feuerwehr). Für diese Akteure besteht in erster Linie ein Sicherungsauftrag, der dem Schutz der Person und / oder der Gesellschaft dient. Feuerwehr, Rettungsdienst, Ordnungsamt und / oder Polizei sind in dem Sinne nicht den Versorgungsangeboten im klassischen Sinne zuzuordnen, sondern stellen Zugänge zum Versorgungssystem dar. In der Regel werden Vertreter/innen dieser Berufsgruppen im Rahmen von Einsätzen auf mögliche Krisensituationen aufmerksam oder bspw. im Falle von eskalierenden Krisen hinzugerufen.

Bei Gewalterfahrungen und Traumatisierungen bspw. durch Unfälle oder den Verlust einer nahestehenden Person arbeiten diese Stellen eng mit der Notfallseelsorge zusammen. Notfallseelsorger/innen stehen dann für erste Kriseninterventionen und die Vermittlung von Hilfen innerhalb des Versorgungsnetzes zur Verfügung. Können Krisensituationen nicht vor Ort geklärt / entschärft werden, wird je nach Bedarfslage an andere weiterführende Stellen (bspw. Polizeiarzt/ärztin) übergeben, und eine entsprechende Überleitung in die Versorgung erfolgt dort.

3.4. Einschätzung der Bedarfslage

Die Angebote, die aktuell außerhalb der Dienstzeiten aktiv sind, leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Menschen in Krisen. Die psychiatrische Notfallversorgung durch die psychiatrischen Ambulanzen wird für das Stadtgebiet Düsseldorf als umfassend

bewertet. Dabei werden aktuell vor allem Personen mit Krankheits- / Problemeinsicht gut erreicht, für die bereits ein Zugang zum Versorgungssystem besteht und die in der Vergangenheit positive Erfahrungen mit dem Unterstützungsnetzwerk gesammelt haben.

Aus Sicht der Experten/innen ist ein differenziertes Hilfsangebot insbesondere im niedrighschwelligem Bereich je nach Krisensituation und Erleben der Betroffenen außerhalb der Dienstzeiten nur eingeschränkt verfügbar. Dabei wurde klar herausgestellt, dass eine Versorgung mit Hilfs- und Unterstützungsangeboten außerhalb der Dienstzeiten nicht im gleichen Umfang erfolgen kann und müsste, wie zu den üblichen Dienstzeiten. Dennoch werden verschiedene Herausforderungen und Probleme für Menschen in Krisensituationen außerhalb der Dienstzeiten benannt, die durch das stark reduzierte Angebot entstehen.

3.4.1. Inanspruchnahme in akuter Krisensituation

➤ *Eingeschränkte Mobilität bei Komm-Strukturen*

Betroffene sind in der akuten Krisensituation oft nicht in der Lage von sich aus entsprechende Angebote aufzusuchen. So kann alleine die Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel bspw. bei Patienten/innen mit Angststörungen eine unüberwindbare Hürde darstellen. Das stellt insbesondere alleinstehende Personen vor Herausforderungen, wenn keine ausreichenden Ressourcen innerhalb des eigenen sozialen Netzwerkes bestehen, um das Aufsuchen einer Ambulanz oder eines Wohnangebotes zu ermöglichen.

➤ *Zugangsbarrieren bei psychosozialen Angeboten*

Krisenerleben und der Mangel an eigenen Handlungsressourcen sind häufig auch mit Versagens- und Schamgefühl der Betroffenen verbunden (vgl. Kapitel 3). So berichten die befragten Experten/innen, dass insbesondere die Nutzung von Angeboten der psychiatrischen Ambulanzen bei den Betroffenen eine eher ablehnende Haltung auslöst. Gründe hierfür werden in der gesellschaftlichen Tabuisierung von psychischen und Suchterkrankungen gesehen, die das Krisenerleben insbesondere dann verstärken, wenn im Vorfeld keine oder problematische / schlechte Erfahrungen mit psychiatrischen Versorgungsangeboten gemacht wurden. Bei den Klienten/innen besteht insbesondere bei Erstkontakt eine große Sorge vor Stigmatisierung.

Bei anderen Krisen, die nicht primär auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen sind, kann sich das Problem ergeben, dass insbesondere Belastungen der sozialen Beziehungen und existenziellen Risiken kumulieren, wie bspw. der Verlust der Wohnung resultierend aus einer Überschuldung oder aufgrund des Arbeitsplatzverlustes. Dies ist für

die Betroffenen häufig schambesetzt und die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten bspw. der Wohnungslosenhilfe erscheinen aufgrund des eigenen – ins Wanken geratenen – Selbstbildes nicht angemessen oder zu weit von der subjektiv empfundenen Lebenswirklichkeit entfernt zu sein.

3.4.2. *Passung der Versorgungsangebote außerhalb der Dienstzeiten*

Psychosoziale Krisen entstehen / eskalieren oft gerade außerhalb der Dienstzeiten, wenn soziale Aktivitäten / Beziehungen wegfallen und tagesstrukturierende sowie Beratungsangebote und ambulante psychiatrische / psychotherapeutische Versorgung nicht erreichbar sind. Ein Großteil dieser Krisen fällt allerdings nicht unter den Zuständigkeitsbereich der psychiatrischen Notfallversorgung (vgl. Kapitel 3.2). Wenn sich Menschen in einer solchen Krise an eine psychiatrische Einrichtung wenden und dort Ablehnung erfahren, kann das zu einer Verstärkung der Krisensituation führen.

Auch in solchen Krisen bedarf es der Vermittlung eines entsprechenden Angebots zur ersten Stabilisierung. Eine erste wichtige, niedrigschwellige Unterstützung bieten hier die regionalen und bundesweiten Telefonberatungsstellen. In der telefonischen Beratung stehen die geschulten, überwiegend ehrenamtlich Tätigen vor besonderen Herausforderungen. Neben den Sorgen um Erwerbsarbeit und Beziehungskrisen ist das Thema Suizidalität insbesondere in der anonymen telefonischen Beratung ein häufiger Beratungsanlass. Das Gespräch dient der Stabilisierung über den Beziehungsaufbau und die Vermittlung an weiterführende Hilfen im Netzwerk (wie bspw. Notfallseelsorge, psychiatrische Institutsambulanzen etc.). Dies setzt aber die Kooperationsbereitschaft der anrufenden Person voraus (vgl. Telefonseelsorge (2009): Handbuch Suizidprävention). Hinweise auf den Bedarf nach weiteren niedrigschwelligen Versorgungsangeboten außerhalb der Dienstzeiten ergeben sich aus den hohen Auslastungen der bestehenden (telefonischen) Beratungsangebote.

Um im Bedarfsfall zu unterscheiden, ob es sich um eine akute Krise mit weiterem dringendem Handlungsbedarf handelt, um im Sinne einer frühen Hilfe aktiv werden zu können, bedarf es aus Sicht der Befragten gut ausgebauter Strukturen und insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auch fachlich entsprechend qualifizierter Kräfte in der telefonischen Beratung. Der Aufbau von soliden Strukturen kann dabei nicht alleine auf Ehrenamtliche verlagert werden, sondern braucht – so die Ergebnisse der Befragung – auch hauptamtlich begleitete niedrigschwellige Beratungsangebote. Experten/innen aus den unterschiedlichen Beratungs- und Versorgungssettings und der Interessensvertretung erleben, dass hierzu bei entsprechender fachlicher Qualifikation und beruflicher Erfahrung in Krisensituationen häufig ein Telefonat ausreichend ist, um eine erste

fachliche Einschätzung zu erhalten und gemeinsam mit Klienten/innen das weitere Vorgehen zu planen. In seltenen Fällen könnten auch aufsuchende Maßnahmen wie. z.B. Hausbesuche zusätzlich zur Deeskalation und vor stationärer Versorgung sinnvoll sein (vgl. Kapitel 3.5).

Wie bereits in Kapitel 3 dargestellt, können auch Menschen mit einer psychiatrischen Vorerkrankung von psychosozialen Krisen betroffen sein. So sind aufgrund der Erkrankung häufig auch die sozialen Beziehungen stark belastet und die eigenen Ressourcen zur Bewältigung von krisenhaften Ereignissen nicht immer direkt zugänglich. Sowohl aus Sicht der Erfahrenen-Selbstvertretung als auch der Experten/innen zeigt sich hier für Düsseldorf ein Bedarf an niedrighschwelligen Versorgungsformen, die der stationären Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik vorgelagert wären. Die Ansätze zur Ausgestaltung solcher Versorgungsangebote reichen von einem 24-stündig erreichbaren zentralen Krisentelefon über ein multiprofessionelles Kriseninterventionsteam bis zu einer Soteria⁴. Voraussetzung für solche Angebotsformen wäre die fachliche Qualifikation und die Erfahrung der Mitarbeiter/innen im Umgang auch mit psychisch Erkrankten und Psychiatrie-Erfahrenen.

3.4.3. Strukturelle Rahmenbedingungen

➤ *Auswirkungen von Versorgungsstrukturen*

Lange Wartezeiten in der ambulanten und teilstationären Versorgung während der üblichen Dienstzeiten verstärken bei eingeschränkter Belastungsfähigkeit nach Einschätzung der Experten/innen häufig gerade nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen das Risiko der Eskalation von Krisen. Hier braucht es aus Betroffenenperspektive zusätzliche Angebote, die deeskalierend wirken und zur Überbrückung genutzt werden können. Mehrfach wurde aus unterschiedlichen Beratungskontexten rückgekoppelt, dass häufig eine erste telefonische Vorsondierung gemeinsam mit den Klienten/innen oder Patienten/innen hilfreich sein kann. Kann eine Eskalation nicht im Vorfeld verhindert werden, kann dies zu einer Dekompensation und damit verbundenen stationären Unterbringung führen, was für die Betroffenen den erlebten Verlust der Selbstwirksamkeit verstärkt und auch für das Umfeld eine erhebliche Belastung darstellt.

➤ *Transparenz innerhalb des Versorgungssystems*

⁴ Soteria bezeichnet eine Form der gemeindenahen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die auf kleine Wohneinheiten, freiwilliger Aufnahme und einer engmaschigen Begleitung (1:1 Betreuung) basiert. Das Soteria-Konzept geht auf die Arbeiten von Loren Mosher aus den 1970er Jahren zurück und setzt auf einen milieuthérapeutischen Ansatz bei zurückhaltendem Einsatz neuroleptischer Medikation (<http://www.soteria-netzwerk.de/>).

Trotz der umfassenden Öffentlichkeitsarbeit und der vorliegenden Informationsmöglichkeiten (Flyer, Homepages, Psychosoziales Adressbuch für Düsseldorf) wird die Orientierung im Hilfesystem auch außerhalb der Dienstzeiten nicht nur für Betroffene und Angehörige, sondern auch für haupt- und ehrenamtliche Akteure als schwierig erlebt. So braucht es oft jahrelange Erfahrung und Kooperationen, um im Bedarfsfall passende Angebote auszuwählen und zu vermitteln. Dies betrifft sowohl die Angebote außerhalb der üblichen Dienstzeiten (z.B. Aufnahmevoraussetzungen und Öffnungszeiten der unterschiedlichen Anbieter der Wohnungslosenhilfe) als auch die Weitergabe von Adressen für den kommenden Tag und die weiterführende Begleitung.

➤ *Überleitung / Kooperation im Versorgungsnetzwerk*

Die Kooperation und der Austausch innerhalb des Düsseldorfer Versorgungsnetzwerkes werden übereinstimmend positiv bewertet. So haben insbesondere die verschiedenen Gremienarbeiten und gemeinsame Aktivitäten der Arbeitskreise / -gruppen dazu geführt, dass eine gute Kooperationskultur etabliert werden konnte. Diese wird vor allem während der üblichen Dienstzeiten sichtbar und gelebt. Aus Sicht der Experten/innen hat die Zusammenarbeit zu einer wesentlichen Verbesserung der klientenzentrierten Versorgung geführt.

Außerhalb der üblichen Dienstzeiten wird insbesondere in den Bereichen, für die Überleitungen klar geregelt sind, die Zusammenarbeit als reibungslos erlebt. Dort, wo Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten nicht klar geregelt bzw. kommuniziert sind, können sich Schnittstellenprobleme ergeben, die auch auf die Versorgung während der üblichen Dienstzeiten Einfluss nehmen. Problematisch ist bspw., wenn die Bedarfslage nicht eindeutig erfasst werden kann und Menschen im Krisenerleben zunächst in ein Akutkrankenhaus übermitten werden, eigentlich aber eine psychosoziale Krise vorliegt, die (Mit-)Versorgung durch die Notfallseelsorge oder psychiatrische Ambulanzen benötigt. Hier wäre aus Sicht der Experten/innen die Definition von Schnittstellen und Kommunikation von Zuständigkeiten wichtig. Um das Wissen um Strukturen und Zuständigkeiten auch außerhalb der Dienstzeiten systematisiert zugänglich zu machen, könnte auch hier eine Clearingstelle im Sinne einer zentralen Vermittlung je nach Bedarfslage der Klienten/innen hilfreich sein.

Auch für die Überleitung der Klienten/innen von der stationären in die ambulante Versorgung werden Optimierungsbedarfe rückgemeldet. So ist das Gelingen der Vermittlung und Zusammenarbeit unter den Akteuren stark personenabhängig, insbesondere, wenn die Klienten/innen außerhalb der Dienstzeiten stationär untergebracht wurden und in die ambulante Versorgung rückgeführt werden. Klienten/innen oder Patienten/innen bräuchten bei der Überleitung mehr Informationsmaterial und konkret benannte Kontaktstellen, um den

weiteren Hilfe- und Unterstützungsbedarf abzudecken. Auch fallbezogener Austausch wird zwischen den Akteuren gewünscht, ist aber aufgrund der bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen (Schweigepflicht) träger- und sektorenübergreifend bisher schwer umzusetzen. Hier formulieren die Befragten den Bedarf, Strukturen weiterhin gemeinsam zu verbessern.

3.5. Zielgruppen mit besonderen Bedarfslagen

In der Befragung wurde auch ermittelt, welche Zielgruppen nach Experteneinschätzung insbesondere außerhalb der üblichen Dienstzeiten einen besonderen Bedarf haben und durch bestehende Angebotsformen noch nicht erreicht werden.

➤ Menschen ohne bisherige/n Kontakt / Anbindung an institutionelle Hilfen

Menschen, die sich in einer Krisensituation befinden, aber noch keine Vorerfahrungen in der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung gemacht haben, finden sich im komplexen Versorgungssystem möglicherweise nicht zurecht. Die Versorgungsangebote sind sehr ausdifferenziert. Insbesondere für Personen mit Sorgen um die Erwerbsarbeit, ihre wirtschaftliche Situation, Suizidgedanken oder auch bei häuslicher Gewalt ist es schwierig, das passgenaue Angebot in einer akuten Belastungssituation zu ermitteln. Da auch für diese Personen eine Eskalation des Krisenerlebens unabhängig von Dienstzeiten auftreten kann, wird hier der Bedarf für eine niedrigschwellige Orientierungshilfe im System während und außerhalb der üblichen Dienstzeiten gesehen.

➤ Menschen, die in bestehende Versorgungsangebote aufgrund des krankheitsspezifischen Verhaltens nicht integrierbar sind

Gemeint sind sowohl Menschen, die nicht krankheitseinsichtig sind, als auch solche, die bereits mehrfach Kontakt zum System hatten, allerdings dort aufgrund von krankheitsbedingten Störungsbildern nicht oder nicht mehr integrierbar sind wie bspw. bei Aggressivität etc.

➤ Angehörige als Vermittler/innen

Angehörige sind in akuten Krisensituationen häufig so überfordert, dass die Organisation von Hilfen nur schwer möglich ist. Gerade außerhalb der üblichen Dienstzeiten stehen dann kaum Ressourcen zur Verfügung für die Unterstützung der Angehörigen bei der Vermittlung und Organisation von Hilfen. Die komplexen Versorgungsstrukturen ebenso wie das Wissen, welches Angebot passgenau sein könnte, sind für Betroffene und Angehörige

häufig schwer zu durchdringen. Gerade außerhalb der Dienstzeiten wäre für Angehörige eine niedrigschwellige Möglichkeit zur Rückversicherung der eigenen Einschätzung und kurze Beratung zum Umgang mit der akuten Krise bspw. über eine Fachberatung hilfreich.

Der Schritt zur stationären Unterbringung nachts und an Wochenenden oder Feiertagen, bei Weigerung und Eskalation auch u. U. unter Einbezug der Polizei, wird bei bereits diagnostizierten psychischen Erkrankungen von Angehörigen häufig gescheut. So wird es als belastend für die Beziehung erlebt, wenn Angehörige eine stationäre Unterbringung auslösen.

➤ *Suchterkrankte*

Insbesondere bei Doppeldiagnosen / Komorbiditäten sind Personen, die suchterkrankt und möglicherweise auch obdachlos sind, schwierig zu erreichen. Außerhalb der Dienstzeiten, insbesondere an Wochenenden, steigt für diese Gruppe das Risiko eine suchtbedingte Krise zu erleben. Diese Menschen erscheinen desorientiert oder sind nicht ansprechbar. Hierauf wurde im Bereich der Suchthilfe bereits durch aufsuchende Hilfsangebote (Streetwork) reagiert. In der Regelversorgung werden für chronisch mehrfach Abhängige, nach Einschätzung der Experten/innen, mehr Plätze zur fachgerechten Unterbringung benötigt. Aufgrund der Abstinenzregel vieler Hilfsangebote ist für diesen Personenkreis das Hilfsangebot zusätzlich eingeschränkt.

3.5.1. Besonders vulnerable Gruppen

➤ *Ältere Menschen (70plus):*

Mit zunehmendem Alter erhöht sich das Risiko der sozialen Isolation, wie die Zunahme von Einzelhaushalten insbesondere unter den Älteren zeigt. Veränderungen in den sozialen Beziehungen werden insbesondere im hohen Alter verstärkt, wenn nahe Angehörige und Freunde bspw. bereits verstorben sind oder diese zu weit entfernt leben. Bei eingeschränkter Mobilität und zunehmenden altersbedingten Einschränkungen im hohen Lebensalter kann dies zu Isolation und verstärktem Krisenerleben führen. Auch der zu erwartende Anstieg dementieller Erkrankungen bei gleichzeitigem Rückgang der sozialen Netzwerke wird hier zukünftig aus Sicht der Experten/innen vermehrt ein Thema werden. Hier bedarf es niedrigschwelliger, möglicherweise aufsuchender Hilfsangebote, die auch die Bedarfe von älteren alleinlebenden Menschen berücksichtigen. Besondere Risiken für verstärktes Krisenerleben werden hier für Feiertage und Wochenenden benannt.

➤ *Kinder- und Jugendliche*

Mehrfach wurde in den Interviews darauf hingewiesen, dass Kinder und Jugendliche in Familien mit psychosozialen Krisen eine besonders vulnerable Gruppe darstellen, da für Düsseldorf zu wenige Familienhilfen außerhalb der Dienstzeiten verfügbar sind. So ist eine Unterbringung im Notfall zwar über das Kinderhilfezentrum gesichert; die vorausgehende Eskalation der Krise in der Familie wird aber häufig als traumatisierend erlebt. Die Befragung ergab, dass hier früher ansetzende Familienhilfeangebote wie bspw. Hausbesuche außerhalb der Dienstzeiten eine Möglichkeit wären, ein differenzierteres Hilfsangebot zu schaffen sowie Traumatisierungen und negative Folgen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen zu reduzieren.

➤ *Gewaltopfer*

Für Opfer von Gewalttaten, die in der Regel traumatisiert sind, werden in Düsseldorf neben der medizinischen Versorgung auch erste Hilfsangebote wie bspw. die Notfallseelsorge oder das „Zimmer 8“ in der Notfallpraxis auch außerhalb der Dienstzeiten bereitgestellt. Die Einführung eines Opferhilfe-Portals für den Raum Düsseldorf ist in Planung. Ziel ist es, die Orientierung für Betroffene innerhalb des Hilfesystems zu erleichtern und die Angebote noch stärker zu vernetzen.

➤ *Menschen mit Migrationshintergrund / Flüchtlinge*

Eine Zielgruppe, die bisher kaum von den bestehenden Angeboten während und außerhalb der Dienstzeiten erreicht werden, sind Menschen mit Migrationshintergrund. Insbesondere für Flüchtlinge kann von einem hohen Maß an Traumatisierungen ausgegangen werden, die zukünftig – so die Einschätzung der Befragten – zu einer vermehrten Nutzung der Versorgung bei psychosozialen Krisen führen wird. Hinzu kommen für diese Zielgruppen möglicherweise Barrieren in der Nutzung der Angebote aufgrund von kulturellen Unterschieden und Vorbehalten gegenüber Institutionen und öffentlichen Stellen. Erste Initiativen zum Einsatz von Sprachmittlern in Ambulanzen werden von den Akteuren positiv bewertet.

➤ *Menschen mit psychischen Erkrankungen / Psychiatrieerfahrene*

Als besonders vulnerable Gruppe gelten auch Menschen mit psychischen Vorerkrankungen oder Psychiatrieerfahrene. So ist insbesondere diese Personengruppe hoch sensibilisiert für Veränderungen in ihrem Umfeld und mögliche Auswirkungen auf ihr

Krisenerleben. Auch wenn sie möglicherweise über eine gute Kenntnis des Versorgungssystems verfügen, können hier nach Einschätzung der Experten/innen außerhalb der Dienstzeiten für diese Personen nur begrenzt geeignete niedrigschwellige Hilfsangebote zur ersten Krisenintervention und Stabilisierung benannt werden.

4. Fazit

Psychosoziale Krisen sind als akute und zeitlich begrenzte Notsituationen⁵ zu betrachten, die vielmehr in einem direkten Zusammenhang mit einem emotional bedeutsamen Ereignis oder mit einer bedeutsamen Veränderung der Lebensumstände stehen als mit einer psychiatrischen Grunderkrankung (Borschmann 2012; Sonneck 2000; Bramesfeld 2013). Die Notsituation macht sich am Erleben der betroffenen Person fest. Krisenauslöser können dabei individuell sein und sind nicht immer objektivierbar. Entscheidend für das Krisenerleben ist, dass eigene Ressourcen und bekannte Strategien nicht zur Bewältigung dieser Ereignisse ausreichen und eine massive Überforderung mit dem Risiko der Dekompensation eintreten kann.

Psychosoziale Krisenversorgung gilt es daher stufenweise zu organisieren und als Verknüpfung (sozial-)psychiatrischer und psychosozialer Versorgung in Form vom mehrdimensionalen Versorgungskonzepten und multiprofessionellen Ansätzen zu betrachten. Ziel der psychosozialen Krisenversorgung ist es, passgenaue, frühzeitige Interventionen anbieten zu können und eine effiziente Nutzung der Ressourcen im Sinne einer klientenzentrierten und präventiv ausgerichteten Versorgung sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund ist die Ausrichtung der Krisenversorgung *außerhalb* der Dienstzeiten auch unter Aspekten der sekundären und tertiären Prävention zu betrachten.

Die Ergebnisse der Experten/innen-Befragungen weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es in Düsseldorf für besonders vulnerable Zielgruppen außerhalb der üblichen Dienstzeiten einen Bedarf an psychosozialer Krisenintervention gibt (vgl. 3.5.1). Aktuell gibt es in der Versorgung kaum Angebote, die neben der Telefonseelsorge einen niedrigschwelligen Zugang zu Unterstützungsleistungen ermöglichen. Lediglich in Randzeiten und stundenweise sind hier einzelne Angebote (Cafés, offene Treffs) verfügbar.

Die Versorgung über Psychiatrische Ambulanzen mit ggfs. anschließender stationärer Versorgung ist insbesondere für den Personenkreis in psychiatrischen Notfallsituationen bei massiver Belastung durch akute Verschlechterung der psychischen Erkrankungen / Störungsbilder bspw. im Rahmen eines erneuten Krankheitsschubes oder Rückfalls ausgerichtet (vgl. Schmitt et al 2002). Ein Großteil psychosozialer Krisen fällt nicht in den

⁵ In Abgrenzung zum Notfall (vgl. Rössler, Riecher-Rössler 1998)

Zuständigkeitsbereich dieser Versorger. Die Ergebnisse der Befragung ergeben, dass ein akuter Handlungsbedarf im Sinne der Präventionsaspekte zur Vermeidung von Chronifizierung und Rückzugsverhalten (Isolation, Suchtverhalten etc.) auch über die psychiatrische Notfallversorgung hinaus besteht. In der Literatur zeigt sich, dass Angebote mit niedrighschwelligem Bezügen hier auch nachts oder an Wochenenden / Feiertagen sinnvoll sein können, um eine akute Krisenintervention im Sinne der Stabilisierung zu erreichen und als Schnittstelle / Überleitung zur weiteren Versorgung während der üblichen Dienstzeiten sicherzustellen. Insbesondere für Menschen in akuten Krisen, die noch keinen Zugang zu den komplexen Versorgungsstrukturen hatten, wird hier von den Düsseldorfer Experten/innen ein großes Potenzial gesehen.

Die Experten/innen formulieren folgende Wünsche / Bedarfe zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung außerhalb der üblichen Dienstzeiten.

- Niedrighschwelliges (telefonisches) Angebot, das 24-Stunden-Ansprache täglich ermöglicht (möglicherweise mit ergänzenden Hausbesuchen durch Kriseninterventionsteams, wenn andere Versorger nicht mehr verfügbar sind). Das Ziel dieses Angebotes sollte es sein, eine erste Stabilisierung, Beratung und Vermittlung in das Hilfesystem zu leisten.

Als Kriterien für die Niedrighschwelligkeit wurden benannt:

- Anonymität im Erstkontakt
 - Erste Einschätzung der Krisensituation und des akuten Hilfebedarfes
 - Fachlich kompetente Beratung und
 - Klientenzentrierte Weitervermittlung in das Hilfesystem entsprechend des akuten Hilfebedarfes
 - Zentrale Nummer für alle Anliegen, über die dann entsprechend des Hilfebedarfes an spezialisierte Angebote vermittelt wird.
- Möglichkeit zur fachlichen Rückversicherung innerhalb des Netzwerkes auch außerhalb der Dienstzeiten für die Haupt- / Ehrenamtlichen, die in dieser Zeit tätig sind, um bspw. Rückfragen zu Zuständigkeiten und fachliche Absicherung am konkreten Fall zu ermöglichen
 - Niedrighschwellige Versorgungsformen, die der stationären Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik vorgelagert wären (im präventiven Sinne um hohe Folgekosten und zusätzliche Belastungen / Traumatisierungen der Betroffenen zu vermeiden) z.B. in Form einer Soteria (vgl. 4.2.2) oder eines Nachtcafés

- Verbesserung des Übergangsmangements durch die fallbezogene Vermittlung an konkrete psychosoziale Beratungs- und Begleitungsangebote sowohl an der Schnittstelle stationär und ambulant, als auch innerhalb der ambulanten Versorgung
- Mehr Transparenz zur Versorgung insgesamt und wer auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten in welcher Form aktiv ist.

Bei der Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung ist eine enge Verzahnung der Aktivitäten des Gesundheitsamtes auch bereichsübergreifend wie bspw. mit den Aktivitäten des Kriminalpräventiven Rates und des Jugendamtes sinnvoll. Hier konnten über die verschiedenen Arbeitsgruppen und Netzwerke viele positive Erfahrungen erzielt werden, die es nach Einschätzung der Befragten im Sinne der klientenzentrierten Versorgung im weiteren Verlauf auszuweiten gilt.

Dabei wären aus Sicht der Experten/innen vor allem besonders vulnerable Zielgruppen in ihren Bedarfslagen zu berücksichtigen (Kinder / Jugendliche mit Eltern in psychosozialen Krisen, ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen und Multimorbidität, Psychiatrieerfahrene). Insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels gilt es hier ein an den Bedarfen der besonders vulnerablen Zielgruppen orientiertes zukunfts-festes Konzept zur psychosozialen Krisenversorgung zu entwickeln.

5. Ausblick

Im Folgenden werden zwei ausgewählte Krisendienst-Konzepte vorgestellt, die in unterschiedlicher Form auf den jeweiligen identifizierten Versorgungsbedarf in trägerübergreifenden Kooperationen entwickelt werden konnten. Dabei wurden im Vorfeld Bedarfe für die Versorgungsregionen identifiziert, die denen der im Rahmen der vorliegenden Evaluation ermittelten für das Düsseldorfer Versorgungsgebiet entsprechen. Die unterschiedlichen Formen der Krisendienstinterventionen außerhalb der üblichen Dienstzeiten orientieren sich dabei an einem vergleichbaren Verständnis von Krisenintervention und wurden für städtische Versorgungssettings entwickelt.

5.1. München – Krisendienst Psychiatrie München

Der Krisendienst Psychiatrie München (KPM) wurde 2007 in einer Verbundform mit fünf Trägerorganisationen gegründet. Beteiligte Trägerorganisationen sind der Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V., die Diakonie Hasenberg e.V., die gemeinnützige GmbH des Projektevereins, die Soziale Dienste Psychiatrie gemeinnützige GmbH und das kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost. Über den Lenkungsausschuss sind weitere Akteure der psychiatrischen Versorgung eingebunden wie

bspw. Interessensvertretungen, Facharztgruppen und Kostenträger. Das Ziel des Krisendienstes ist es, eine breite regionale Verankerung zu erreichen und die klinisch-psychiatrischen und sozialpsychiatrisch-psychosozialen Versorgungsbereiche zu verbinden.

Das Leitungsteam setzt sich zusammen aus einer/m Diplom-Sozialpädagogen/in, eine/m Diplom-Psychologen/in und einer/n Fachärztin/arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Insgesamt besteht das multiprofessionelle Team des Krisendienstes aus haupt- und nebenamtlich tätigen Fachkräften aus den Bereichen Sozialpädagogik, Psychologie und Fachkrankenpflege und wird trägerübergreifend organisiert. Hierüber wird eine enge Anbindung des Krisendienstes an die Sozialpsychiatrischen Zentren sichergestellt. Weitere Kooperationen bestehen mit dem Psychiatrischen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen und einigen psychiatrischen Praxen.

Die zentrale Rufnummer des Krisendienstes ist täglich (auch an Wochenenden und Feiertagen) in den Zeiten von 9:00 bis 24:00 Uhr zu erreichen (bis 31.12.2015 nur bis 21:00 Uhr). Die Kriseninterventionsteams sind immer mit zwei Fachkräften besetzt und werden während der üblichen Dienstzeiten über den Sozialpsychiatrischen Dienst sichergestellt. Aufsuchende Einsätze von Krisenteams außerhalb der Dienstzeiten (wochentags: 16:00 – 21:00 Uhr; an Wochenenden und Feiertagen: 13:00 – 21:00 Uhr) werden über beteiligte Träger der freien Wohlfahrtspflege vorgehalten. Die Kriseninterventionsteams sind in der Regel durch nicht-ärztliche Fachkräfte besetzt, ärztliche Unterstützung kann aber über die beteiligten Psychiatrischen Instituts Ambulanzen angefragt werden. Für die Interventionsteams werden gezielt Fachkräfte mit langjähriger Erfahrung in psychiatrischen Einrichtungen eingestellt, die weitergehende Schulungen erhalten.

Zu den Aufgaben des KPM zählen

- Erste Abklärung und Informationsvermittlung
- Ausführliche telefonische Krisenintervention und Beratung
- Weiterleitung in das Hilfe- und Unterstützungssystem
- Tagesgleiche persönliche Krisenberatungen / Verlaufskontakte im Rahmen von durchgeführten Kriseninterventionen
- Mobile Einsätze am Ort der Krise
- Abklärung der Krisensituation und Beratung von Betroffenen und Bezugspersonen vor Ort

Zu den Anrufern/innen zählen Betroffene (2011: 55%), Angehörige (2011: 25%), Fachstellen und sonstige Anrufer/innen (2011: 20%). (Krisendienst Psychiatrie München 2012)

Der Krisendienst Psychiatrie München befindet sich derzeit in der Weiterentwicklung. Für die Region Oberbayern wird eine Erweiterung und stärkere regionale Verankerung des Krisendienstangebotes unter Einbindung des KPM angestrebt (vgl. Welschehold et al 2013). Diese Weiterentwicklung sieht die Einrichtung von vier Gebietskoordinierungsstellen vor, die ein vergleichbares Angebot über das Stadtgebiet München hinaus auf- und ausbauen werden. Die zentrale Rufnummer des KPM soll in der Folge beibehalten werden, um den bisherigen Bekanntheitsgrad weiterhin zu nutzen und auszubauen.

Die Finanzierung des Krisendienstes Psychiatrie als Einrichtung der psychiatrischen Regelversorgung wurde getragen durch den Bezirk Oberbayern als Hauptkostenträger, die Stadt München und durch die beteiligten Träger (Krisendienst Psychiatrie München 2012). Die Finanzierung der Weiterentwicklung und regionalen Ausweitung ist zunächst in Form einer Modellförderung durch den Bezirk Oberbayern vorgesehen.

Weitere Informationen unter: <http://www.krisendienst-psychiatrie.de>

5.2. Wuppertal – Ambulanter Krisendienst „Wendepunkt“

Seit Dezember 1998 besteht in Wuppertal der ambulante Krisendienst „Wendepunkt“. Träger des Krisendienstes ist eine gemeinnützige GmbH mit den folgenden Gesellschaftern: Stadt Wuppertal, Bergische Diakonie Aprath, Evangelische Stiftung Tannenhof, Fachklinik Langenberg, Sozialpsychiatrisches Zentrum Wuppertal gGmbH.

Über den Krisendienst können Betroffene auch während der Abend- und Nachtstunden sowie an Wochenenden und Feiertagen fachlich qualifizierte Hilfe erhalten. Die Versorgung bei akuten Krisen- und Notfallsituationen hat zum Ziel, die Betroffenen zu stabilisieren, um die Zuspitzung von seelischen Krisen und Chronifizierung der Problematik zu vermeiden. Die angebotene Hilfe besteht unter anderem aus telefonischer Beratung, Hausbesuchen und Weitervermittlung an spezielle Einrichtungen. Die Mitarbeiter/innen sind auch persönlich in den Räumen des Krisendienstes in Wuppertal-Elberfeld zu erreichen. Alle Angebote sind kostenfrei, auf Wunsch anonym und unterliegen der Schweigepflicht. Die Zielgruppen sind unter anderem Menschen mit psychischen Problemen, Selbsttötungsgedanken oder starken Gefühlen von Angst, Panik oder Unruhe.

Der Krisendienst ist montags bis freitags von 18.00 – 08.00 Uhr erreichbar, am Wochenende und an Feiertagen rund um die Uhr. Die Auslastung ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen: wurden 1999 noch 1.138 Einsätze verzeichnet, waren es 2011

bereits 2.757. Auch in der nicht besetzten Zeit von 08.00 – 18.00 Uhr unter der Woche sind eine erhebliche Anzahl von Anrufen zu verzeichnen, so dass die Ausweitung auf eine 24-stündige Erreichbarkeit diskutiert wird.

Jeder Dienst wird im Team von zwei Mitarbeitern/innen geschlechterparitätisch mit Honorarkräften besetzt. Die Mitarbeiter/innen sind außerhalb der Tätigkeiten für den Krisendienst hauptamtlich bei verschiedenen Einrichtungen und Diensten der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung tätig und verfügen über langjährige Erfahrung in sozialen Grundberufen. Für die Einsatzleitung und Verwaltungsaufgaben des Dienstes steht eine fest angestellte Mitarbeiterin zur Verfügung.

Der Krisendienst arbeitet eng mit allen an der Versorgung in Wuppertal beteiligten Akteuren zusammen. Die Honorarkräfte vermitteln Klienten/innen an weitere Beratungsstellen und Einrichtungen, falls diese eine dauerhafte Unterstützung benötigen. Es besteht außerdem eine Kooperation mit den für Wuppertal zuständigen Fachkliniken für Sucht und Psychiatrie. Auch mit städtischen Diensten und Beratungsstellen, verschiedenen Selbsthilfegruppen sowie der Polizei Wuppertal und der Feuerwehr Wuppertal wird im Netzwerk zusammengearbeitet.

Durch kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit (Internetpräsenz, Informationsmaterial an öffentlich zugänglichen Stellen wie Apotheken) soll der Krisendienst allen Wuppertalern und Wuppertalerinnen bekannt gemacht und das Angebot flächendeckend beworben werden.

Die Finanzierung des Krisendienstes erfolgt ausschließlich durch städtische Zuschüsse.

Weitere Informationen unter: <http://www.krisendienst-wuppertal.de>

6. Literaturverzeichnis

- Albers M. Stellungnahme des Fachausschuss Psychiatrie des BVÖGD zur Novellierung der PsychKGs in den Bundesländern. *Gesundheitswesen*. 2014;76:237-40.
- Albers M. ÖGDG und PsychKG als Arbeitsgrundlage der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland. *Gesundheitswesen*. 2011;73:761-6.
- Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U. Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Der Nervenarzt*. 2006;78:272-6, 8-80, 82.
- Beerlage I, Helmerichs J, Arndt D, Blank-Gorki V, Hering T, Bundeseinheitliche Qualitätsstandards und Leitlinien in der psychosozialen Notfallversorgung. *Trauma & Gewalt* 2011. Vol5(3), Aug 2011, pp 222-235
- Berger P, Riecher-Rössler A. (2004). Definition der Krise und Krisenassessment. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz R-D (HRsg.): *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention*. Göttingen u.a.: Hogrefe: 19-30.
- Bogner A, Menz W (2005). Das theoriegenerierende ExpertInneninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensforme, Interaktion. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag
- Borschmann R, Henderson C, Hogg J, Phillips R, Moran P. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012; (6). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009353.pub2/abstract> (Stand: 28.03.2016)
- Bramesfeld A, Moock J, Kopke K, Buchtemann D, Kastner D, Radisch J, et al. Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC psychiatry*. 2013;13:56.
- D'Amelio R, Archonti C, Falkai P, Pajonk F. Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin. *Notfall Rettungsmed* 2006, 9:194–204; DOI 10.1007 / s10049-005-0790-y
- Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26:91–108
- Gratz J, Brieger P. Einführung und Umsetzung einer Behandlungsvereinbarung – Eine empirische Studie unter Berücksichtigung von Betroffenen, Ärzten und Sozialarbeitern. *Psychiatrische Praxis*. 2012;39:388-93.
- Guhne U, Weinmann S, Arnold K, Atav ES, Becker T, Riedel-Heller S. Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*. 2011;38:114-22.
- Hambrecht M. Gemeindepsychiatrie im 21. Jahrhundert. *Psychiatrische Praxis*. 2007;34:263-5.
- Harkness Elaine F, Bower Peter J. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2009; (1). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000532.pub2/abstract> (Stand: 28.03.2016)
- Helfferich C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag

- Karow A, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B, Lange M, et al. Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Psychiatrische Praxis. 2013;41:266-73.
- Krisendienst Psychiatrie München (Hrsg.) (2012): Jahresbericht 2011/2012. Available from http://www.krisendienst-psychiatrie.de/dokumente/upload/eb55d_kpm-jahresbericht_2011:2012_kurzfassung.pdf (Stand: 28.03.2016)
- Lamnek S (2010). Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim: Beltz
- Lang FU, Guhne U, Riedel-Heller SG, Becker T. Innovative patientenzentrierte Versorgungssysteme Internationale Perspektiven. Der Nervenarzt. 2015;86:1313-9.
- Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2007; (3). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000270.pub2/abstract> (Stand: 28.03.2016)
- Miles MB, Huberman AM. (1994) Qualitative data analysis : an expanded sourcebook. Thousand Oaks: SagePub.
- Murphy Suzanne M, Irving Claire B, Adams Clive E, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2015; (12). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001087.pub5/abstract>. (Stand: 28.03.2016)
- Projektgruppe Krisenversorgung der PSAG (2012). Ambulante Krisenversorgung in Düsseldorf. Ein Positionspapier.
- Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2009). Qualitative Sozialforschung. 2. Auflage. München: Oldenbourg
- Reilly S, Planner C, Gask L, Hann M, Knowles S, Druss B, et al. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013; (11). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009531.pub2/abstract> (Stand: 28.03.2016)
- Rössler W, Riecher-Rössler A (1998). Versorgungsebenen in der Notfallpsychiatrie. In: Hewer W, Rössler W (Hrsg.). (1998). Das Notfallpsychiatrie-Buch. München: Urban&Schwarzenberg: 2-11.
- Salize HJ, Rossler W, Becker T. Mental health care in Germany: current state and trends. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2006;257:92-103.
- Schmitt TK, Luiz T, Poloczek S, Huber T, Kumpch M, Madler C. Sozialepidemiologie einer neuen Einsatzkategorie. Notfälle mit primär psychischen und sozialen Problemstellungen Notfall & Rettungsmedizin, 2002; 5:102–109
- Sonneck G (2000) Krisenintervention und Suizidverhütung. Facultas: Wien
- Stadt Düsseldorf (1). Psychosoziales Adressbuch. Online: http://www.duesseldorf.de/psychosozialesadressbuch/selbsthilfe/erfahrene_psychiatrie.shtml (abgerufen am 19.03.2016)
- Steinhart I, Wienberg G. Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung. Psychiatrische Praxis. 2014;41:179-81.
- Weinmann S et al. Teambasierte Gemeindepsychiatrie: Bedeutung von Kontextfaktoren und Übertragbarkeit der Studienevidenz. Der Nervenarzt 2012; 83(7): 825-831

Welschehold M, Eiche S, Schleuning G. (2013). Krisendienst Psychiatrie München – Fachkonzept zur regionalen Verankerung. Available from: http://www.krisendienst-psychiatrie.de/dokumente/upload/f3468_kpm_fachkonzept_auflage2.pdf (Stand: 28.03.2016)

Witzel A. 1982. Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt: Campus Verlag

Witzel A. Das problemzentrierte Interview. FQS 2000, 1(1), Art. 22.

Wroblewski, Leitner 2009 In: Bogner A, Littig B, Menz W. (2009). Zwischen Wissenschaftlichkeitsstandards und Effizienzansprüchen. ExpertInneninterviews in der Praxis der Maßnahmenevaluation. Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag. S. 259-276.

7. Anhang

7.1. Liste der an den Interviews teilnehmenden Institutionen

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft der Stadt Düsseldorf
Psychiatriekoordination, Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf
Suchthilfekoordination, Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf
Ambulanz für Gewaltopfer, Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf,
Jugendamt der Stadt Düsseldorf
Kriminalpräventiver Rat der Stadt Düsseldorf
Ordnungsamt der Stadt Düsseldorf
Feuerwehr
Polizeipräsidium Düsseldorf
Sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf
Sozialpsychiatrische Zentren (Mitte West, Mitte Süd, Ost und Nord, Teile Mitte)
Graf-Recke Stiftung
Flingern mobil e.V.
Caritas Haus Don Bosco
Icklack-Wohnen für Frauen
Knackpunkt Notschlafstelle für Mädchen und Frauen Sozialdienst Kath. Männer und Frauen
Rettungsdienst, Stadt Düsseldorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Kaiserswerther Diakonie
LVR Psychiatrie Ambulanz, Notfallambulanz, Universitätsklinikum
Krankenhaus Elbroich
Zentrale Notaufnahme Uniklinik Düsseldorf
Zentrale Notfallpraxis Düsseldorf
Ambulante Psychiatrische Versorgung
Ambulante allgemeinmedizinische Versorgung
Notfallseelsorge
Notruf für Suchtgefährdete der Diakonie Düsseldorf
Telefonseelsorge Düsseldorf
Bahnhofsmision
Antistigma Düsseldorf e.V.
Psychose-Forum
Initiative Tabu Suizid e.V.

7.2. Projektinformation

Projekttitel	Evaluation zur Objektivierung des möglichen Bedarfes an psychosozialer Krisenversorgung außerhalb üblicher Dienstzeiten in Düsseldorf
Forschungsbereich	Versorgungsforschung
Studententyp, Design	Qualitative Studie Stichworte: Psychosoziale Krisenversorgung, Vernetzung, Versorgungsbedarf
Projektbeschreibung	<p>Hintergrund: Die Düsseldorfer Krisen- und Notfallversorgung wird von den an der Versorgung beteiligten Institutionen und Professionellen, der Stadtpolitik und der PSAG-Projektgruppe Krisenversorgung seit längerem ausführlich diskutiert. Ausgeführt wird u.a., dass die medizinische Notfallversorgung in Düsseldorf im Vergleich zu anderen Städten gut sei. Vorgebracht werden jedoch immer wieder Bedarfe an psychosozialer Krisenversorgung, etwa in einer Gehstruktur, außerhalb üblicher Dienstzeiten von Beratungsstellen sowie an Feiertagen und den Wochenenden. Zur Objektivierung des möglichen Bedarfes erscheint eine Evaluation als sinnvoll.</p> <p>Fragestellung: Welche Bedarfe an psychosozialer Krisenversorgung außerhalb üblicher Dienstzeiten von Beratungsstellen sowie an Feiertagen und den Wochenenden in Düsseldorf werden abgeschätzt, und wie werden sie bewertet?</p> <p>Methode: Die Einschätzung zu möglichen Bedarfen und ihre Bewertung werden über verschiedene Zugangswege erfasst, zusammengeführt und reflektiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Systematische Suche und Aufbereitung wissenschaftlicher Studien zur Fragestellung – Datenanalyse zur Fragestellung aus vergleichbaren Städten und bereits etablierten städtischen psychosozialen Krisenversorgungsansätzen – Datenanalyse zur Fragestellung aus vorhandenen Datenquellen in Düsseldorf – Problemzentrierte Interviews mit an der psychosozialen Krisenversorgung Beteiligten (Vertreter von Beratungsstellen, Institutionen, Ärzteschaft, Kliniken, Gesundheitsamt, Polizei, Seelsorge u.a.). <p>Nutzen und Verwendungsmöglichkeit der Forschungsergebnisse: Aus den verschiedenen Sichtweisen zur Fragestellung wird zuerst eine möglichst eindeutige Arbeitsdefinition (Operationalisierung) des Begriffes ‚psychosoziale Krisenversorgung‘ erarbeitet. Die verschiedenen Datenquellen und Perspektiven werden dann unter Anwendung dieser Arbeitsdefinition aufeinander bezogen und ein möglicher Bedarf psychosozialer Krisenversorgung in Düsseldorf außerhalb üblicher Dienstzeiten daraus abgeschätzt.</p>
Projektleitung	Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm
Ansprechpartnerin / Kontakt	Verena Leve verena.leve@med.uni-duesseldorf.de

Projektbeteiligte	Stefan Wilm Verena Leve Angela Fuchs Sara Santos Vera Kalitzkus	
Kooperation	Intern Centre for Health and Society (chs), Uniklinik Düsseldorf Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group	
Projektlaufzeit	Bis 31.03.2016	Projektstatus: laufend
Projektfinanzierung / -förderung	Gesundheitsamt Düsseldorf	
Aktualisiert	Januar 2016, Leve/Wilm	

7.3. Einverständniserklärung

Ich bin einverstanden, mich im Rahmen dieses Interviews an dem Forschungsprojekt „Erstellung eines Evaluationsberichtes zur Objektivierung des möglichen Bedarfes an psychosozialer Krisenversorgung außerhalb üblicher Dienstzeiten in Düsseldorf“ zu beteiligen.

Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass das heutige Gespräch auf Tonband aufgezeichnet und in anonymisierter Form im Rahmen des Forschungsprojektes und unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte auch für Publikationszwecke verwendet werden darf. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum _____

Name (in Druckbuchstaben) _____

Unterschrift _____

Anschrift:

Institution _____

Zusatz _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Email: _____

7.4. Leitfaden Experten/innen-Befragung Face-to-Face

Psychosoziale Krisenversorgung in Düsseldorf Interviewleitfaden

(Die kursiv gestellten Fragen sind Beispiele für weitergehende Fragen, die nicht immer gestellt werden müssen bzw. auch nicht immer gestellt werden können.)

1. Angaben zur Person und zur Arbeit des Interviewpartners / der Interviewpartnerin

Erzählaufforderung:

Frau / Herr Können Sie mir zu Beginn des Gespräches erst etwas zu Ihrer Person und Ihrer Tätigkeit / Ihrer Einrichtung / Institution berichten?

Wer gehört zu Ihrem Team?

Funktion / Aufgaben der Teammitglieder

Seit wann sind Sie in dieser Funktion tätig?

Hintergrund (Aus- und Weiterbildungen) der Teammitglieder

2. Eigenes Erleben der psychosozialen Krisenversorgung in Düsseldorf

2.1. Wie erleben Sie die Versorgung von Patienten und Patientinnen in psychosozialen Krisen in Ihrem Arbeitsalltag?

Mit welchen Psychosozialen Krisen sehen Sie sich häufig konfrontiert?

Wie erleben Sie das außerhalb der regulären Dienstzeiten (eigene oder anderer Akteure)? (z.B. Zugang, Ausmaß, eigene Erreichbarkeit...)

Was berichten Ihnen Ihre Patienten/innen / Klienten/innen, wie sie die Versorgung außerhalb der üblichen Dienstzeiten erleben? Was für Probleme werden Ihnen da berichtet?

3. Einschätzung zur Bedarfslage an Psychosozialer Krisenversorgung

3.1. Was macht für Sie eine psychosoziale Krisensituation aus?

(sowohl aus Patienten/innen-Perspektive als auch Akteur/innen-Perspektive z.B. Besonderheiten, Schwierigkeiten, Barrieren etc. → für Definition)

3.2. Wo sehen Sie aus Ihrer alltäglichen Arbeit heraus einen Bedarf für psychosoziale Krisenversorgung außerhalb der üblichen Dienstzeiten?

Wenn Sie an Ihre Patienten/innen / Klienten/innen denken.... Wer ist da besonders betroffen, wenn es z.B. um die Versorgung in der Nacht oder an Wochenenden und Feiertagen geht? Wer kommt da in diesen Zeiten?

Welche Zielgruppen von Patienten/innen und Klienten/innen sind aus Ihrer Sicht hier besonders betroffen / benötigen einen besonderen Bedarf?

Wie sind Ihre Erfahrungen zu geschlechterspezifischen Unterschieden im Versorgungsbedarf? ...Menschen mit Migrationshintergrund...

Wen erreichen Sie mit den bestehenden Angeboten? Wen nicht?

3.3. Welche Möglichkeiten gibt es für Menschen in psychosozialen Krisensituationen außerhalb der üblichen Dienstzeiten Unterstützung zu finden?

Wie sind die Zugangswege in der Versorgung? Wo finden diese Menschen die entsprechenden Ansprechpartner/innen? Wen rufen Menschen in solchen Situationen an? Wie sind die Wege der Betroffenen in solchen Fällen?

Für welche Gruppen sind aus Ihrer Erfahrung die Zugänge schwierig in dieser Krisensituation?

3.4. Welche Bedeutung haben aus Ihrer Sicht Angehörige?

Kann positiv – als Ressource – wie negativ gemeint sein – als Auslöser für Krisen

4. Kooperation/Kommunikation im Versorgungsnetzwerk

4.1. Welche der Personen oder Institutionen sind für Ihre Arbeit die wichtigsten? Mit wem arbeiten Sie eng zusammen? Und zu welchen Anlässen?

Wie ist das mit... (ggfs. konkret nachfragen):

Sozialpsychiatrischer Dienst (nur während d. Dienstzeiten tätig)

Zentrale Notfallpraxis

Niedergelassene Psychotherapeuten

Beratungsstellen (Diakonie, Caritas etc.)

Telefonseelsorge

Drogenhilfe

Obdachlosenhilfe

Frauenhäuser

Jugendamt

Selbsthilfegruppen

Opferverbände

Polizei

Feuerwehr

Bahnhofsmision

(falls keine Nennungen: wenn Sie das so alleine stemmen, das muss ja schwierig sein...)

4.2. Wie erfolgte die Kontaktaufnahme außerhalb der üblichen Dienstzeiten?

(sowohl Akteure → zu den Einrichtungen / Akteuren; als auch Patientensicht → Wege im Versorgungssystem s. 3.3)

4.3. Gibt es noch andere Organisationen / Einrichtungen, die sich mit psychosozialer Krisenversorgung in Düsseldorf beschäftigen, aber wenig mit Ihnen und Ihren Kooperationspartnern zu tun haben?

4.4. Welche Formen haben Sie gefunden, um sich auszutauschen?

*Insbesondere zwischen Akteuren während und außerhalb der üblichen Dienstzeiten
Gibt es über die PSAG hinaus Austauschmöglichkeiten, die Sie etabliert haben?
...die Sie nutzen?*

4.5. Wie wird die Arbeit innerhalb der Krisenversorgung ausgewertet?

Dokumentationen, Datenbanken, Berichte,

4.6. Welche Schwierigkeiten / Konfliktsituationen in der Kooperation der jeweiligen beteiligten Einrichtungen treten auf und wie werden sie gelöst?

4.7. Welche Rahmenbedingungen fördern die Kommunikation/Kooperation innerhalb des Netzwerks? Welche sind eher hinderlich? – Verbesserungsvorschläge?

Wie setzen Sie die multiprofessionelle Zusammenarbeit hier in Düsseldorf um?

z. B. Strukturen / Formen / Verfahren → politisch, rechtlich, unterschiedliche Finanzierungsstrukturen / Zuständigkeiten:

SGB V – Gesetzliche KV, SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe, SGB XII – Sozialhilfe

5. Ausblick

5.1. Welche Wünsche haben Sie an die Weiterentwicklung der Psychosozialen Krisenversorgung in Düsseldorf? *Außerhalb der üblichen Dienstzeiten*

5.2. Was braucht das Versorgungsnetzwerk, um besser/effektiver arbeiten zu können?

5.3. Was müsste sich an der Versorgung ändern? - Welche konkreten Wünsche haben Sie

5.4. Haben wir noch einen wichtigen Punkt vergessen?

Zum Abschluss noch eine Frage:

Sie sind die ein/e der Experten/innen im Netzwerk die wir befragen. Wen gilt es aus Ihrer Perspektive unbedingt in das Projekt einzubeziehen?

Für die Analyse benötigen wir auch Datenquellen zur Versorgung innerhalb der psychosozialen Krisenversorgung, bspw. zu Beratungsanlässen, Personengruppen, Kontaktfrequenzen etc.

Gibt es hierzu Daten oder Berichte, die Sie uns für die weitere Auswertung zur Verfügung stellen können?

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit
für das Interview genommen haben!**

7.5. Leitfaden Experten/innen-Befragung telefonisch

Psychosoziale Krisenversorgung in Düsseldorf Interviewleitfaden - Telefoninterview

Guten Tag mein Name ist, ich bin wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Uniklinik Düsseldorf. Wir arbeiten derzeit an einem Projekt zur psychosozialen Krisenversorgung in Düsseldorf. Dabei untersuchen wir, ob es Bedarfe an psychosozialer Krisenversorgung außerhalb der üblichen Dienstzeiten von Beratungsstellen sowie an Feiertagen und Wochenenden gibt. Um eine objektive Einschätzung zur Bedarfslage (der psychosozialen Krisenversorgung außerhalb der üblichen Dienstzeiten in Düsseldorf) zu bekommen sind wir sehr daran interessiert Meinungen und Sichtweisen aus möglichst vielen verschiedenen Institutionen, Beratungsstellen und anderen Akteuren in diesem Feld in die Auswertungen einfließen zu lassen. Gerne würden wir Ihre Erfahrungen und Sichtweisen zu diesem Thema erfahren.

Hätten Sie Zeit uns im Rahmen eines Telefoninterviews Fragen zu Ihren Erfahrungen und Einschätzungen zur psychosozialen Krisenversorgung zu beantworten? Das Interview würde in etwa 20 – 30 Minuten in Anspruch nehmen.

(Die kursiv gestellten Fragen sind Beispiele für weitergehende Fragen, die nicht immer gestellt werden müssen bzw. auch nicht immer gestellt werden können.)

1. Wie erleben Sie die Versorgung von Patienten und Patientinnen in psychosozialen Krisen in Ihrem Arbeitsalltag?

1.1. Was macht für Sie eine psychosoziale Krisensituation aus?

(sowohl aus Patienten/innen-Perspektive als auch Akteur/innen-Perspektive z.B. Besonderheiten, Schwierigkeiten, Barrieren etc. → für Definition)

1.2. Mit welchen Psychosozialen Krisen sehen Sie sich häufig konfrontiert?

1.3. Wie erleben Sie das außerhalb der regulären Dienstzeiten (eigene oder anderer Akteure)? (z.B. Zugang, Ausmaß, eigene Erreichbarkeit...)

1.4. Was berichten Ihnen Ihre Patienten/innen / Klienten/innen, wie sie die Versorgung außerhalb der üblichen Dienstzeiten erleben? Was für Probleme werden Ihnen da berichtet? (Barrieren)

2. Wo sehen Sie aus Ihrer alltäglichen Arbeit heraus einen Bedarf für psychosoziale Krisenversorgung außerhalb der üblichen Dienstzeiten?

2.1. Wenn Sie an Ihre Patienten/innen / Klienten/innen denken.... Wer ist da besonders betroffen, wenn es z.B. um die Versorgung in der Nacht oder an Wochenenden und Feiertagen geht? Wer kommt da in diesen Zeiten?

2.2. Was sind das für Bedarfslagen, die außerhalb der üblichen Dienstzeiten bestehen?
Was bräuchten die Klienten/innen / Patienten/innen aus Ihrer Sicht?

2.3. Wen erreichen Sie mit den bestehenden Angeboten? Wen nicht?

3. Welche der Personen oder Institutionen fallen Ihnen spontan ein? Mit wem arbeiten Sie zusammen? Wie ist das mit... (ggfs. konkret nachfragen

3.1. Welche Angebote zur psychosozialen Krisenversorgung gibt es in Düsseldorf? Und welche der Akteure arbeiten auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten?

Sozialpsychiatrischer Dienst (nur während d. Dienstzeiten tätig)

Zentrale Notfallpraxis

Niedergelassene Psychotherapeuten

Beratungsstellen (Diakonie, Caritas etc.)

Telefonseelsorge

Drogenhilfe

Obdachlosenhilfe

Frauenhäuser

Jugendamt

Selbsthilfegruppen

Opferverbände

Polizei

Feuerwehr

Bahnhofsmision

4. Ausblick - Abschlussfrage

4.1. **Welche Wünsche haben Sie an die Weiterentwicklung der Psychosozialen Krisenversorgung in Düsseldorf? Außerhalb der üblichen Dienstzeiten**

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit
für das Interview genommen haben!**